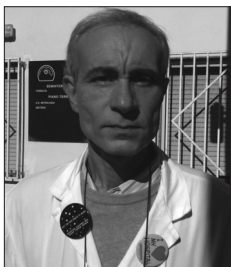


Orientamento nel nostro Centro sulla prassi seguita nei pazienti HCV+ in lista per trapianto

R. Bonofiglio, T. Papalia, S. Cassani, A. Mollica, F. Caruso

U.O.C. Nefrologia-Dialisi-Trapianto, Azienda Ospedaliera, Cosenza



R. Bonofiglio

Il nostro orientamento pratico, dopo lo screening HCV-RNA è quello di inserire comunque i pazienti in lista trapianto. Anche i pazienti HCV-RNA+, in assenza di alte cariche virali e in assenza di segni clinici di attività vengono inseriti in lista anche senza la preventiva esecuzione di una biopsia epatica. Questo nostro atteggiamento scaturisce dalla consapevolezza che avviare i pazienti HCV-RNA+ a biopsia e successivamente, in presenza di lesioni istologiche (esclusa la cirrosi) a terapia antivirale per almeno 12 mesi con IFN+ Ribavirina, significa sospendere per lungo tempo il paziente con il rischio comunque di una recu-

descenza della viremia dopo la sospensione della terapia. In ogni caso prima dell'inserimento in lista e dopo i 12 mesi di terapia bisognerebbe ricorrere a nuova valutazione bioptica con ulteriore allungamento dei tempi di attesa.

Nonostante questa nostra posizione, che si è consolidata anche in seguito alla esperienza del Centro (% bassa nel post-Tx di pazienti che evolvono verso una conclamata patologia epatica), siamo convinti che è necessario trovare evidenze cliniche certe per uniformare i comportamenti del clinico rispetto al paziente HCV da inserire in lista attiva per trapianto renale. È noto che (Morales, et al. JASN 1996) la sopravvivenza dei riceventi un rene HCV+ è praticamente sovrapponibile a quella dei riceventi un rene da donatore HCV- dopo 10 anni di follow-up. Inoltre, sappiamo (Pereira KI 1998) che i pazienti HCV+

in dialisi hanno una peggiore sopravvivenza dei pazienti HCV+ che vengono sottoposti a Tx renale e ciò è indipendente dalla terapia immunosoppressiva utilizzata anche se complessivamente la sopravvivenza, nel post Tx, dei pazienti HCV+ è peggiore della sopravvivenza dei pazienti HCV-. Cosa facciamo nei pazienti HCV+ con genotipo che notoriamente non risponde alla terapia antivirale? La biopsia epatica (Pereira, et al) mostra nel 60% dei casi una epatite cronica attiva e solo il 9% evidenzia lesioni cirrotiche. Allora la biopsia epatica è veramente il *gold standard* per stabilire inequivocabilmente la trapiantabilità di un ricevente HCV+?

Circa il comportamento terapeutico da noi adottato nel post trapianto, possiamo testimoniare di non procedere all'uso di MMF e/o AZA nei pazienti HCV-RNA+.