



## Conclusioni

**L**e esperienze riportate dagli autori in questo volume mostrano che la problematica dei pazienti HCV positivi in lista di trapianto è tutt'altro che spenta.

I contributi indicano certamente differenze di comportamento tra i vari Centri, ma questo è ovvio in un contesto clinico come quello del paziente HCV positivo dializzato/trapiantato dove mancano evidenze chiare sulla sua "storia naturale" e linee guida condivise da tutti.

Invece ci piace far notare come, in mezzo a tante diversità, esistano alcuni elementi "unificanti". Primo, la prevalenza dei pazienti HCV positivi in lista di attesa appare sostanzialmente omogenea fra i vari Centri (intorno all'11-12%) e soprattutto ne rappresenta una "fetta" assolutamente non marginale. Un altro aspetto unificante che traspare dai contributi è la sentita necessità di molti autori di arrivare a linee di comportamento comuni o comunque più omogenee di quelle attuali. Terzo punto, anche più importante dei precedenti perché riguarda direttamente i pazienti, è l'esperienza clinica quasi ovunque positiva per i dializzati HCV positivi sottoposti a trapianto renale. "Last but not least", molto sentita (anche da parte degli autori di queste conclusioni) è la necessità di trattare sin dal periodo "dialitico" i pazienti HCV positivi che saranno poi inseriti in lista di trapianto. A questo proposito, per chi si è storicamente occupato di epatite B in dialisi, la storia in qualche modo si ripete. Se per l'epatite B l'avvento della vaccino-terapia ha sancito la necessità di vaccinare i pazienti nefropatici in una fase precoce dell'insufficienza renale cronica, la presenza di HCV in pazienti dializzati, o che si approssimano al trattamento sostitutivo, sembra obbligare al trattamento più precoce possibile dell'infezione nell'ottica di una migliore prognosi dopo l'eventuale trapianto renale.

Il futuro, comunque, anche in questo difficile campo della nefrologia e trapiantologia si preannuncia foriero di innovazioni verosimilmente assai positive. Molte speranze sono riposte negli sviluppi *in vivo* dei primi dati *in vitro* sulla influenza degli inibitori della ciclofillina. Saranno i prossimi studi (alcuni già *in itinere*) a indicare il reale impatto clinico della terapia immunosoppressiva nel paziente trapiantato e HCV infetto. La storia, oggi, è ancora in gran parte da scrivere.

*Marco Lombardi, Stefano Michelassi e Vito Sparacino*