



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

**Policlinico S. Orsola-Malpighi**

Dipartimento Attività Integrata  
delle Insufficienze d'organo e dei trapianti

U.O. Medicina dell'Insufficienza d'organo - Dott.ssa M. C. Morelli



**ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**

## **HCV e trapianto d'organo (rene e cuore) M. C. Morelli**

La prevalenza della infezione da virus HCV nei pazienti in trattamento dialitico varia dal 7 al 40% nei diversi studi, ma è considerata complessivamente almeno 10 volte più elevata che nei pazienti non in trattamento dialitico; a prevalenza dell' infezione nelle unità di dialisi italiane pari al 28% nel 1991, si attestava ancora, nel 2002, intorno al 18%

Pertanto, è possibile stimare che in Italia circa 8000 pazienti in trattamento dialitico o sottoposti a trapiantato di rene siano attualmente anti-HCV positivi. Nei pazienti in dialisi l'incidenza dell'HCV è dell'1.4%-2% all'anno, mentre non ci sono dati sull'incidenza dell' infezione HCV "de novo" dopo trapianto di rene.

Sia nell'insufficienza renale cronica allo stadio terminale (ESRD), sia nel trapiantato di rene HCV positivo è stata riportata aumentata morbidità e mortalità; un recente studio multicentrico (studio DOPPS) effettuato in diversi continenti su una vasta coorte di pazienti in trattamento emodialitico ha mostrato una correlazione indipendente e significativa tra epatite C ed aumento della mortalità. Nei pazienti HCV positivi inoltre la sopravvivenza del rene trapiantato risulta significativamente ridotta rispetto a quanto osservato in pazienti HCV negativi (59.8% vs 34.5%). Nei pazienti HCV positivi dopo trapianto di rene viene riportata una più elevata frequenza di proteinuria rispetto ai pazienti HCV negativi; nei pazienti HCV positivi è inoltre frequente l'insorgenza di glomerulonefriti membranose proliferative (45.5%), di glomerulonefrite membranosa (18.2%) e di glomerulopatie croniche (11.4-11.5%). Numerosi dati epidemiologici e sperimentali dimostrano anche l'associazione tra HCV e glomerulonefrite da immunocomplessi insorta "de novo" dopo il trapianto. La necessità di migliorare la sopravvivenza dei pazienti HCV positivi con ESRD e di ridurre il numero delle complicanze renali dopo il trapianto richiede di valutare l'opportunità del trattamento antivirale dei pazienti in emodialisi.

Per quanto riguarda invece la prevalenza e la storia naturale dell'infezione da virus HCV nei pazienti trapiantati di cuore a tutt'oggi non vi sono dati definitivi.

Uno studio pubblicato nel 2000 su 60 pazienti trapiantati HCV positivi non rilevava a 5 anni differenze significative in termini di sopravvivenza rispetto ai pazienti che non presentavano infezione epatitica.

I più recenti dati UNOS su casistiche più ampie dimostrerebbero invece una significativa riduzione della sopravvivenza nei pazienti con infezione da HCV e la mortalità è correlata soprattutto a scompenso epatico

Anche i riceventi di donatori anti HCV + presenterebbero una riduzione della sopravvivenza già a 5 anni con mortalità correlata soprattutto a epatopatia e coronaropatia

La relazione pertanto tratterà prevalentemente delle nuove prospettive e delle possibili strategie terapeutiche che con l'avvento dei nuovi farmaci ad azione antivirale diretta si potranno aprire per questi pazienti.