ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ
KAFKAS PUBLICATIONS
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 215, ΑΘΗΝΑ 115 25
ΤΗΛ. 210.67.77.590 FAX: 210.67.56.352
E-mail: kafkas@otenet.gr, Website: www.kafkas-publications.com

Ιδιοκτήτης: ***Εκδόσεις Καυκάς***
Εκδότης - Διευθυντής: ***Ηλίας Καυκάς, Ιατρός***

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ & ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ: . . . . . Μαριάννα Δεληγιαννάκη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ:. . . . . Νατάσσα Παπαθανασίου
ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ:. . . . . Μαρία Μηττά, Αναστάσιος Σέντρης, ... Έλενα Λαγανά, Κλαίλια Ρόκα
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:. . . . . Ηλίας Καυκάς
ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ: . . . . . Βάσω Χαλιώτη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ:. . . . . Νίκος Τζουρμέτης

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος Συντακτικής Επιτροπής
Α. ΑΡΧΙΜΑΝΔΡΙΤΗΣ: Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών, Δ/ντής Β' Παν/μικής Παθολογικής Κλινικής, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

Αντιπρόεδρος
Δ. ΤΖΟΥΡΜΑΚΛΙΩΤΗΣ: Γαστρεντερολόγος, Αν. Δ/ντής ΕΣΥ Γαστρεντερολογικού Τμήματος «Πολυκλινικής Αθηνών»

Μέλη
Α. ΑΡΜΟΝΗΣ: Γαστρεντερολόγος, Δρ Παν/μίου Αθηνών
Ι. ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΑΚΟΣ: Επιμελητής Β', Β' Γαστρ. Κλινική ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»
Ι. ΓΟΥΛΗΣ: Γαστρεντερολόγος, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ
Σ. ΚΑΡΑΤΑΠΑΝΗΣ: Παθολόγος-Ηπατολόγος, Δ/ντής Α' Παθολογικής Κλινικής ΓΝ Ρόδου, Δρ. Παν/μίου Αθηνών
Ι. ΚΑΡΟΥΜΠΑΛΗΣ: Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Γαστρεντ. Τμήμα ΠΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»
Σ. ΜΑΝΩΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ: Λέκτορας Παθολογίας-Ηπατογαστρεντερολογίας, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»
Γ. ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ: Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»
Σ. ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ: Γαστρεντερολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Μ. ΡΟΥΣΟΜΟΥΣΤΑΚΑΚΗ: Γαστρεντερολόγος, Επιμελήτρια Α', Γαστρ. Κλινικής ΠΠΓΝ Ηρακλείου
Σ. ΣΓΟΥΡΟΣ: Γαστρεντερολόγος, Επιμελητής Γαστρ. Κλινικής «ΝΝΑ»
Σ. ΣΟΥΓΙΟΥΛΤΖΗΣ: Λέκτορας Παθοφυσιολογίας-Γαστρεντερολογίας, ΓΝΑ «Λαϊκό»
Γ. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ: Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής Γαστρ. Κλινικής «ΝΝΑ»
Χ. ΤΡΙΑΝΤΟΣ: Γαστρεντερολόγος ΕΣΥ, Γαστρ. Τμήμα ΠΠΓΝ Πατρών
Ε. ΤΣΙΡΩΝΗ: Γαστρεντερολόγος ΕΣΥ, Γαστρεντ. Τμήμα Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Μεταξά»

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΤΟΥ INFO GASTROENTEROLOGY

Το INFO GASTROENTEROLOGY δέχεται για δημοσίευση:
•Ανασκοπήσεις γαστρεντερολογικών ή ιατρικών θεμάτων, στις οποίες τονίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις.•Επίκαιρα γαστρεντερολογικά θέματα ή θέματα σχετιζόμενα με την ειδικότητα της Γαστρεντερολογίας. •Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις με πρακτικό ενδιαφέρον.•Αναφορά σε συνέδρια, επιστημονικές εκδηλώσεις που έγιναν, με παρουσίαση των αποτελεσμάτων των εργασιών τους και με ιδιαίτερη έμφαση στις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις.•Κλινικοεργαστηριακά ή επιδημιολογικά θέματα.•Θέματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στη Γαστρεντερολογία.•Σημαντικές ειδήσεις από τη δραστηριότητα επιστημονικών ιατρικών εταιρειών.•Ειδικά άρθρα.•Παρουσίαση σύγχρονης τεχνολογίας στη γαστρεντερολογία. •Ενημέρωση για τεχνικά θέματα που αφορούν τον τεχνικό εξοπλισμό του γαστρεντερολογικού ιατρείου ή των ενδοσκοπικών μονάδων.•Πρακτικές κατευθύνσεις σε δύσκολα γαστρεντερολογικά θέματα.•Επιστολές προς τη Σύνταξη.•Ανασκόπηση του διεθνούς Ιατρικού Τύπου.•Γαστρεντερολογικές ή ιατρικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες.•Γαστρεντερολογία και Πληροφορική.•Γαστρεντερολογία και Ιστορία.•Βιβλιοπαρουσιάσεις, βιβλιοκρισίες.•Ερωτήσεις αυτοελέγχου γαστρεντερολογικών γνώσεων. •Αφιερώματα σε συναδέλφους που απεβίωσαν.•Νέα ιατροφαρμακευτικά προϊόντα.•Αγγελίες με ιατρικό περιεχόμενο.•Προαναγγελίες επιστημονικών εκδηλώσεων.•Επίσης, το INFO GASTROENTEROLOGY δέχεται για δημοσίευση χειρόγραφα που είναι σύντομες μεταφράσεις στα ελληνικά εργασιών που έχουν δημοσιευτεί σε ξενόγλωσσα περιοδικά.

Οδηγίες για τη σύνταξη εργασιών στο INFO GASTROENTEROLOGY:

Οι εργασίες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να αποστέλλονται σε ηλεκτρονική μορφή: α) είτε σε CD με το κείμενο σε αρχείο Word και τις φωτογραφίες σε μορφή jpg σε υψηλή ανάλυση (300 dpi) ή τυπωμένες σε φωτογραφικό χαρτί (glossy), β) είτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση kafkas@otenet.gr με την ένδειξη «Για την εφημερίδα INFO GASTRENTEROLOGY».

Το κείμενο που αποστέλλεται πρέπει να αποτελείται από τα εξής στοιχεία: α) Σελίδα τίτλου (περιλαμβάνει τον τίτλο και στοιχεία των συγγραφέων: ονοματεπώνυμο, ιδιότητα, διεύθυνση, τηλέφωνο, fax, e-mail), β) Κείμενο, γ) Βιβλιογραφία, δ) Πίνακες - Σχέδια (σε ξεχωριστό φύλλο το καθένα), ε) Υπότιτλοι των εικόνων.

Ο συγγραφέας είναι υπεύθυνος για το περιεχόμενο της εργασίας του, καθώς και για την εγκυρότητα και τα δικαιώματα των χρησιμοποιούμενων πηγών. Η Συντακτική Επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα να επιφέρει κάθε αλλαγή που κρίνει αναγκαία για την καλύτερη παρουσίαση της ύλης, χωρίς να αλλοιώνεται η έννοια του κειμένου.

Σημείωση: Κείμενα δημοσιευμένα ή μη, καθώς και σχήματα, φωτογραφίες, διαφάνειες και CD που υποβάλλονται προς δημοσίευση, δεν επιστρέφονται.

Παρακαλώ αποστείλετε το υλικό προς δημοσίευση στην παρακάτω διεύθυνση: ΠΡΟΣ: INFO GASTROENTEROLOGY
Εκδόσεις Καυκάς, Μεσογείων 215, Αθήνα 115 25
Υπόψη: κ. Χαλιώτη, τηλ.: 210 6777590, fax: 210 6756352
e-mail: kafkas@otenet.gr

Μεταμόσχευση από δότες με ιστορικό ηπατίτιδας

Ι. Γ. ΓΟΥΛΗΣ
Γαστρεντερολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Το μεγάλο χάσμα που υφίσταται μεταξύ των διαθέσιμων ηπατικών μοσχευμάτων και του μεγάλου αριθμού ασθενών σε λίστα μεταμόσχευσης έχει οδηγήσει στην επίταση των προσπαθειών για την ανεύρεση μοσχευμάτων από λιγότερο ενδεδειγμένους δότες. Ένας από τους τρόπους αύξησης της δεξαμενής των ηπατικών μοσχευμάτων είναι η χρήση οργάνων από δότες που έχουν ιστορικό έκθεσης στον ιό της ηπατίτιδας Β. Ωστόσο, η μεταμόσχευση αντι - HBc (+) ηπατικών μοσχευμάτων ενέχει αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης της ηπατίτιδας Β στο ήπτη, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει, σε ορισμένες περιπτώσεις, σε σοβαρή ενεργοποίηση της νόσου στο ήπτη[1,2]. Ο κίνδυνος εμφάνισης de novo ηπατίτιδας Β που ορίζεται ως η ανίχνευση HBsAg σε ασθενείς με αρνητική δοκιμασία πριν την μεταμόσχευση αυξάνει και εξαιτίας της χορήγησης ανοσοκαταστολής.

Αναγνώριση του κινδύνου μετάδοσης ηπατίτιδας με μεταμόσχευση anti - HBc (+) μοσχευμάτων

Ο κίνδυνος μετάδοσης ηπατίτιδας Β από anti - HBc (+) & HBsAg (-) δότες αναγνωρίσθηκε για πρώτη φορα κατά τη μετάγγιση αίματος[3]. Διαπιστώθηκε τότε, ότι άτομα που έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό της ηπατίτιδας Β μπορεί να έχουν επιτύχει την κάθαρση του HBsAg και να έχουν ορολογική ένδειξη ανοσίας, αλλά διατηρούν ακόμη τη δυνατότητα μετάδοσης της νόσου. Οι επιπτώσεις που έχει κάτι τέτοιο στη μεταμόσχευση οργάνων είναι εμφανής. Το πρόβλημα αποκτά σαφώς μεγαλύτερες διαστάσεις στη μεταμόσχευση ήπατος, όπου η περίπτωση λανθάνουσας λοίμωξης του μοσχεύματος είναι μεγαλύτερη λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης του ιού στο ήπαρ. Η εμφάνιση νέας λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας Β σε οροαρνητικούς ήπτες μέσω μεταμόσχευσης οργάνων από anti - HBc (+) HBsAg (-) δότες αναγνωρίσθηκε για πρώτη φορά περίπου πριν από 15 έτη[4]. Οι Wachs και συν το 1995 έδειξαν, μετά από αναδρομική ανάλυση 25 περιστατικών de novo ηπατίτιδας Β από anti - HBc δότες, ότι ο κίνδυνος είναι σαφώς μεγαλύτερος και η ηπατίτιδα διατρέχει βαρύτερη πορεία σε ασθενείς με μεταμόσχευση ήπατος σε σύγκριση με ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση νεφρού ή καρδιάς[5]. Οπως ήταν ευνόητο, συστάθηκε τότε ο έλεγχος και η εξαίρεση από μεταμόσχευση των anti - HBc (+) μοσχευμάτων. Αργότερα όμως διαπιστώθηκε ότι η εφαρμογή προφύλαξης σε ήπτες anti - HBc (+) μοσχευμάτων μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση de novo ηπατίτιδας Β και για το λόγο αυτό τα μοσχεύματα αυτά δεν θα πρέπει να απορρίπτονται εκ προοιμίου[6].

Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση de novo ηπατίτιδας Β

Ο κίνδυνος εμφάνισης de novo ηπατίτιδας Β σε ασθενείς που λαμβάνουν anti - HBc (-) μοσχεύματα είναι πολύ χαμηλός και κυμαίνεται μεταξύ 0% - 1.5%. Υπάρχουν ισχυρά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία οι δότες με μεμονωμένη ανίχνευση anti - HBs δε μεταδίδουν τη νόσο. Αντίθετα, οι anti - HBc (+) δότες, ανεξάρτητα από την ανίχνευση ή όχι anti – HBs, δυνητικά μπορούν να μεταδώσουν τη λοίμωξη[4]. Ο κίνδυνος αυξάνει ανάλογα με τον επιπολασμό της ηπατίτιδας Β στον αντίστοιχο γενικό πληθυσμό. Όπως είναι αναμενόμενο, αυτό συμβαίνει σε υψηλότερα ποσοστά στις χώρες της Ασίας σε σύγκριση με Ευρώπη – Β. Αμερική.

Καθοριστικό ρόλο για τον κίνδυνο εμφάνισης de novo ηπατίτιδας Β αποτελεί η ανίχνευση ορολογικών δεικτών στο δότη. Υπάρχουν ξεκάθαρα δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία ασθενείς με αρνητικούς όλους τους δείκτες της ηπατίτιδας Β βρίσκονται στο μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης de novo ηπατίτιδας όταν λαμβάνουν anti - HBc (+) μόσχευμα. Ο κίνδυνος αυτός προσεγγίζει το 75%[4]. Ασθενείς με αντισώματα έναντι του ιού HBV εμφανίζουν μικρότερο κίνδυνο. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι ασθενείς με μεμονωμένη ανίχνευση anti - HBs δεν έχουν κανένα κίνδυνο εμφάνισης de novo ηπατίτιδας Β. Η έλλειψη προστασίας πιθανώς σχετίζεται με τον τίτλο των κυκλοφορούντων αντισωμάτων. Σήμερα, είναι γενικώς αποδεκτό ότι στον προμεταμοσχευτικό έλεγχο θα πρέπει να περιλαμβάνεται ποσοτική μέτρηση των anti - HBs αντισωμάτων, και τα επιθυμητά επίπεδα πρέπει να υπερβαίνουν τα 100 U/L, ώστε να θεωρούνται προφυλακτικά.

Τέλος, ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην ανάλυση των περιπτώσεων εμφάνισης de novo ηπατίτιδας Β σε anti - HBc (+) ήπτες που λαμβάνουν anti - HBc (+) μοσχεύματα. Στους ασθενείς αυτούς υπάρχει πάντα ο κίνδυνος ενεργοποίησης λανθάνουσας HBV λοίμωξης μετά χορήγηση ανοσοκαταστολής.

Μεταξύ των υπολοίπων παραγόντων που σχετίζονται με εμφάνιση de novo ηπατίτιδας Β σε ασθενείς που λαμβάνουν anti - HBc (+) μοσχεύματα περιλαμβάνονται ακόμη το ιϊκό φορτίο στο μόσχευμα, η προεγχειρητική γενική κατάσταση του ήπτη (Child - Pugh score) και ο βαθμός ανοσοκαταστολής μετά τη μεταμόσχευση[4].

Χειρισμός ήπτη anti - HBc (+) μοσχεύματος

Με βάση τα προαναφερθέντα δεδομένα, anti - HBc (+) μοσχεύματα θα πρέπει να προσφέρονται κατά προτεραιότητα σε ασθενείς με HBsAg (+). Η χρήση αυτών των μοσχευμάτων σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη HBV κίρρωση ή κεραυνοβόλο HBV λοίμωξη αποτελεί μια λογική πρώτη επιλογή, καθώς έχει δειχθεί ότι με τον τρόπο αυτό δεν επηρεάζεται η θνητότητα ή ο κίνδυνος υποτροπής HBV λοίμωξης στο μόσχευμα[7]. Εάν δεν είναι διαθέσιμος HBsAg (+) ήπτης, το anti - HBc (+) μόσχευμα θα πρέπει να προσφέρεται σε anti - HBc (+) ήπτη, ο οποίος κατά προτίμηση θα πρέπει να έχει και anti - HBs (+) αντισώματα. Ακόμη όμως και σε αυτήν την περίπτωση, ο κίνδυνος αναζωπύρωσης HBV λοίμωξης στο ήπτη είναι υπαρκτός. Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι αυτή η κατηγορία ασθενών θα πρέπει να λάβει προφυλακτική αγωγή[1], αν και ορισμένοι συστήνουν μόνο τακτική και συστηματική παρακολούθηση με προσδιορισμό στον ορό HBV DNA, HBsAg HBcAb και HBsAb κάθε 3 - 6 μήνες.

Τέλος, στην περίπτωση που δεν είναι διαθέσιμος ήπτης anti - HBc (+) anti-HBs (+), το anti - HBc (+) μόσχευμα θα μπο- ➪

ρούσε να προσφερθεί σε λήπτη χωρίς κανένα θετικό δείκτη ηπατίτιδας Β, με την προϋπόθεση ότι υπάρχει αιτιολογημένη ιατρική αναγκαιότητα για να συμβεί κάτι τέτοιο. Όλοι οι λήπτες αυτής της κατηγορίας θα πρέπει να λαμβάνουν προφυλακτική αγωγή με νουκλεοσιδικά/νουκλεοτιδικά ανάλογα ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με ανοσοσφαιρίνη έναντι ηπατίτιδας Β (HBIg), όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια.

Προφύλαξη έναντι αναζωπύρωσης HBV λοίμωξης

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται στην προφύλαξη από την υποτροπή της HBV λοίμωξης στο μόσχευμα έχουν χρησιμοποιηθεί και στην προφύλαξη αναζωπύρωσης HBV λοίμωξης σε λήπτες anti - HBc (+) μοσχευμάτων. Η συμφωνία είναι απόλυτη στη χορήγηση προφύλαξης σε ασθενείς με αρνητικούς δείκτες ηπατίτιδας [(anti - HBc (-) & anti - HBs (-)]. Ομοφωνία στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει για την αναγκαιότητα προφύλαξης ασθενών με anti - HBc (+) ή/και anti - HBs (+). Ορισμένοι προτείνουν τη στενή παρακολούθηση αυτών των ασθενών με ορολογικούς δείκτες HBV και προσδιορισμό HBV DNA ώστε, με τον τρόπο αυτόν, κάποιοι από τους ασθενείς να αποφύγουν τη μακρόχρονη χορήγηση προφυλακτικών παραγόντων[8]. Ωστόσο, μάλλον υπερτερούν οι απόψεις ότι όλοι οι λήπτες anti - HBc (+) μοσχευμάτων θα πρέπει να λαμβάνουν προφυλακτική αγωγή.

Οι στρατηγικές που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι οι ακόλουθες: χορήγηση μονοπροφύλαξης με HBIg, συνδυασμός HBIg και λαμιβουδίνης, χορήγηση μονοπροφύλαξης με λαμιβουδίνη και εμβολιασμός έναντι HBV πριν τη μεταμόσχευση και στη συνέχεια χορήγηση λαμιβουδίνης μετά τη μεταμόσχευση.

Η μονοπροφύλαξη με HBIg που προτάθηκε αρχικά από τους Uemoto και συν είχε αποτελεσματικότητα αλλά δεν προφύλασσε όλους τους ασθενείς και για το λόγο αυτό έχει εγκαταληφθεί[6,8,9].

Αντίθετα, η χορήγηση συνδυασμού HBIg και λαμιβουδίνης προφυλάσσει όλους τους λήπτες anti - HBc (+) μοσχευμάτων[10]. Ωστόσο, η τακτική αυτή έχει υψηλό κόστος και εμφανίζει δυσκολίες στη μακροχρόνια εφαρμογή της. Για να αποφευχθούν τα προβλήματα αυτά, ορισμένα κέντρα προτείνουν τη διακοπή της χορήγησης HBIg μετά από ένα αρχικό διάστημα μετά τη μεταμόσχευση και τη συνέχιση της προφύλαξης μόνο με λαμιβουδίνη[4].

Προτάθηκε ακόμη η χορήγηση μονοπροφύλαξης με λαμιβουδίνη από τους Yu και συν που ήταν οι πρώτοι που χορήγησαν αυτό τον παράγοντα σε 9 λήπτες anti - HBc (+) μοσχευμάτων, 5 από τους οποίους ήταν αρνητικοί για anti - HBc & anti - HBs[11]. Κανένας από τους ασθενείς δεν εμφάνισε αναζωπύρωση της HBV λοίμωξης, αν και υπάρχει υψηλό ποσοστό πρώιμης θνητότητας και η διάρκεια της παρακολούθησης ήταν βραχεία. Το κύριο μειονέκτημα αυτής της στρατηγικής είναι ο κίνδυνος εμφάνισης YMDD μεταλλαγής και ιολογικής αντίστασης που όπως είναι γνωστό συμβαίνει στην πλειοψηφία των HBsAg (+) ασθενών που λαμβάνουν λαμιβουδίνη πριν τη μεταμόσχευση. Περιστατικά με ανάπτυξη ιολογικής αντίστασης σε αυτή την ειδική ομάδα ασθενών άρχισαν να εμφανίζονται στη βιβλιογραφία[12]. Νεότερα νουκλεοσιδικά/νουκλεοτιδικά ανάλογα που βρίσκονται ήδη στην κυκλοφορία και εμφανίζουν πολύ χαμηλότερα ποσοστά ανάπτυξης ιολογικής αντίστασης, όπως είναι ή εντεκαβίρη και η λαμιβουδίνη, πιθανώς να αποδειχθούν πολύ χρήσιμα στον τομέα αυτό.

Οι στρατηγικές που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι οι ακόλουθες: χορήγηση μονοπροφύλαξης με HBIg, συνδυασμός HBIg και λαμιβουδίνης, χορήγηση μονοπροφύλαξης με λαμιβουδίνη και εμβολιασμός έναντι HBV πριν τη μεταμόσχευση και στη συνέχεια χορήγηση λαμιβουδίνης μετά τη μεταμόσχευση.

Τέλος, μια ακόμη ενδιαφέρουσα στρατηγική που έχει προταθεί είναι η ενεργητική ανοσοποίηση (εφαρμογή εμβολιασμού) ασθενών με αρνητικούς δείκτες πριν τη μετάμόσχευση και η χορήγηση στη συνέχεια θεραπείας με λαμιβουδίνη[13]. Η στρατηγική αυτή έχει εφαρμοσθεί επιτυχώς σε μελέτη 16 ασθενών από την Ταϊβάν, που έλαβαν anti - HBc (+) μοσχεύματα από ζώντα δότη. Οι 15 από τους 16 ασθενείς εμφάνισαν anti - HBs με εμβολιασμό πριν τη μεταμόσχευση και κανένας δεν εμφάνισε αναζωπύρωση της HBV λοίμωξης κατά τη διάρκεια παρακολούθησης 14 - 40 μηνών.

Χρήση anti - HCV (+) μοσχευμάτων

Η χρήση anti - HCV (+) μοσχευμάτων για ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C έχει προταθεί ως ένα επιπλέον μέτρο που μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση του αριθμού των μοσχευμάτων και τη μείωση του αριθμού των ασθενών σε λίστα μεταμόσχευσης.

Οι Vargas και συν δεν βρήκαν στατιστικά σημαντική διαφορά στην υποτροπή της ηπατίτιδας C στο μόσχευμα, καθώς και στην επιβίωση μοσχεύματος και ασθενών κατά τη σύγκριση 23 ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C που έλαβαν anti - HCV (+) μόσχευμα, με 169 ασθενείς που έλαβαν anti - HCV(-) μόσχευμα[14]. Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα της πιο πρόσφατης μελέτης των Saab και συν που συνέκριναν 59 ασθενείς που έλαβαν anti - HCV (+) μόσχευμα με ίδιο αριθμό ασθενών που έλαβαν anti -HCV (-) μόσχευμα[15]. Οι ασθενείς επιλέχθηκαν ώστε να έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά όσον αφορά στο MELD status, στη νεφρική λειτουργία, στην ηλικία δότη και λήπτη, στο χρόνο θερμής ισχαιμίας και στο έτος μεταμόσχευσης. Οι συγγραφείς δεν διαπίστωσαν στατιστικά σημαντική διαφορά στην επιβίωση ασθενούς, μοσχεύματος καθώς και στην επιβίωση χωρίς υποτροπή της HCV λοίμωξης μεταξύ ασθενών που έλαβαν anti - HCV (+) μόσχευμα και ασθενών που έλαβαν anti - HCV (-) μόσχευμα. Μετά από τις μελέτες αυτές, η χρήση anti - HCV (+) μοσχευμάτων για ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C έχει γενικευτεί στα περισσότερα κέντρα μεταμόσχευσης σε όλο τον κόσμο. Ένας περιορισμός της χρήσης ανάλογων μοσχευμάτων, αλλά από ηλικιωμένους δότες προτάθηκε σε πρόσφατη μελέτη των Khapra και συν[16]. Οι συγγραφείς δεν διαπίστωσαν διαφορά στη συνολική επιβίωση μεταξύ ασθενών που έλαβαν anti- HCV (+) μόσχευμα και ασθενών που έλαβαν anti - HCV (-) μόσχευμα, όπως έχει περιγραφεί και σε προηγούμενες μελέτες. Αναφέρουν όμως ότι ασθενείς που έλαβαν anti - HCV (+) μόσχευμα από ηλικιωμένους δότες (> 50 ετών) εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά απώλειας μοσχεύματος (hazard ratio 2.74) και θνητότητας (hazard ratio 2.63) σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν anti - HCV (-) μόσχευμα. Η ανάλυση έδειξε επίσης ότι ασθενείς που έλαβαν anti - HCV (+) μόσχευμα εμφάνιζαν σοβαρότερη ίνωση μετά τη μεταμόσχευση σε σχέση με όσους έλαβαν anti - HCV (-) μόσχευμα. Ακόμη, ασθενείς που έλαβαν anti - HCV (+) μόσχευμα από ηλικιωμένους δότες εμφάνισαν πιο προχωρημένη ίνωση σε σχέση με αυτούς ασθενείς που έλαβαν anti -HCV (+) μόσχευμα από νεότερους δότες. Τέλος, από τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι η παρουσία ήπιας ίνωσης, φλεγμονής και στεάτωσης στο anti - HCV (+) μόσχευμα δεν επηρεάζει το ρυθμό προόδου της ίνωσης μετά τη μεταμόσχευση.

Βιβλιογραφία

1. Chung RT, Feng S, Delmonico FL. Approach to the management of allograft recipients following the detection of hepatitis B virus in the prospective organ donor. Am J Transpl 2001; 1:185-191.
2. Prieto M, Gomez MD, Berenguer M, et al. De novo hepatitis B after liver transplantation from hepatitis B core antibody-positive donors in an area with high prevalence of anti-HBc positivity in the donor population. Liver Transpl 2001; 7:51-58.
3. Hoofnagle JH, Seefe LB, Bales ZB et al. Type B hepatitis after transfusion with blood containing antibody to hepatitis B core antigen. N Engl J Med 1978; 298:1379.
4. De Villa V, Chen YS, Chen CL. Hepatitis B core antibody positive grafts: recipient's risk. Transplantation 2003; 75:S49-S53.
5. Wachs ME, Amend WJ, Ascher NL et al. The risk of transmission of hepatitis B from HBsAg (-), HBcAb (+) HBIgM (-) organ donors. Transplantation 1995; 59:230.
6. Uemoto S, Sugiyama K, Marusawa H et al. Transmission of hepatitis B virus from hepatitis B core antibody-positive donors in living related liver transplants. Transplantation 1998; 6:494.
7. Han S, Swenson K, Seu J et al. Use of hepatitis B virus (HBV) core antibody positive donors does not increase the risk of recurrent HBV in recipients undergoing OLT for HBV. Hepatology 1998; 28:348.
8. Munoz SJ. Use of hepatitis B core antibody-positive donors for liver transplantation. Liver Transplantation 2002; 8(Suppl 1):S82-S87.
9. Radomski J, Moritz M, Armenti V et al. Hepatitis B transmission from a liver donor who tested negative for hepatitis B surface antigen and positive for hepatitis B core antibody. Liver Transpl Surg 1996; 2:130-131.
10. Holt D, Thomas R, Van Thiel D, Berms J. Use of hepatitis B core antibody-positive donors in orthotopic liver transplantation. Arch Surg 2002; 137:572-575.
11. Yu AS, Vierling J, Colquhoun SD et al. Transmission of hepatitis B virus infection from hepatitis B core antibody-positive liver allografts is prevented by lamivudine therapy. Liver Transpl 2001; 7:513-517.
12. Yen RD, Bonnati H, Mendez J. Case report of lamivudine-resistant hepatitis B virus infection post liver transplantation from a hepatitis B core antibody positive donor. Am J Transpl 2006; 6:1077-1083.
13. Chen YS, Wang CC, de Villa V et al. Prevention of de novo hepatitis B virus infection in living donor liver transplantation using hepatitis B core antibody positive donors. Clin Transplant 2002; 16:405.
14. Vargas HE, Laskus T, Wang LF et al. Outcome of liver transplantation in hepatitis C virus-infected patients who received hepatitis C virus-infected grafts. Gastroenterology 1999; 117:149-153.
15. Saab S, Ghobrial RM, Ibrahim AB, et al. Hepatitis C positive grafts may be used in orthotopic liver transplantation: a matched analysis. Am J Transpl 2003; 3:1167-1172.
16. Khapra AP, Agarwal K, Fiel MI, et al. Impact of donor age on survival and fibrosis progression in poatients with hepatitis C undergoing liver transplantation using HCV+ allografts. Liver Transpl 2006; 12:1496-1503.

IG