

Prevalenza dell'infezione da HGV nei pazienti in emodialisi e nel personale sanitario

L. Triolo, F. Ansali, O. Arcangeloni, M.C. Comunian, F. Coppolino, M. Malaguti, F. Marrocco, R. Sicoli, M. Biagini

Dipartimento di Nefro-Urologia, Ospedale S. Paolo, Civitavecchia (RM)

Riassunto

Premesse. Il virus dell'epatite G (HGV), un nuovo RNA virus appartenente alla famiglia dei Flavivirus, è stato identificato nel siero di pazienti affetti da epatite non A-E. Un'elevata prevalenza di infezione da HGV è stata osservata in varie popolazioni a rischio: pazienti affetti da epatite acuta o cronica, politrasfusi, tossicodipendenti. Alcuni studi recenti hanno osservato una aumentata prevalenza di infezione da HGV nei pazienti in CHD, sia pure con un'ampia variabilità che va dal 3.1 al 57%. Al contrario, i dati disponibili sulla prevalenza dell'infezione nel personale sanitario e sul rischio di contagio professionale sono ancora molto scarsi.

Scopo del nostro studio è stato di valutare la prevalenza di infezione, in atto o pregressa, sia nella popolazione degli emodializzati, sia nel gruppo del personale sanitario della nostra unità di dialisi, nonché la rilevanza clinica dell'infezione e gli eventuali fattori di rischio associati.

Metodi. Sono stati studiati 42 pazienti in trattamento emodialitico cronico e 26 operatori sanitari. L'HGV-RNA è stato testato mediante reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR), mentre l'anticorpo anti-E2 è stato valutato con metodica ELISA.

Retrospectivamente, sono stati raccolti i dati relativi ad eventuali terapie trasfusionali, ai markers dell'epatite B e C e ad alterazioni dei valori delle transaminasi.

Risultati. Nessuno dei pazienti in CHD è risultato positivo alla ricerca dell'HGV-RNA, mentre 6 su 42 (14.3%) pazienti presentavano anticorpi anti-E2. Uno di questi aveva ricevuto un'emotrasfusione e risultava positivo anche per gli anticorpi anti-HCV.

Nell'ambito del personale sanitario, l'HGV-RNA è stato rilevato in 2 soggetti (7.7%), mentre gli anticorpi anti-E2 sono stati osservati in 7 (26.9%) dei 26 soggetti esaminati. I due operatori sanitari risultati positivi per l'RNA virale e negativi per l'HGV-Anti E2, non avevano mai ricevuto trasfusioni. Uno dei soggetti positivi per gli anticorpi anti-E2, presentava anche anticorpi anti-HCV e aveva in passato ricevuto un'emotrasfusione.

Non sono stati osservati segni di patologia epatica sia nei pazienti, sia nello staff sanitario.

Conclusioni. Il nostro studio conferma la necessità della valutazione contemporanea sia del genoma virale, sia degli anticorpi anti-E2 nell'analisi della prevalenza complessiva dell'infezione da HGV.

Nei nostri pazienti l'infezione da HGV non era in relazione con l'età anagrafica, la durata del trattamento dialitico, la terapia trasfusionale e la coinfezione con i virus dell'epatite B e C. Nello staff sanitario abbiamo invece osservato un'elevata prevalenza complessiva di positività dei markers dell'HGV (9/26, 34.6%). Nessun fattore di rischio è apparso significativamente correlato con l'infezione da HGV in questo gruppo, compresa la durata dell'esercizio professionale nell'unità di dialisi.

Sebbene l'elevata prevalenza di infezione osservata nel nostro personale sanitario deponga per un elevato rischio professionale, riteniamo che ciò non possa essere correttamente interpretato, finché non saranno disponibili maggiori informazioni sull'infettività, le vie di trasmissione e la prevalenza dell'HGV nella popolazione generale.

PAROLE CHIAVE: HGV, Emodialisi, Rischio professionale

Prevalence of HGV infection in hemodialysis patients and medical staff

Background. Hepatitis G virus (HGV), a newly discovered RNA virus belonging to the Flavivirus family, has been identified in sera of patients with non A-E hepatitis. Although HGV is indeed a parenterally transmissible agent, its clinical significance is still unclear, as conflicting data have been reported concerning the association between HGV and human disease. Some recently published studies observed an increased prevalence of HGV infection among CHD patients and a wide discrepancy has been reported, ranging from 3.1% to 57%. Conversely, few data are available about the prevalence in health care personnel and the risk of occupational acquisition of HGV infection.

Aim. To investigate the presence of HGV-RNA and antibodies to HGV envelope protein (E2) in sera of CHD patients and medical staff of our dialysis unit.

Methods. Forty-two patients undergoing CHD and 26 health care workers were tested by reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) assay. In the same patients we determined anti-E2 antibodies by enzyme immunological test.

Results. None of the CHD patients were HGV-RNA positive, whereas 6 of 42 (14.3%) patients showed anti-E2 antibodies in serum. One of them had a history of transfusion and was also positive for anti-HCV antibodies. In the medical staff HGV-RNA was detected in 2 (7.7%) and anti-E2 antibodies in 7 (26.9%) of the 26 subjects. None of the two HGV-RNA positive subjects had received blood transfusions. One of the anti-E2-positive subjects were also positive for anti-HCV antibodies and had received a blood transfusion in the past. No clinical signs of liver disease were observed in CHD patients nor in medical staff.

Conclusions. Our study confirms that the detection of HGV-RNA and anti-E2 antibodies is mandatory to assess the real prevalence of HGV infection. In our patients HGV infection was not found to be related to age, duration of hemodialysis, history of blood transfusion and HBV or HCV coinfection. In our medical staff we detected a high total prevalence of HGV markers (9/26, 34.6%). No risk factor appeared to be significantly related to HGV infection in this group, including the duration of employment in the dialysis unit. Although the high prevalence of infection observed in our medical staff strongly suggests a high professional risk, we feel that this finding cannot be correctly interpreted until more information will be available about HGV infectivity, route of transmission and prevalence in the general population. (*Giorn It Nefrol* 2000; 17: 263-7)

KEY WORDS: HGV, Hemodialysis, Professional risk
