

La leishmaniosi nel trapianto renale

V. Gaudio¹, A. Latorraca¹, C. Bagnato², G. Santarsia², S. Mostacci², F. Casino², T. Lopez²

¹Centro di Riferimento Regionale per i Trapianti d'Organo-(CRRT-Basilicata), U.O. Nefrologia e Dialisi²
Ausl 4-Ospedale di Matera

Riassunto

Le leishmaniosi possono essere considerate sindromi di differente presentazione clinica (L. cutanea, L. cutaneo-mucosa e L. viscerale) causate dalle numerose specie del protozoo *Leishmania*. In genere per la leishmaniosi viscerale si osserva un periodo di incubazione di circa tre mesi con una sintomatologia assente o subclinica in soggetti non immunodefatti che può diventare acuta e fortemente sintomatica in pazienti immunodepressi. In ogni caso l'obiettivo primario resta quello di fare diagnosi differenziale isolando i parassiti dal tessuto infiltrato. Pertanto, accanto alle classiche metodiche sierologiche di ricerca antigenica, conviene utilizzare la tecnica molecolare di estrazione del DNA che sembra garantire una elevata specificità per la diagnosi di malattie parassitarie. La terapia classica con antimoniali pentavalenti che comprende sia il Pentostam che il Glucantime, è ancora l'approccio di primo livello e adottato in tutti i paesi a rischio, anche se protocolli recenti hanno sottolineato la necessità di impiegare dosi più elevate di farmaco per sperare di ottenere la guarigione completa. Il più recente preparato antiparassitario, Amfotericina B, è considerato un potente farmaco antileishmania ma resta di seconda scelta a causa dei frequenti effetti tossici e nefrotossici impensabili per un paziente trapiantato di rene. Al contrario l'Amfotericina B liposomiale è ormai ritenuto il farmaco migliore per il trattamento della LV grazie ai trascurabili effetti collaterali e soprattutto alla sua capacità di penetrare nei macrofagi infettati. Purtroppo il suo altissimo costo ne preclude l'impiego in aree endemiche a basso sviluppo. Di recente sono stati proposti protocolli per la cura della LV con farmaci di prima linea ed associazioni in caso di ricaduta, seguiti da cicli di mantenimento con due somministrazioni al mese come profilassi. Sono in corso studi che impiegano la miltefosine *per os* su pazienti colpiti da leishmaniosi viscerale a dosaggi e durata variabile; considerati i risultati preliminari, la miltefosine potrebbe diventare il primo farmaco ad alto indice di cura della leishmaniosi viscerale e cutanea. In base alla nostra esperienza relativa a pazienti con trapianto di rene in terapia immunosoppressiva e soprattutto alla presenza di pochi casi descritti in letteratura di pazienti trapiantati con infezione da *Leishmania*, ci sembra opportuno sottolineare la necessità di introdurre nuovi protocolli terapeutici che tengano conto delle esigenze di queste complesse categorie di pazienti.

PAROLE CHIAVE: Leishmaniosi, Trapianto di rene, Terapia immunosoppressiva

Leishmaniasis in kidney transplantation

Leishmaniasis comprises a group of syndromes caused by a number of species of the dimorphic protozoa Leishmania. The diagnostic tools used for each leishmanial syndrome - visceral, cutaneous and mucocutaneous diseases - vary somewhat. Although a median incubation period of three months is accepted for visceral leishmaniasis (VL) in immunocompetent individuals, a different time period and also a fulminating presentation of VL is possible in immunocompromised patients. The gold standard in each case remains the isolation or identification of the parasite from appropriate tissues. In recent years, DNA-based techniques have shown a high potential for diagnosis of various parasites. The first line treatment with pentavalent antimonials includes sodium stibogluconate (Pentostam) and meglumine antimoniate (Glucantime). Recent studies and treatment regimens have emphasized the need to use higher doses than those recommended in the past. Amphotericin B (Fungizone) is a powerful antileishmanial drug, but remains a second-line therapy because of its toxic effects. Liposomal drug carriers of amphotericin B (L-AMB) are ideal for the treatment of VL because Leishmania inhabit macrophages, and this became the first line therapy in transplanted patients. Despite its encouraging pharmacological properties, the high cost

currently precludes the use of L-AMB for VL treatment in underdeveloped endemic areas. L-AMB has been proposed as first-line treatment for VL and in case of relapse, re-treatment followed by permanent bimonthly secondary prophylaxis. Recently, many authors have suggested treatment with ketoconazole plus allopurinol in renal transplanted recipients with visceral leishmaniasis, intolerant to pentavalent antimonials. Miltefosine, originally developed as an antineoplastic drug, has the potential to become the first effective, orally administered drug for treating visceral leishmaniasis. On the basis of our experience, we would stress the need for new and reliable therapeutic options to eradicate Leishmania infection, particularly in the immunocompromised class of patients. (Giorn It Nefrol 2001; 18: 331-42)

KEY WORDS: *Leishmaniasis, Kidney transplant, Immunosuppressive therapy*
