

Glomerulonefrite immunotattoide associata a doppia infezione HIV e HCV: descrizione di due casi

G. Barbiano di Belgiojoso¹, A. Genderini¹, A. Tosoni², P. Fociani²

U.O. Nefrologia e Dialisi¹, Istituto di Anatomia Patologica², Azienda Ospedaliera Polo Universitario "Luigi Sacco", Milano

Riassunto

La descrizione di due casi di GN da depositi immunotattoidi in pazienti con doppia infezione, HCV e HIV, offre l'opportunità di rivedere l'argomento del vasto spettro di glomerulopatie associate a infezione virale HCV e HIV, e in particolare alle GN a depositi strutturati secondarie a tali infezioni.

Glomerulonefrite immunotattoide (GNIT). La GNIT, rispetto alla GN fibrillare (GNF), presenta microstrutture tubulari anziché fibrillari, di dimensioni maggiori (Δ 25-45 nm), disposte a fasci paralleli a sede sottoendoteliale o sottoepiteliale. La GNIT insorge più spesso in pazienti affetti da malattie linfoproliferative e comunque in presenza di gammopatie monoclonali. La presentazione clinica, è caratterizzata da sindrome nefrosica, talora insufficienza renale. La GNIT rispetto alla GNF ha un'evoluzione meno frequente verso l'uremia. Entrambe le forme possono riconoscere un'eziologia virale, da virus HCV e/o HIV.

HCV. L'infezione da HCV può associarsi ad un vasto spettro di glomerulopatie da una GN crioglobulinemica, più frequente, ad una GN membranosa (GNM), GN membranoproliferativa (GNMP) o GN a depositi di IgA, o, infine, GNF/GNIT. Nei tossicodipendenti si può riscontrare una GN da doppia infezione, HCV/HIV con una GN da immunocomplessi, un quadro istologico in prevalenza GNMP.

HIV. Le GN HIV correlate possono essere classificate in tre gruppi: 1) la cosiddetta HIV associated nephropathy che interviene nei soggetti di razza africana con sindrome nefrosica "maligna" e decorso accelerato verso l'uremia; il quadro istologico è di una glomerulosclerosi focale con collasso del flocculo; 2) GN da immunocomplessi, in prevalenza una GN proliferativa diffusa o GNMP, ma anche GNM e IgA nefropatia; 3) altre forme, minimal changes, amiloidosi, microangiopatia trombotica.

GNIT da infezione HCV/HIV. In corso di HIV, in concomitanza o meno con HCV, si può sviluppare una GN da immunocomplessi, come nei casi qui descritti. I depositi, al microscopio elettronico appaiono composti da microtubuli, il cui diametro nei nostri casi è di 28-30 nm, disposti a fasci paralleli, in grande prevalenza a sede sottoepiteliale. La presentazione clinica è una sindrome nefrosica, microematuria. Nei nostri casi la funzione renale era conservata. Il reale ruolo di HCV o di HIV nella genesi di questa patologia è difficile da stabilire. I fattori che hanno determinato la formazione di immunocomplessi strutturati sono molteplici e con meccanismi sconosciuti.

PAROLE CHIAVE: *Glomerulonefrite immunotattoide, Glomerulonefriti correlate a HCV, Nefropatie da HIV, Coinfezione HCV/HIV*

Immunotactoid glomerulonephritis in HCV/HIV infection

The Authors report two cases of immunotactoid glomerulonephritis (ITGN) in patients with double HCV and HIV viral infection. The wide spectrum of glomerular involvement in HCV and/or HIV infection is described, in particular glomerular structured deposit disease related to these infections.

ITGN. Compared to fibrillary GN (FGN), ITGN presents larger microtubular structures ((25-45 nm), arranged in paral-

lel arrows, with subendothelial and subepithelial localization. ITGN is more common in patients with lymphoproliferative disorders in the presence of monoclonal gammopathies. Clinical presentation is characterized by nephrotic syndrome, and sometimes renal insufficiency. ITGN evolves towards uremia less frequently than FGN. Both conditions can have a viral etiology, from HCV and/or HIV.

HCV. HCV infection can be associated with a wide spectrum of glomerulopathies, from cryoglobulinemic GN, which is more frequent, to membranous GN (MGN), membranoproliferative GN (MPGN) or IgA nephropathy or, finally, FGN/ITGN. In IV drug abusers a double HCV/HIV infection GN may occur, with a histological pattern of immunocomplex GN, mainly MPGN.

HIV. HIV correlated GN can be divided into 3 groups: 1) so-called HIV associated nephropathy which mainly affects blacks with "malignant" nephrotic syndrome and rapid evolution to uremia. The histological picture is one of focal segmental glomerulosclerosis with tuft collapse; 2) immune complex GN, mainly diffuse proliferative GN or MPGN, but also MGN or IgA N; 3) other forms, minimal changes, amyloidosis, thrombotic microangiopathy.

ITGN from HCV/HIV infection. In the course of HIV, in concomitance with HCV an immunocomplex GN may develop, as in the two cases here described. Under electron microscopy deposits seem to be made up of microtubular structures, with a diameter of 28-30 nm in our cases, in parallel arrows, and predominantly with subepithelial localization. Clinical presentation is characterized by a nephrotic syndrome and microscopic hematuria. In our cases renal function was normal. The real role of HCV or HIV in the genesis of this condition is difficult to assess. The factors that determined the formation of glomerular structured complexes are many and their mechanisms are unknown.

KEY WORDS: Immunotactoid glomerulonephritis, HCV related glomerulonephritis, HIV nephropathies, HCV/HIV coinfection (*Giorn It Nefrol* 2001; 18: 356-71)

KEY WORDS: Immunotactoid glomerulonephritis, HCV related glomerulonephritis, HIV nephropathies, HCV/HIV coinfection
