

Introduzione. La profilassi anti CMV dei pazienti sottoposti a trapianto polmonare (LuTx) si basa su ganciclovir

(GCV) e valganciclovir (valGCV). Talvolta le immunoglobuline antiCMV (CMVIG), grazie alla stimolazione di un'immunizzazione passiva, possono essere una valida alternativa o una terapia complementare.

Scopo di queste case series è presentare l'utilizzo di CMVIG presso il nostro centro.

Metodi. Abbiamo condotto uno studio retrospettivo su tutti i pazienti adulti sottoposti a LuTx che hanno effettuato terapia con CMVIG a scopo profilattico (50 UI/Kg) o terapeutico (200 UI/Kg).

La sorveglianza virologica è stata eseguita con valutazione settimanale della viremia (PCR) e mensile della risposta T mediata verso il CMV attraverso il QuantiFERON-CMV e l'ELISPOT.

Risultati. Per leucopenia, 5 pazienti sono stati sottoposti a profilassi con CMVIG al posto del valGCV:

- 1 paziente ha eseguito la terapia dai 2 ai 6 mesi post trapianto

- 1 paziente ha ricevuto CMVIG a scopo profilattico dopo il trattamento di un rigetto umorale (boli steroidei, plasmateresi e rituximab)

- 3 pazienti hanno ricevuto CMVIG come profilassi dopo l'esecuzione di boli steroidei per un rigetto cellulare acuto.

Nessun paziente ha manifestato riattivazione del CMV nei 6 mesi successivi all'inizio della terapia.

In tre casi di malattia da CMV, le CMVIG sono state utilizzate in associazione ai farmaci antivirali tradizionali.

Conclusioni. I nostri dati suggeriscono come le CMVIG possano essere un'arma efficace sia se usate in monoterapia come profilassi, sia se utilizzate in associazione alla terapia farmacologica nei più gravi e complicati di malattia.

rimozione selettiva delle immunoglobuline grazie a particolari filtri, permettendo in questo modo di evitare la rimozione di altri componenti del plasma come il fibrinogeno e i fattori della coagulazione, così da ridurre i potenziali effetti collaterali.

Il nostro centro ha sviluppato un protocollo complesso che include l'utilizzo di steroidi, immunoadsorbimento, IVIG e Rituximab.

Metodi. Tutti i pazienti adulti sottoposti a trapianto polmonare (LuTx) con diagnosi di AMR (basata sulla definizione del consensus ISHLT 2016) sono stati sottoposti a questo trattamento: somministrazione di metilprednisolone (10 mg/Kg), 5 cicli di IAS, IVIS (500 mg/Kg) e rituximab (375 mg/m²).

Risultati. Dal 2016 al 2018 4 pazienti sono stati sottoposti al trattamento descritto.

2 dei 4 pazienti avevano già una diagnosi di rigetto cronico (CLAD) prima dell'inizio della terapia. Nessun evento avverso è stato riscontrato durante le procedure di IAS. Il paziente 3 ha sviluppato invece un danno polmonare acuto da trasfusione durante la somministrazione di IVIG.

Conclusioni. Dopo questo trattamento, nonostante una riduzione consensuale del numero iniziale dei DSA e del loro livello di immunofluorescenza (MFI, mean fluorescent intensity), si sono evidenziati diversi outcome: 2 pazienti hanno raggiunto una duratura stabilità clinica mentre gli altri 2 sono rapidamente andati incontro ad un peggioramento della CLAD.

L'IMMUNOADSORBIMENTO COME TRATTAMENTO DEL RIGETTO UMOREALE DOPO TRAPIANTO POLMONARE

Letizia Morlacchi¹; Fabio Paglialonga²; Valeria Rossetti¹; Silvia Consolo²; Elena Benazzi³; Alessandra Mazzucco⁴; Lorenzo Rosso⁴; Paolo Tarsia¹

¹Dipartimento di medicina interna, Dipartimento di Medicina Interna, U.O.C. Broncopneumologia e Centro Fibrosi Cistica dell'Adult Milano; ²Nefrologia pediatrica e dialisi Milano; ³– Unità Operativa Complessa di Coordinamento Trapianti (NITp) Milano; ⁴Chirurgia toracica e dei trapianti di polmone Milano

Introduzione. Sono oggi disponibili diversi trattamenti per il rigetto anticorpo mediato (AMR), legato allo sviluppo di anticorpi donatore specifico (DSA): le immunoglobuline endovenose (IVIG) ad alta dose, la plasmateresi (TPE) e il rituximab.

A differenza della TPE, l'immunoadsorbimento (IAS) è una tecnica di purificazione del sangue che consente una