



# SITOPADOVA 06

30° CONGRESSO NAZIONALE  
DELLA SOCIETÀ ITALIANA  
TRAPIANTI D'ORGANO

Presidente: Prof. Davide D'Amico

30 novembre – 2 dicembre 2006  
Padova, Hotel Sheraton

## Programma finale

**ega**

PROFESSIONAL  
CONGRESS  
ORGANISERS

Viale Tiziano, 19  
00196 Roma  
Tel. 06.32812.1  
Fax 06.3240143  
ega@ega.it  
www.ega.it  
sito2006@ega.it  
www.ega.it/sito2006

L'universo e la vita sono un gioco di incastri... Rabarama





**SITO**

SOCIETÀ ITALIANA  
TRAPIANTI D'ORGANO  
**30° CONGRESSO NAZIONALE**

30 novembre – 2 dicembre 2006

genzyme

inspired by patients  
for 25 years



Genzyme Corporation ricerca e sviluppa biotecnologie applicate al farmaceutico, rendendo disponibili terapie capaci di cambiare in modo significativo la vita di molti Pazienti in tutto il Mondo.

Quest'anno si celebra il 25° anniversario della fondazione della Società che, da sempre focalizzata sulle malattie genetiche rare, è oggi impegnata anche nelle aree dell'insufficienza renale, dell'oncologia, dei trapianti e delle malattie immunitarie, dell'ortopedia e dei test diagnostici.

Genzyme S.p.A.: Via Scaglia Est, 144 - 41100 Modena - Tel. 059 349811 - Fax 059 348042  
genzyme.italia@genzyme.com - www.genzyme.com

# INDICE

Ringraziamenti 6

Tavole sinottiche 9

## PROGRAMMA SCIENTIFICO

Giovedì 13

Venerdì 20

Sabato 37

Poster 52

Elenco moderatori e relatori 64

Informazioni generali 68



## **30° CONGRESSO NAZIONALE COMITATO ORGANIZZATORE**

**Presidente**  
D. D'Amico, Padova

**Vice Presidente**  
U. Cillo, Padova

**Presidente Onorario**  
K. Tanaka, Giappone

**Comitato Organizzativo**  
P. Boccagni, Padova  
A. Brolese, Padova  
G. Zanus, Padova  
D. Neri, Padova  
N. Srsen, Padova

**Com. Scientifico**  
U. Cillo, Padova  
A. Brolese, Padova  
G. Zanus, Padova  
M. Bassanello, Padova  
F. D'Amico, Padova  
E. Gringeri, Padova  
M. Valmasoni, Padova  
A. Vitale, Padova  
A. Gambino, Padova  
F. Rea, Padova  
P. Rigotti, Padova

## **CONSIGLIO DIRETTIVO S.I.T.O. SOCIETÀ ITALIANA TRAPIANTI D'ORGANO**

**Presidente**  
D. D'Amico, Padova

**Vice Presidente**  
A. Famulari, L'Aquila

**Segretario**  
C. U. Casciani, Roma

**Tesoriere**  
M. Castagneto, Roma

**Consiglieri**  
P. Berloco, Roma  
S. Faenza, Bologna  
F. Filippini, Pisa  
M. Romano, Palermo  
G. Segoloni, Torino

**Past President**  
F. Mosca, Pisa

**Referenti Interregionali**  
P. De Rosa, Napoli  
G. Splendiani, Roma

## **SEGRETERIA SCIENTIFICA**

Università di Padova  
Facoltà di Medicina  
e Chirurgia  
Dipartimento  
di Scienze Chirurgiche  
e Gastroenterologiche  
"P.G. Cevese"  
Clinica Chirurgica I,  
Chirurgia Epatobiliare e  
Centro Trapianti Epatici  
Via Giustiniani, 2  
35128 Padova  
tel 049 8212211  
valeria.rosso@unipd.it

## **ORGANIZZAZIONE CONGRESSO E MOSTRA**

**ega**

Professional  
Congress  
Organisers  
Viale Tiziano, 19  
00196 Roma  
tel. 06 32812.1  
fax 06 3240143  
sito2006@ega.it  
www.ega.it/sito2006

## **PATROCINI**

Regione Veneto  
Provincia di Padova  
Comune di Padova  
Università degli Studi di Padova  
Società Italiana di Chirurgia

# RINGRAZIAMENTI

SI RINGRAZIANO LE AZIENDE PER IL CONTRIBUTO OFFERTO  
ALL'ORGANIZZAZIONE DEL CONGRESSO



WYETH

ASTELLAS PHARMA

ROCHE

HARDIS

TYCO HEALTHCARE ITALIA

BAXTER

BIOTEST ITALIA

ETHICON PRODUCTS - ITALY

GENZYME

GILEAD SCIENCES

HS HOSPITAL SERVICE - KERNAL ITALIA

INTERLABO

JOHNSON & JOHNSON WOUND MANAGEMENT

MERCK SHARP & DOHME

NANOGEN ADVANCED DIAGNOSTICS

NYCOMED ITALIA

PFIZER ITALIA

ZENEUS PHARMA ITALIA

# PROGRAMMA SCIENTIFICO

# TAVOLE SINOTTICHE GIOVEDÌ 30 NOVEMBRE PALAZZO DEL BO



AULA MAGNA	SALA ARCHIVIO ANTICO
08.30 - 8.45 SALUTO DEL PRESIDENTE E PRESENTAZIONE DEL CONGRESSO	09.00 - 10.30 SESSIONE DI COMUNICAZIONI
08.45 - 10.00 PUNTE DI DIAMANTE E PROSPETTIVE IN TRAPIANTOLOGIA	
10.30 Coffee Break	
10.45 - 13.30 TAVOLA ROTONDA: SISTEMA TRAPIANTI E SISTE- MA "TRAPIANTATORI"	
13.30 Buffet	14.00 - 15.00 SESSIONE DI COMUNICAZIONI
15.00 - 16.00 CERIMONIA INAUGURALE	
16.00 - 16.45 LETTURE MAGISTRALI Quarant'anni di trapiantologia in Italia Organ Transplantation Activity: the Mount Sinai Hospital Organization Model L'immunosintolleranza nei trapianti e nei tumori	16.00 - 17.30 SESSIONE DI COMUNICAZIONI
16.45 - 17.45 DIBATTITO: IL TRAPIANTO IN RAPPORTO CON I MASS MEDIA	
17.45 CERIMONIA CELEBRATIVA Laurea Honoris Causa al Prof. K. Tanaka	
19.30 COCKTAIL DI BENVENUTO Caffè Pedrocchi	



# TAVOLE SINOTTICHE VENERDÌ 1 DICEMBRE

## HOTEL SHERATON

SALA A	SALA B	SALA C	SALA D
08.30 - 09.30 NUOVI PROTOCOLLI DI IMMUNOSOPPRESSIONE IN ITALIA	08.30 - 10.15 TRAPIANTO E HCC: "OLTRE I CRITERI" O "DIVERSI CRITERI"?	08.30 - 09.15 FACCIA A FACCIA IL TRAPIANTO DI INTESTINO E MULTIVISCERALE	08.30 - 10.30 TERAPIA INTENSIVA E TRAPIANTI
09.30 - 10.15 MINIMIZZAZIONE DELL'IMMUNOSOPPRESSIONE IN KTX		09.15 - 10.30 TRAPIANTO POLMONARE	
10.15 - 10.45 LA SINDROME METABOLICA NEL TRAPIANTO DI RENE	10.15 - 10.45 COMUNICAZIONI SELEZIONATE	10.30 Coffee break	10.30 Coffee break
10.45 Coffee Break	10.45 Coffee break	10.45 - 11.40 TAVOLA ROTONDA: STRATEGIE PER INCREMENTARE IL NUMERO DEI TRAPIANTI DI POLMONE	10.45 - 13.00 SESSIONE DI COMUNICAZIONI
11.00 - 12.00 TAVOLA ROTONDA: DONATORE MARGINALE IN KTX: CONSENSUS SULLA DEFINIZIONE E SULLE STRATEGIE NEI CRITERI DI ALLOCAZIONE	11.00 - 13.00 ALLOCAZIONE NEL TRAPIANTO DI FEGATO	11.40 - 12.00 LETTURA: Invecchiamento della popolazione dei donatori: è la crisi del trapianto di cuore?	
12.00 - 13.00 DOPPIO RENE E DONATORI ANZIANI		12.00 - 13.00 DONOR MANAGEMENT FACCIA A FACCIA: OPINIONI A CONFRONTO	
13.15 - 14.15 LUNCH SESSION WYETH	13.15 - 14.15 LUNCH SESSION HARDIS - NOVARTIS	13.15 - 14.15 LUNCH SESSION ROCHE	13.15 - 14.15 LUNCH SESSION MERCK SHARP & DOHME
14.30 - 15.30 CLINICA DEI PAZIENTI AD ALTO RISCHIO NEL TRAPIANTO RENALE	14.30 - 16.30 SIMPOSIO CONGIUNTO S.I.T.O. - A.I.S.F. HCV E TRAPIANTO DI FEGATO NELLA REALTÀ ITALIANA	14.30 - 15.30 IMMUNOLOGIA E TRAPIANTO DI CUORE	14.30 - 16.30 SESSIONE DI COMUNICAZIONI
15.30 - 16.30 UPDATE IN TRAPIANTOLOGIA PANCREATICA		15.30 - 16.30 STEM CELLS E TRAPIANTO	
16.30 Coffee break	16.30 Coffee break	16.30 Coffee break	16.30 Coffee break
16.45 - 17.30 TRAPIANTO DI ISOLE PANCREATICHE	16.45 - 18.00 TAVOLA ROTONDA S.I.T.O. - A.I.S.F. TRAPIANTO DI FEGATO IN PAZIENTI HCV+: QUESITI APERTI	16.45 - 18.45 TRAPIANTO DI TESSUTI: CLINICA, BANCHE E REGISTRI NAZIONALI	16.45 - 18.00 SESSIONE DI COMUNICAZIONI
17.30 - 18.00 COMUNICAZIONI SELEZIONATE			
18.00 ASSEMBLEA SOCIETARIA E PREMIAZIONE DEI MIGLIORI CONTRIBUTI SCIENTIFICI			



## TAVOLE SINOTTICHE SABATO 2 DICEMBRE HOTEL SHERATON

SALA A		SALA B	
08.30 - 08.50 LETTURE DI APERTURA Il rigetto umorale nel trapianto d'organo solido Markers istopatologici di rigetto umorale	08.30 - 09.50 SIMPOSIO CONGIUNTO S.I.T.O. - H.P.B.	08.50 - 10.55 INFEZIONI E TRAPIANTO D'ORGANO: HIGHLIGHTS	09.50 - 11.00 COMUNICAZIONI SELEZIONATE
10.55 Coffee break	11.00 Coffee break	11.10 - 12.15 UPDATE IN TRAPIANTOLOGIA PEDIATRICA	11.15 - 12.15 SICURO CHE NON RICADE? DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E GIUDIZIO DI TRAPIANTABILITÀ
12.15 - 13.00 LETTURE CONCLUSIVE TRAPIANTO E FERTILITÀ		13.00 - 13.30 COMUNICAZIONI SELEZIONATE	
SALA C		SALA D	
08.30 - 10.30 SESSIONE DI COMUNICAZIONI	08.30 - 10.30 SESSIONE DI COMUNICAZIONI	10.30 Coffee break	10.30 Coffee break
10.45 - 12.25 SESSIONE DI COMUNICAZIONI	10.45 - 12.25 SESSIONE DI COMUNICAZIONI		

## GIOVEDÌ 30 NOVEMBRE PALAZZO DEL BO, AULA MAGNA

8.30 - 8.45	<b>SALUTO DEL PRESIDENTE E PRESENTAZIONE DEL CONGRESSO</b> D. D'Amico (Padova)
8.45 - 10.00	<b>PUNTE DI DIAMANTE E PROSPETTIVE IN TRAPIANTOLOGIA</b> Presidente: R. Naccarato (Padova)
8.45	<b>Le assistenze meccaniche cardiache: ruolo in trapiantologia</b> G. Gerosa (Padova)
9.10	<b>Cellule staminali e medicina rigenerativa: un insight</b> M. Muraca (Roma)
9.35	<b>Trapianto di organi solidi: davvero si può ridurre la terapia e indurre tolleranza?</b> G. Remuzzi (Bergamo)
10.00	<b>T Cell and Dendritic Cell Migration in Tolerance</b> J. Bromberg (New York, USA)
10.30	Coffee Break
10.45 - 13.30	<b>TAVOLA ROTONDA</b> <b>SISTEMA TRAPIANTI E SISTEMA "TRAPIANTATORI"</b> Coordinatori: G. Rupolo ( <i>Venezia</i> ), A. Gatta ( <i>Padova</i> ), C. Cordiano ( <i>Verona</i> )

### Temi in dibattito:

- *Organizzazione risorse e futuro dei Centri Trapianti in Italia*
- *Trapiantologia in Dipartimento verticale o trasversale?*
- *L'iter formativo del trapiantologo oggi: implicazioni sul "mercato del lavoro"*

### Interverranno:

L. Turco	<i>Ministro della Salute</i>
I. Marino	<i>Presidente Commissione Sanità del Senato</i>
G. Galan	<i>Presidente Regione Veneto</i>
A. Nanni Costa	<i>Direttore Centro Nazionale Trapianti</i>
V. Milanese	<i>Rappresentante CRUI</i>
	<i>Conferenza dei Rettori delle Università Italiane</i>
M. Santangelo	<i>Direttore Generale Istituto Scientifico dei Tumori, Napoli</i>





G. Rupolo *Responsabile programmazione politiche sanitarie  
Regione Veneto*  
M. Scalamogna *NITp - Nord Italia Transplant Program*  
C.U. Casciani *Direttore Agenzia Trapianti e Patologie Connesse,  
Regione Lazio*  
F. Calise *Direttore Unità di Chirurgia Epatobiliare e Trapianti, Napoli*  
J. Romagnoli *Rappresentante European Board of Surgery  
Direttori dei Centri Trapianti Italiani  
Rappresentante ATEP*

---

**La figura del clinical transplant coordinator:  
a che punto siamo in Italia?**  
L. Rizzato (Roma)

---

13.30 Buffet

---

**15.00 - 16.00 CERIMONIA INAUGURALE**  
Saluto delle Autorità

F. Tosi *Assessore alla Sanità, Regione Veneto*  
F. Zanonato *Sindaco, Comune di Padova*  
V. Milanese *Rettore Università di Padova*  
G. Palù *Preside Facoltà di Medicina Università di Padova*  
C. Rago *Direttore Centro Regionale Trapianti del Veneto*  
A. Cestroni *Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Padova*  
F. Rao *Direttore Generale Az. ULSS 16 di Padova*  
P. Benini *Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera di Padova*  
P.C. Muzzio *Commissario Straordinario Istituto Oncologico Veneto*

---

**16.00 - 16.45 LETTURE MAGISTRALI**  
Presidenti: R. Cortesini (Roma/USA), F. Mosca (Pisa)

**Quarant'anni di trapiantologia in Italia**  
C.U. Casciani (Roma)

**Organ transplantation activity: the Mount Sinai  
Hospital organization model**  
S. Emre (New York, USA)

**L'immunotolleranza nei trapianti e nei tumori**  
R. Cortesini (Roma/USA), M. Suciù-Foca (USA)

---

**16.45 - 17.45 DIBATTITO**  
**IL TRAPIANTO IN RAPPORTO CON I MASS MEDIA:  
DAL TRIONFALISMO ALLA RICERCA ESASPERATA  
DELLA MALPRACTICE**  
Presidente: G. Borrelli, *Giornalista RAI*  
Moderatori: D. D'Amico (Padova), G. Realdi (Padova)

**Interverranno:**  
C. Nordio *Magistrato, Procura di Venezia*  
A. Mazzucco *Rettore Università di Verona*  
O. Monestier *Direttore, Il Mattino di Padova*  
R. Papetti *Direttore, Il Gazzettino*  
U. Savoia *Direttore, Corriere del Veneto*  
D. Bovesi *Giornalista, Il Gazzettino*  
A. Agnello *Presidente, Associazione A.M.A.M.I.*  
*Rappresentanti dei Centri Trapianti Italiani*

---

**17.45 - 18.10 CERIMONIA CELEBRATIVA**  
Laurea Honoris Causa  
al Prof. K. Tanaka (Kyoto, Giappone)

---

**19.30 COCKTAIL DI BENVENUTO**  
Presso il Caffè Pedrocchi



- 9.00 – 10.30 COMUNICAZIONI**  
Moderatori: U. Baccarani (*Udine*), E. Gringeri (*Padova*)
- 9.00 – 9.10 **Effetto di meraxin un nuovo inibitore dell'interleuchina 8 nella protezione del danno da ischemia-riperfusion nel trapianto di rene**  
F. Neri<sup>\*[1]</sup>, L. Puviani<sup>[1]</sup>, M. Tsivian<sup>[1]</sup>, D. Prezzi<sup>[1]</sup>, V. Pacilè<sup>[1]</sup>, G. Cavallari<sup>[1]</sup>, M. Pariali<sup>[1]</sup>, B. Cavalieri<sup>[2]</sup>, R. Bertini<sup>[2]</sup>, A. Faenza<sup>[1]</sup>, B. Nardo<sup>[1]</sup> (*Bologna*<sup>[1]</sup>, *L'Aquila*<sup>[2]</sup>)
- 9.10 – 9.20 **Use of Alemtuzumab in solid organ transplantation**  
A. Dazzi, A. Lauro, G. Ercolani, C. Zanfi, L. Golfieri, A. Amaduzzi, G.L. Grazi, M. Vivarelli, M. Cescon, G. Varotti, M. Del Gaudio, M. Ravaioli, A.D. Pinna (*Bologna*)
- 9.20 – 9.30 **Perossiredoxine come markers di stress ossidativo precoce e sensibile durante Ischemia/Riperfusione nel trapianto di fegato**  
C. Avellini\*, G.L. Adani, G.L. Tell, M. Sainz-Barriga, D. Lorenzin, L. Cesaratto, C. Vascotto, U. Baccarani (*Udine*)
- 9.30 – 9.40 **Legalizzare il mercato degli organi. E' possibile?**  
G. Novelli, M. Rossi, R. Pretagostini, M. Iappelli, V. Morabito, F. Antonellis, P.B. Berloco (*Roma*)
- 9.40 – 9.50 **Incidenza delle infezioni fungine in una terapia intensiva dedicata ai trapianti d'organo**  
F. Pugliese, F. Ruberto, A. Capannoli\*, S. Perrella, K. Bruno, S. Martelli, V. Marcellino, A. D'Alio, M. Rossi, G. Ferretti, P.B. Berloco, P. Pietropaoli (*Roma*)
- 9.50 – 10.00 **Fattore VII ricombinante attivato durante trapianto ortotopico di fegato**  
F. Pugliese, F. Ruberto, D. Summonti\*, S. Perrella, A. Capannoli, A. Tosi, A. D'Alio, K. Bruno, S. Martelli, P. Celli, M. Rossi, P.B. Berloco, P. Pietropaoli (*Roma*)
- 10.00 – 10.10 **Maggiore incidenza di PTDM in SRL-CSA: combinazione diabetogena?**  
J. Romagnoli\*, F. Citterio, G. Nanni, E. Favi, V. Tondolo, G. Spagnoletti, R. Renna, M.P. Salerno, M. Castagneto (*Roma*)

- 10.10 – 10.20 **Candidemia nosocomiale: confronto dei fattori di rischio, della prevalenza di specie e della sopravvivenza tra i pazienti non sottoposti o sottoposti a trapianto di organo solido**  
M. Codeluppi\*, A. Bedini, S. Cocchi, M. Masetti, F. Di Benedetto, G. Guaraldi, F. Prati, M. Cristina, V. Borghi, C. Venturelli, F. Rumpianesi, G.E. Gerunda, R. Esposito (*Modena*)
- 10.20 – 10.30 **Terapia con IFN-ALFA e studio degli anticorpi anti-HLA in un paziente HCV positivo: Case Report**  
C. Cervelli, G. Fontecchio, M.A. Fioroni, R. Azzarone, C. Battistoni, D. Maccarone, F. Pisani, F. Papola (*L'Aquila*)
- 14.00 – 15.00 COMUNICAZIONI**  
Moderatori: A. Slim (*Milano*), F. D'Amico (*Padova*)
- 14.00 – 14.10 **Complicanze biliari e vascolari nel trapianto di fegato con "Extended Right Split Grafts"**  
V. Corno\*, M.C. Dezza, A. Lucianetti, D. Pinelli, M. Zambelli, M. Guizzetti, G. Maldini, R. Manfredi, M. Giovanelli, S. Fagioli, G. Torre, M. Colledan (*Bergamo*)
- 14.10 – 14.20 **Split-liver in situ per due riceventi adulti**  
A. Giacomoni\*, A. Lauterio, A. Slim, V. Pirotta, I. Mangoni, A. Mariani, L. De Carlis (*Milano*)
- 14.20 – 14.30 **Follow-up dei pazienti epatotraspiantati: esperienza di un'Unità di Gastroenterologia non Trapiantologia**  
P. Coccoli\*, M. Sanges, G. Cordone, A. Totato, E. Efficie, G. Parrilli (*Napoli*)
- 14.30 – 14.40 **Effetto protettivo del corm-3 nei confronti del danno da ischemia-riperfusion in un modello sperimentale porcino**  
M. Vadori<sup>\*[1]</sup>, G. De Benedictis<sup>[1]</sup>, E. Gringeri<sup>[1]</sup>, M. Seveso<sup>[1]</sup>, F. Calabrese<sup>[1]</sup>, C. Giacometti<sup>[1]</sup>, S. Bedendo<sup>[1]</sup>, A. Stefani<sup>[2]</sup>, L. Ravarotto<sup>[2]</sup>, R. Busetto<sup>[1]</sup>, E. Ancona<sup>[1]</sup>, D. Sacerdoti<sup>[1]</sup>, E. Cozzi<sup>[1]</sup>, U. Cillo<sup>[1]</sup> (*Padova*<sup>[1]</sup>, *Legnano*<sup>[2]</sup>)



- 
- 14.40 – 14.50 **Realizzazione di un sistema di perfusione meccanica in moderata ipotermia per la preservazione del graft epatico per trapianto nel grande animale**  
E. Gringeri\*, A. Carraro, D. Bassi, F.J. D'Amico, F. Calabrese, D. Neri, P. Violi, P. Bonsignore, M. Varotto, M.L. Valente, D.F. D'Amico, U. Cillo (*Padova*)
- 
- 14.50 – 15.00 **Ruolo della chirurgia epatica laparoscopica nel trattamento multimodale dell'HCC in pazienti in valutazione per trapianto ortotopico di fegato**  
M. Valmasoni\*, U. Cillo, A. Vitale, D. Neri, A. Carraro, M. Polacco, A. Pualetto, G. Zanusi, A. Brolese, E. Gringeri, F. D'Amico, D.F. D'Amico (*Padova*)
- 
- 16.00 – 17.30 **COMUNICAZIONI**  
Moderatori: G. Pumilia (*Palermo*), N. Baldan (*Padova*)
- 
- 16.00 – 16.10 **Perdita progressiva della funzione renale dopo l'anno: fattori determinanti**  
E. Bertoni\*, A. Rosati, L. Di Maria, A. Larti, M. Salvadori (*Firenze*)
- 
- 16.10 – 16.20 **Anastomosi uretero-vescicale protetta da stent jj nel trapianto renale: frequenza e terapia delle complicanze**  
F. Lasaponara\*, P. Bertinetto, G. Podda, F. Morabito, M. Paradiso, F. Liberale, G. Cucchiareale, M. Messina, G.P. Segoloni, U. Ferrando (*Torino*)
- 
- 16.20 – 16.30 **Effetto della conversione da MMF a micofenolato sodico gastroprotetto (Myfortic) in pazienti con trapianto di rene**  
D. Montanaro\* (*Udine*)
- 
- 16.30 – 16.40 **Trapianto di rene da donatore anziano e danno istologico. Risultati a lungo termine**  
P.A. Aseni, O.M. Rossetti\*, S. Soldano, A. De Roberto, E. Minetti, G. Civati, C.V. Sansalone (*Milano*)
- 
- 16.40 – 16.50 **Linfedema generalizzato in trapianto renale trattato con sirolimus**  
C. De Bartolomeis\*, A. Collini, R. Barni, G. Ruggieri, M. Bernini, M. Carmellini (*Siena*)

- 
- 16.50 – 17.00 **Topical photodynamic therapy of actinic keratosis and basal cell carcinomas in renal transplant recipients**  
F. Marchini\*, P. Rigotti, F. Calabrese, C. Giacometti, B. Rossi, N. Baldan, M. Valente (*Padova*)
- 
- 17.00 – 17.10 **Iperparatiroidismo secondario e trapianto renale**  
M. Gioviale\*, A. Di Bona, G. Gambino, C. Maione, G. Damiano, G. Romano, F. Moscato, G. Cocchiara, C. Pirrotta, G. Buscemi, M. Romano, A. Lo Monte (*Palermo*)
- 
- 17.10 – 17.20 **Switch a sirolimus per tumori dopo trapianto di rene**  
G. Iaria, A. Anselmo, L. De Luca, M. Manuelli, C. Lucchesi, L. Tariciotti, A. Monaco, D. Sforza, F. Nigro, L. Perrone, B. Biondi, M. Abruzzese, G. Tisone (*Roma*)
- 
- 17.20 – 17.30 **Nefropatia da poliomavirus BK nel trapianto renale. Esperienza di un singolo Centro**  
M. Ciccarese, R. Satta, PG. Pala, R.P. Satta, ML. Manca, G. Serra, A. Cossu, E. Fanelli, C. Serra, F. Tanda, M. Cossu (*Sassari*)



## RENE

- 
- 8.30 – 9.30** **NUOVI PROTOCOLLI DI IMMUNOSOPPRESSIONE IN ITALIA**  
Moderatori: M. Salvadori (*Firenze*), V. Boffo (*Roma*)
- 
- 8.30 **Neoral nel trapianto di rene: risultati dello studio DIRECT**  
F. Citterio (*Roma*)
- 
- 8.45 **Ab anti cellule T**  
S. Sandrini (*Brescia*)
- 
- 9.00 **Effetto della conversione da Micofenolato Mofetile a Micofenolato Sodico gastroprotetto (ECMPS) in pazienti con trapianto di rene**  
D. Montanaro (*Udine*)
- 
- 9.15 **Rapamicina e micofenolato nel trapianto di rene da donatore anziano**  
G. Rizzo (*Pisa*)
- 
- 9.30 – 10.15** **MINIMIZZAZIONE DELL'IMMUNOSOPPRESSIONE IN KTX**  
Moderatori: C. Ponticelli (*Milano*), M. Castagneto (*Roma*)
- Pro** F.P. Schena (*Bari*)  
**Contro** S. Stefoni (*Bologna*)
- Tavola rotonda**  
L. Boschiero (*Verona*)  
P. Messa (*Milano*)  
F. Marchini (*Padova*)
- 
- 10.15 – 10.45** **LA SINDROME METABOLICA NEL TRAPIANTO DI RENE**  
Moderatori: G. Splendiani (*Roma*), S. M. Federico (*Napoli*)
- 
- 10.15 **La sindrome metabolica prima e dopo trapianto di rene: un inquadramento**  
A. Faenza (*Bologna*)
- 
- 10.30 **Livelli di glicemia a digiuno pre-trapianto come criterio prognostico di sviluppo di sindrome metabolica post trapianto**  
M. Morosetti (*Roma*)
- 
- 10.45 **Coffee Break**

- 
- 11.00 – 12.00** **TAVOLA ROTONDA**  
**DONATORE MARGINALE IN KTX: CONSENSUS SULLA DEFINIZIONE E SULLE STRATEGIE NEI CRITERI DI ALLOCAZIONE**  
Moderatori: A. Famulari (*L'Aquila*), S.M. Giutini (*Brescia*)
- Interverranno:**  
P. De Rosa (*Napoli*), G. Zannoni (*Roma*), G. Segoloni (*Torino*), P.F. Veroux (*Catania*), M. Carmellini (*Siena*)

- 
- 12.00 – 13.00** **DOPIO RENE E DONATORI ANZIANI**  
Moderatori: M. Romano (*Palermo*), M. Cardillo (*Milano*)
- Pro** P. Rigotti (*Padova*)  
**Contro** L. Berardinelli (*Milano*)
- Tavola rotonda**  
P. Stratta (*Novara*), F. Pisani (*L'Aquila*), E. Capocasale (*Parma*), G. Buscemi (*Palermo*)

- 
- 13.15 – 14.15** **LUNCH SESSION WYETH**  
**SIROLIMUS E PROTEZIONE RENALE: NUOVI APPROCCI TERAPEUTICI**  
Presidenti: P. Rigotti (*Padova*) G. Rizzo (*Pisa*)
- Epidemiologia del trapianto renale in Italia: i dati del CNT**  
S. Venettoni (*Roma*)
- Strategie immunosoppressive a bassa tossicità**  
D. Donati (*Varese*)
- Sirolimus nel doppio trapianto di rene**  
N. Baldan (*Padova*)
- L'esperienza di Pisa nel donatore molto anziano: una nuova proposta di protocollo immunosoppressivo**  
U. Boggi (*Pisa*)

- 
- 14.30 – 15.30** **CLINICA DEI PAZIENTI AD ALTO RISCHIO NEL TRAPIANTO RENALE**  
Moderatori: F. Citterio (*Roma*), F.P. Schena (*Bari*)
- Management of immunologically high risk transplant recipients**  
J. Bromberg (*New York, USA*)
- Case Session:** M.L. Santangelo (*Napoli*), G. Iaria (*Roma*), G. Mora (*Treviso*), V. D'Alessandro (*Napoli*)



## PANCREAS

---

**15.30 – 16.30** **UPDATE IN TRAPIANTOLOGIA PANCREATICA**  
Moderatori: E. Ancona (*Padova*), V. Di Carlo (*Milano*)

---

15.30 **Immunosoppressione e trapianto di pancreas**  
D. Cantarovich (*Nantes, Francia*)

---

15.45 **Il trapianto di pancreas isolato**  
E. Orsenigo (*Milano*)

---

16.00 **Trapianto di pancreas da vivente: raccomandazioni della American Transplantation Society**  
U. Boggi (*Pisa*)

---

16.15 **Drenaggio portale o drenaggio sistemico**  
C. Socci (*Milano*)

---

16.30 **Coffee break**

---

**16.45 – 17.30** **TRAPIANTO DI ISOLE PANCREATICHE**  
Moderatori: E. Ancona (*Padova*), V. Di Carlo (*Milano*)

---

16.45 **Biocompatibilità e funzione delle isole pancreatiche microincapsulate**  
R. Calafiore (*Perugia*)

---

17.00 **Profili metabolici dopo trapianto di pancreas isolato vs isole pancreatiche**  
P. Marchetti (*Pisa*)

---

17.15 **Risultati del programma GRACIL (algoritmo di allocazione dei donatori al trapianto di organo o di isole)**  
P. Castelli (*Varese*)

---

**17.30 – 18.00** **COMUNICAZIONI SELEZIONATE**  
Moderatori: E. Ancona (*Padova*), V. Di Carlo (*Milano*)

---

17.30 – 17.40 **Anticorpi anti HLA-DP e trapianto di rene**  
A. Piazza\*, E. Poggi, G. Ozzella, K.A. Scornajenghi, L. Borrelli, P.I. Monaco, E. Calcagni, C. Cortini, A.B. Iacona, G. Iaria, G. Tisone, D. Adorno (*Roma*)

---

17.40 – 17.50 **Prevenzione della funzione ritardata del graft nei pazienti sottoposti a trapianto di rene da donatore marginale**  
M Veroux\*, M Macarone, D. Cappello, M. Gagliano, G. Giuffrida, D. Vizcarra, M. Sorbello, A. Paratore, G. Morello, C. Micali, PF Veroux (*Catania*)

---

17.50 – 18.00 **Prima esperienza in Italia di trapianto di rene da donatore vivente tra coppie incompatibili mediante donazione crociata (Paired Donor Exchange PDE)**  
M Barsotti\*, U. Boggi, G. Paleologo, C. Tregnaghi, AM. Bianchi, B. Nerucci, F. Vistoli, M. Del Chiaro, M.L. Mariotti, R. Vanacore, S. Fornaciari, F. Scatena, F. Mosca, G. Rizzo (*Pisa*)

---

**18.00** **SESSIONE PLENARIA**  
**ASSEMBLEA SOCIETARIA E PREMIAZIONE DEI MIGLIORI CONTRIBUTI SCIENTIFICI**



## FEGATO

- 8.30 – 10.15** **TRAPIANTO E HCC: "OLTRE I CRITERI" O "DIVERSI CRITERI"?**  
Moderatori: L.R. Fassati (*Milano*), F. Bresadola (*Udine*)
- 
- 8.30 **Classificazione di priorità del paziente con HCC in lista d'attesa**  
O. Cuomo (*Napoli*)
- 
- 8.45 **Epatocarcinoma e ricorrenza: ruolo della terapia immunosoppressiva**  
M. Vivarelli (*Bologna*)
- 
- 9.00 **HCC e trapianto nell'esperienza romana: due ere a confronto**  
M. Rossi (*Roma*)
- 
- 9.15 **Trapianto per HCC al di fuori dei criteri di Milano: mito o realtà?**  
E. Regalia (*Milano*)
- 
- 9.30 **Terapia aggressiva e grading come chiave selettiva per le indicazioni al trapianto nel paziente HCC**  
U. Cillo (*Padova*)
- 
- 9.45 **LDLTx: una risorsa "selettiva" di donazione per pazienti HCC?**  
L. De Carlis (*Milano*)
- 
- 10.00 **LDLT: still attractive? Early and late results in the Mount Sinai experience**  
S. Emre (*New York, USA*)
- 
- 10.15 – 10.45** **COMUNICAZIONI SELEZIONATE**  
Moderatori: L.R. Fassati (*Milano*), F. Bresadola (*Udine*)
- 
- 10.15 – 10.25 **L'impiego degli anticorpi monoclonali anti-IL2R nel trapianto di fegato. Revisione sistematica della letteratura**  
P. De Simone\*, S. Petruccelli, P. Carrai, L. Coletti, U. Montin, G. Catalano, L. Urbani, F. Filipponi (*Pisa*)

- 10.25 – 10.35 **La perfusione meccanica subnormotermica migliora la ripresa funzionale del fegato dopo l'espianto rispetto alla preservazione convenzionale a 4°C**  
M. Vairetti\*<sup>(1)</sup>, A. Ferrigno<sup>(1)</sup>, V. Rizzo<sup>(1)</sup>, P. Richelmi<sup>(1)</sup>, E. Boncompagni<sup>(1)</sup>, D. Neri<sup>(2)</sup>, I. Freitas<sup>(1)</sup>, U. Cillo<sup>(2)</sup> (*Pisa<sup>(1)</sup>, Padova<sup>(2)</sup>*)
- 
- 10.35 – 10.45 **L'elastometria epatica nella stadiazione della fibrosi conseguente alla reinfezione da HCV, nel trapiantato di fegato (OLT)**  
G.M. Ettore, I. Sperduti, G. Tossini, G. Vennarecci, U. Visco-Comandini, E. Santoro, G. Visco (*Roma*)
- 
- 10.45 **Coffee break**
- 
- 11.00 – 13.00 ALLOCAZIONE NEL TRAPIANTO DI FEGATO**  
Moderatori: P. Berloco (*Roma*), M. Salizzoni (*Torino*)
- Faccia a faccia**  
MELD: Sistema o strumento?  
Strumento, A. Burroughs (*Londra, UK*)  
Sistema, R. Freeman (*Boston, USA*)
- Case Session**  
I Centri italiani presentano  
A. Avolio (*Roma*), G.E. Gerunda (*Modena*), L. Lupo (*Bari*), F.P. Picciotto (*Napoli*), A. Risaliti (*Ancona*), G. E. Rossi (*Milano*), C. Poci (*Padova*), G. Ballardini (*Bologna*)
- 
- 13.15- 14.15 LUNCH SESSION HARDIS - NOVARTIS**  
Moderatori: E. Santoro (*Roma*), U. Valente (*Genova*)
- HBV e trapianto di fegato. Biopsia di protocollo? Terapia combinata?**  
**Faccia a faccia:**  
A. Marzano (*Torino*) vs P. Burra (*Padova*)
- Protocollo NEWROAD nel trapianto di fegato**  
Brolese (*Padova*)
- Coinfezione HBV e HCV nel trapianto HIV**  
P. Grossi (*Varese*)



14.30 – 16.30	<b>SIMPOSIO CONGIUNTO SITO-AISF HCV E TRAPIANTO DI FEGATO NELLA REALTÀ ITALIANA</b> Coordinatori: V. Mazzaferro ( <i>Milano</i> ), U. Cillo ( <i>Padova</i> )
14.30	<b>Proiezione dell'impatto sulle liste d'attesa italiane</b> S. Faggiuoli ( <i>Bergamo</i> )
14.45	<b>Il ricevente HCV: fattori di rischio di ricorrenza "evidence based"</b> P. Angeli ( <i>Padova</i> )
15.00	<b>Trattamento preOLT</b> P. Toniutto ( <i>Udine</i> )
15.15	<b>Predittori di ricorrenza legati al graft</b> A.D. Pinna ( <i>Bologna</i> )
15.30	<b>Il fegato diviso: impatto sulla ripresa di malattia</b> B. Gridelli ( <i>Palermo</i> )
15.45	<b>Immunosoppressione: un overview</b> A. Franchello ( <i>Torino</i> )
16.00	<b>Trapianto in pazienti HCV: modulazione della terapia immunosoppressiva</b> G. Tisone ( <i>Roma</i> )
16.15	<b>Terapia della recidiva e terapia delle complicanze</b> G. Pinzello ( <i>Milano</i> )
16.30	<b>Coffee break</b>

16.45 – 18.00	<b>TAVOLA ROTONDA SITO - AISF TRAPIANTO DI FEGATO IN PAZIENTI HCV+: QUESITI APERTI</b> Moderatori: F. Filipponi ( <i>Pisa</i> ), E. Villa ( <i>Modena</i> )  Relatori: G. Ballardini ( <i>Bologna</i> ), M. Donataccio ( <i>Verona</i> ), M.R. Brunetto ( <i>Pisa</i> ), T. De Feo ( <i>Milano</i> ), S. Ginanni Corradini ( <i>Roma</i> ), S. Agnes ( <i>Roma</i> ), E. Andorno ( <i>Genova</i> ), R. Volpes ( <i>Palermo</i> )
---------------	---

## INTESTINO E MULTIVISCERALE

8.30 – 9.15	<b>FACCIA A FACCIA IL TRAPIANTO DI INTESTINO E MULTIVISCERALE</b> Moderatori S. Emre ( <i>New York, USA</i> ), G. Rossi ( <i>Milano</i> )  A.D. Pinna ( <i>Bologna</i> ) vs G. Gondolesi ( <i>Buenos Aires, Argentina</i> )
-------------	--

### Temi di confronto

- Indicazioni al trapianto di intestino isolato
- Indicazioni al trapianto di intestino e multiviscerale in acuto
- Tecniche fondamentali ed ancillari nel trapianto di intestino: il prelievo, la tipologia di trapianto, la ricostruzione della parete addominale
- Il profilo immunosoppressivo: personalizzazione? Strategia di centro? Differenze organo-specifiche nel rigetto acuto nel trapianto multiviscerale
- Monitoring dopo trapianto di intestino e multiviscerale

## POLMONE

9.15 – 10.30	<b>TRAPIANTO POLMONARE</b> Moderatori: G.F. Coloni ( <i>Roma</i> ), A. Nanni Costa ( <i>Roma</i> )
9.15	<b>Trapianto ed ipertensione polmonare</b> A.M. D'Armini ( <i>Pavia</i> )
9.30	<b>Uso del donatore non ottimale</b> Pro F. Rea ( <i>Padova</i> ) Contro M. Ravini ( <i>Milano</i> )
9.45	<b>Trapianto ed enfisema polmonare</b> Pro A. Baisi ( <i>Milano</i> ) Contro G.F. Coloni ( <i>Roma</i> )
10.00	<b>Biopsia transbronchiale nel follow-up</b> Pro A. Bertani ( <i>Palermo</i> ) Contro L. Voltolini ( <i>Siena</i> )
10.15	<b>L'anatomopatologo nel trapianto polmonare</b> F. Calabrese ( <i>Padova</i> )
10.30	<b>Coffee break</b>



10.45 – 11.40 **TAVOLA ROTONDA**  
**STRATEGIE PER INCREMENTARE IL NUMERO  
DEI TRAPIANTI DI POLMONE**

A. Nanni Costa (Roma), M. Scalamogna (Milano),  
L. Ridolfi (Bologna), R. Pretagostini (Roma)

**Partecipano i Centri di:**

Bergamo, Milano (Niguarda), Milano (Policlinico), Padova,  
Palermo, Pavia, Roma (La Sapienza), Siena, Torino

## CUORE

11.40 – 12.00 **LETTURA**  
Presidente: M. Cotrufo (Napoli)

**Invecchiamento della popolazione dei donatori: è la  
crisi del trapianto di cuore?**

A. Mazzucco (Verona)

12.00 – 13.00 **DONOR MANAGEMENT**  
**FACCIA A FACCIA: OPINIONI A CONFRONTO**  
Moderatore: C. Marcelletti (Palermo) M. Rinaldi (Torino)

**Caldo e subito vs cold ischemia tradizionale**

**Pro** A. Gambino (Padova)  
**Contro** M. Feccia (Roma)

Discussants: P.A. Abbruzzese (Torino), G. Faggian  
(Verona), F. Parisi (Roma), G. Di Giammarco (Chieti)

13.15 – 14.15 **LUNCH SESSION ROCHE**  
**RIGETTO UMOREALE E CELLULARE: ESISTONO ALTERNATIVE  
RAZIONALI ALL'UTILIZZO DEGLI INIBITORI DELLA  
CALCIONEURINA?**

Moderatore: A. Gamba (Bergamo)

**Pro** L. Potena (Bologna)  
**Contro** U. Livi (Udine)

Discussants: M. Porcu (Cagliari), G. Capone (Bari),  
M. Maccherini (Siena)

14.30 – 15.30 **IMMUNOLOGIA E TRAPIANTO DI CUORE**  
Moderatore: A. Amoroso (Torino), G. Ippoliti (Pavia)

14.30 **Rigetto umorale anticorpo mediato e vasculopatia  
nel trapianto di cuore**  
P. Lilla Della Monica (Roma)

14.45 **Nuova classificazione ISHLT del rigetto acuto  
cellulare nel trapianto di cuore**  
G. Thiene, A. Angelini (Padova)

15.00 **Everolimus e funzione renale nel trapianto di cuore**  
R. Fiocchi (Bergamo)

15.15 **Discussione**

## STEM CELLS

15.30 – 16.30 **STEM CELLS E TRAPIANTO**  
Moderatori: N. Rosenthal (Roma), A.W. Arcese (Roma)

15.30 **Stem cells: dal laboratorio al letto del malato.  
A che punto è l'applicazione clinica?**  
F. Frassoni (Genova)

15.42 **Ruolo delle Stem cells nel trattamento dell'infarto  
miocardico: up to date**  
N. Rosenthal (Roma)

15.54 **Ruolo delle Stem cells nella terapia della Sclerosi  
Laterale Amiotrofica**  
F. Fagioli (Torino)

16.06 **Stem cells e trapianto di cornea**  
A. Caporossi (Siena)

16.18 **Stem cells in corso di epatopatie**  
F. Russo (Londra, UK)

16.30 **Coffee break**





## TESSUTI

16.45 – 18.45	<b>TRAPIANTO DI TESSUTI: CLINICA, BANCHE E REGISTRI NAZIONALI</b> Moderatori: F. Locatelli ( <i>Pavia</i> ), S. Campisi ( <i>Roma</i> )
16.45	<b>Faccia a faccia: la banca degli occhi</b> D. Ponzin ( <i>Mestre</i> ), C. Traverso ( <i>Genova</i> ),
17.05	<b>Il trapianto di cornea: risultati e prospettive</b> A. Galan ( <i>Padova</i> )
17.20	<b>La banca dell'osso ed applicazioni cliniche</b> P.M. Fornasari ( <i>Bologna</i> )
17.35	<b>Discussione</b>
17.40	<b>Registro AIEOP - TCSE</b> A. Pession ( <i>Bologna</i> )
17.50	<b>Il trapianto di midollo pediatrico: risultati e problematiche aperte</b> C. Messina ( <i>Padova</i> )
18.00	<b>Banca della cute</b> V. Cervelli ( <i>Roma</i> )
18.10	<b>Il trapianto di cute: applicazioni attuali e prospettive future</b> N. Scuderi ( <i>Roma</i> )
18.20	<b>Il trapianto di paratiroidi</b> G. Favia ( <i>Padova</i> )
18.30	<b>Graft vs Host Disease: novità in tema di patogenesi e terapia</b> F. Locatelli ( <i>Pavia</i> )
18.45	<b>Discussione</b>

## TERAPIA INTENSIVA

8.30–10.30	<b>TERAPIA INTENSIVA E TRAPIANTI</b> Moderatori : G. Martinelli ( <i>Bologna</i> ), A. Pasetto ( <i>Modena</i> )
8.30	<b>Donor Coordinator: il ruolo dell'Anestesista</b> M. Munari ( <i>Padova</i> )
<b>TAVOLA ROTONDA: TRAPIANTO DI FEGATO E DINTORNI</b>	
8.42	<b>Insufficienza renale</b> S. Faenza ( <i>Bologna</i> )
8.54	<b>Complicanze emocoagulative</b> A. De Gasperi ( <i>Milano</i> )
9.06	<b>Considerazioni emodinamiche</b> G. Della Rocca ( <i>Udine</i> )
9.18	<b>Organi marginali: quando e come</b> B. Lavezzo ( <i>Torino</i> )
<b>UP TO DATE: TRATTAMENTO DELL'IPERTENSIONE POLMONARE</b>	
9.30	<b>Il trapianto di polmone</b> P. Feltracco ( <i>Padova</i> )
9.42	<b>La tromboendoarteriectomia</b> A. Braschi ( <i>Pavia</i> )
<b>FOCUS ON MANAGEMENT ANESTESIOLOGICO IN:</b>	
9.54	<b>Trapianto di fegato da vivente</b> A. F. Arcadipane ( <i>Palermo</i> )
10.06	<b>Trapianto di cuore</b> L. Lorini ( <i>Bergamo</i> )
10.18	<b>Trapianto di rene</b> T. Pozzone ( <i>L'Aquila</i> )
10.30	<b>Coffee break</b>



- 
- 10.45 – 13.00 **COMUNICAZIONI**  
Moderatori: A. Albertazzi (*Modena*), V. Boffo (*Roma*)
- 
- 10.45 – 10.55 **Embolizzazione renale come alternativa alla nefrectomia chirurgica in età pediatrica**  
N. Capozza\*, G. Collura, P. Falappa, P. Caione (*Roma*)
- 
- 10.55 – 11.05 **Trapianto di rene: valutazione della compatibilità HLA per antigeni o per epitopi?**  
A. Piazza\*, G. Ozzella, E. Poggi, L. Borrelli, K.A. Scornajenghi, P. Gesuiti, D. Gennarelli, G. Iaria, G. Tisone, D. Adorno (*Roma*)
- 
- 11.05 – 11.15 **Dimensioni e funzione renali in pazienti trapiantati e in donatori di rene**  
G Paleologo\*, H. Abdelkawy, M. Barsotti, A. Basha, AM. Bianchi, G. Grassi, B. Nerucci, C. Tregnaghi, G. Rizzo, C. Donadio (*Pisa*)
- 
- 11.15 – 11.25 **Analisi dei fattori clinici ed istologici predittivi della funzione renale a lungo termine nel trapianto di rene: uno studio di coorte**  
M. Rossini\*<sup>[1]</sup>, A. Maiorano<sup>[1]</sup>, G. Zaza<sup>[1]</sup>, G. Stallone<sup>[2]</sup>, B. Infante<sup>[2]</sup>, A. Schena<sup>[1]</sup>, M. Mangino<sup>[1]</sup>, M. Battaglia<sup>[1]</sup>, P. Ditunno<sup>[1]</sup>, F.P. Schena<sup>[1]</sup>, G. Grandaliano<sup>[1]</sup> (*Bari*<sup>[1]</sup>, *Foggia*<sup>[2]</sup>)
- 
- 11.25 – 11.35 **Influenza del polimorfismo genotipico delle citochine di ricevente e donatore nella risposta immune dopo il trapianto di rene da cadavere**  
A. Canossi\*<sup>[1]</sup>, A. Piazza<sup>[2]</sup>, E. Poggi<sup>[2]</sup>, G. Ozzella<sup>[2]</sup>, M. Di Rocco<sup>[1]</sup>, F. Papola<sup>[1]</sup>, D. Adorno<sup>[1]</sup> (*L'Aquila*<sup>[1]</sup>, *Roma*<sup>[2]</sup>)
- 
- 11.35 – 11.45 **Velocimetria doppler, emodinamica del microcircolo renale e ripresa della funzione dopo allo trapianto**  
F. Nacchia\*, F. Fior, L. Boschiero, C. Cordiano (*Verona*)
- 
- 11.45 – 11.55 **E' possibile individuare parametri clinici e funzionali per valutare a priori l'idoneità dei reni nel donatore anziano?**  
G Rossini\*<sup>[1]</sup>, N DeFazio<sup>[1]</sup>, L Boschiero<sup>[2]</sup>, M Scalamogna<sup>[1]</sup> (*Milano*<sup>[1]</sup>, *Verona*<sup>[2]</sup>)
- 
- 11.55 – 12.05 **Nefrectomia laparoscopica per donazione con tecnica hand assisted senza device**  
G. Annunziata, P. Ditunno, G. Lucarelli, V.D. Ricapito, C. Bettocchi, M. Battaglia, F.P. Selvaggi (*Bari*)

- 
- 12.05 – 12.15 **Lo scoring clinico nell'attribuzione di reni da donatori subottimali: Follow-up a lungo termine**  
R. Peschechera, P. Ditunno, G. Grandaliano, L. Garofalo, S. Palazzo, C. Bettocchi, M. Battaglia, F.P. Selvaggi (*Bari*)
- 
- 12.15 – 12.25 **Anomalie vascolari ed urinarie e trapianto di rene**  
M. Santangelo<sup>[1]</sup>, M. Clemente\*<sup>[1]</sup>, C. La Tessa<sup>[1]</sup>, V. D'Alessandro<sup>[1]</sup>, P. De Rosa<sup>[2]</sup>, M. Zuccaro<sup>[1]</sup>, L. Pelosio<sup>[1]</sup>, A.L. Ciotola<sup>[1]</sup>, A. Renda<sup>[1]</sup> (*Napoli*<sup>[1]</sup>, *Salerno*<sup>[2]</sup>)
- 
- 12.25 – 12.35 **Ruolo della biopsia precoce nel trapianto renale con ritardata ripresa funzionale**  
C Puliatti\*, M Ilham, A Asderakis (*Cardiff, UK*)
- 
- 12.35 – 12.45 **Trapianto di rene da donatore vivente. Funzionalità renale residua e complicanze post-operatorie. Risultati a breve e lungo termine**  
O.M. Rossetti, P.A. Aseni, A. De Roberto, S. Soldano, E. Minetti, G. Civati, C.V. Sansalone\* (*Milano*)
- 
- 12.45 – 12.55 **La nefrectomia laparoscopica nel donatore vivente di rene. Esperienza di un centro**  
N. Baldan\*, L. Furian, B. Ekser, L. Fabris, A. Broggiato, C. Silvestre, R. Cadrobbi, G. Margani, M. Costantini, G. Zaninotto, P. Rigotti (*Padova*)
- 
- 13.15 – 14.15 **LUNCH SESSION MERCK SHARP & DOHME  
PROBLEMATICHE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE NELLA  
GESTIONE DEL PAZIENTE AD ALTO RISCHIO CON INFEZIONE  
MICOTICA INVASIVA**  
Moderatori: P. Grossi (*Varese*), A.D. Pinna (*Bologna*)
- Problemi aperti nella gestione del paziente ricevente trapianto con infezione micotica invasiva**  
P. Grossi (*Varese*)
- Casistiche cliniche nel Trapianto di Fegato, Rene e Polmone. Le esperienze del Policlinico Umberto I – Roma**  
F. Pugliese (*Roma*)
- Le esperienze dell'Università di Catania**  
M. Veroux (*Catania*)
- Le esperienze del Policlinico di Padova**  
D. Neri (*Padova*)
- Le esperienze delle Molinette di Torino**  
M. Salizzoni (*Torino*), B. Lavezzo (*Torino*)



- 
- 14.30 – 16.30 **COMUNICAZIONI**  
Moderatori: G. Grazi (*Bologna*), G. Zanusi (*Padova*)
- 
- 14.30 – 14.40 **La traslocazione batterica nel trapianto di intestino**  
A. Cucchetti, A. Lauro, A. Dazzi, C. Zanfi\*, A. Siniscalchi, A. Bagni, Z. Miklosova, R. Spiritoso, A.D. Pinna (*Bologna*)
- 
- 14.40 – 14.50 **Endoscopia zoom dopo trapianto d'intestino isolato**  
A. Dazzi, M. Di Simone, A. Lauro, C. Zanfi, A. Amaduzzi, F. Pezzoli, L. Golfieri, G. Ercolani, A. D'Errico, L. Pironi, A.D. Pinna (*Bologna*)
- 
- 14.50 – 15.00 **Esperienza italiana nel trapianto clinico di intestino e multiviscerale: 6 anni dopo**  
A. Lauro, C. Zanfi, G. Ercolani, A. Dazzi, L. Golfieri, A. Amaduzzi, F. Pezzoli, GL Grazi, M Vivarelli, M Cescon, G. Varotti, M Del Gaudio, M Ravaioli, M Zanello, A Cucchetti, G La Barba, G Vetrone, F Tuci, L Pironi, A.D. Pinna (*Bologna*)
- 
- 15.00 – 15.10 **Impiego dell'FK 778 (malononitrilamide) in mono terapia nel trapianto di intestino sperimentale nel suino**  
S. Zonta\*, J. Viganò, M. Doni, M. Mazzilli, F. Lovisetto, M. Bardone, M. Podetta, T. Dominioni, M. De Martino, M. Scaglione, E. Vicini, C. Filisetti, A. Bottazzi, C. Villa, P. Morbini, M. Alessiani, P. Dionigi (*Pavia*)
- 
- 15.10 – 15.20 **Espianto e trapianto di parete addominale**  
F Contedini\*, M Santoli, A Lauro, M Cescon, M Ravaioli, A Dazzi, C Zanfi, A.D. Pinna, R Cipriani (*Bologna*)
- 
- 15.20 – 15.30 **Anemia emolitica autoimmune secondaria a trattamento con FK dopo trapianto di intestino isolato: un case report**  
A.D. Pinna, A Lauro, C Zanfi, M Ravaioli, A Dazzi, G Ballardini, GL Grazi, G Ercolani, M Vivarelli, M Cescon, G Varotti, M Del Gaudio, A Cucchetti, G La Barba, M Zanello, G Vetrone, F Tuci, M Arpinati, M Baccarani, M Arpinati, M Baccarani (*Bologna*)
- 
- 15.30 – 15.40 **Miglioramento del Meld nei pazienti con AOCHF dopo trattamento Mars**  
G. Novelli, M. Rossi, R. Pretagostini, L. Poli, M. Iappelli, V. Morabito, F. Nudo, F. Antonellis, G. Mennini, F. Pugliese, S.G. Corradini, P.B. Berloco (*Roma*)

- 
- 15.40 – 15.50 **Donor Risk Index, Organ Patient Index, MELD e match donatore-ricevente indici predittivi della sopravvivenza dopo trapianto epatico**  
A.W. Avolio\*, S. Agnes, R. Barbarino, G. Pepe, A. Gasbarrini, F. Frongillo, M. Siciliano, M. Castagneto (*Roma*)
- 
- 15.50 – 16.00 **Algoritmo per la assegnazione di priorità al trapianto di fegato in pazienti con cirrosi epatica**  
M. Gambato, M. Senzolo, D. Canova, G. Germani, S. Tomat, E. De Martin, A. Masier, F.P. Russo, D. Neri, G. Zanusi, P. Boccagni, A. Brolese, N. Srsen, P. Angeli, C. Poci, U. Cillo, P. Burra (*Padova*)
- 
- 16.00 – 16.10 **Fenoldopam e tonometria gastrica durante trapianto ortotopico di fegato**  
F. Pugliese, F. Ruberto, S. Perrella, A. Capannoli, K. Bruno\*, S. Martelli, T. Messina, D. Summonti, C. Pietropaoli, M. Rossi, P.B. Berloco, P. Pietropaoli (*Roma*)
- 
- 16.10 – 16.20 **Disordini linfo-proliferativi dopo trapianto di fegato: analisi dei casi precoci e tardivi in 255 pazienti**  
A.W. Avolio\*, S. Agnes, F. Frongillo, S. Magalini, R. Barbarino, L. Pagano, L.M. La Rocca, M. Castagneto (*Roma*)
- 
- 16.20 – 16.30 **Batteriemia da microrganismi gram positivi complicante il trapianto ortotopico di fegato: incidenza, fattori di rischio e impatto sulla sopravvivenza**  
A. Bedini, M. Codeluppi\*, F. Di Benedetto, S. Cocchi, M. Masetti, C. Venturelli, G. Guaraldi, C. Mussini, F. Prati, F. Rumpianesi, G.E. Gerunda, R. Esposito (*Modena*)
- 
- 16.30 **Coffee break**



## VENERDÌ 1 DICEMBRE HOTEL SHERATON, SALA D

- 
- 16.45 – 18.00 **COMUNICAZIONI**  
Moderatori: F. Zamboni (*Cagliari*), M. Iappelli (*Roma*)
- 
- 16.45 – 16.55 **Anomalie del metabolismo glucidico post-trapianto renale: Fattori condizionanti**  
E. Bertoni\*, A. Rosati, L. Di Maria, M. Zanazzi, A. Larti, G. Rosso, M. Salvadori (*Firenze*)
- 
- 16.55 – 17.05 **Protocollo Anestesiologico per il trapianto renale in pazienti affetti da sindrome di Fabry. Esperienza su due casi**  
M. Sorbello\*, M. Cutuli, G. Mistretta, G. Morello, A. Paratore, M. Veroux, PF Veroux, A Gullo (*Catania*)
- 
- 17.05 – 17.15 **La profilassi antibiotica preoperatoria nel trapianto di rene. Studio prospettico in 761 pazienti**  
E. Capocasale, M. Massa\*, M.P. Mazzoni, M. Pelli, R. Dalla Valle, N. Busi, M. Sianesi (*Parma*)
- 
- 17.15 – 17.25 **Regressione della sclerosi glomerulare nella nefropatia cronica del trapianto con sospensione degli inibitori della calcineurina ed introduzione della rapamicina**  
M. Rossini\*<sup>(1)</sup>, G. Stallone<sup>(2)</sup>, B. Infante<sup>(2)</sup>, A. Schena<sup>(1)</sup>, A. Maiorano<sup>(1)</sup>, F.P. Schena<sup>(1)</sup>, Giuseppe Grandaliano<sup>(1)</sup> (*Bari*<sup>(1)</sup>, *Foggia*<sup>(2)</sup>)
- 
- 17.25 – 17.35 **Bilancio T-helper nei pazienti trapiantati di rene: Confronto tra sirolimus e ciclosporina**  
C. Libetta\*, M. Abelli, V. Portalupi, F. Meloni, L. Cosmai, N. Rossi, P. Pisacco, E. Ticozzelli, E. Devecchi, S. Dini, A. Dal Canton (*Pavia*)
- 
- 17.35 – 17.45 **Fenoldopam vs dopamina come effetto nefroprotettivo nel trapianto da vivente di rene. Risultati preliminari**  
M. Sorbello\*, G. Morello, A. Paratore, S. Caramma, C. Micali, E. Maglia, M. Veroux, PF Veroux, M. Macarone, G. Giuffrida, M. Gagliano, A. Gullo (*Catania*)
- 
- 17.45 – 17.55 **Monitoraggio della reattività immunologica precoce mediante elispot per interferon-gamma dopo allotrapianto renale**  
F Fior\*, F Nacchia, L. Boschiero, C. Cordiano, S Stoppato, G Tridente, G Bellisola (*Verona*)

## SABATO 2 DICEMBRE HOTEL SHERATON, SALA A

- 
- 8.30 – 8.50 **LETTURE DI APERTURA**  
Moderatori: A. Nocera (*Genova*), W.F. Grigioni (*Bologna*)
- Il rigetto umorale nel trapianto d'organo solido**  
E. Cozzi (*Padova*)
- Markers istopatologici di rigetto umorale**  
M.L. Valente (*Padova*)
- 
- 8.50 – 10.55 **INFEZIONI E TRAPIANTO D'ORGANO: HIGHLIGHTS**  
Moderatori: P. Cadrobbi (*Padova*), M. Puoti (*Brescia*)
- 
- 8.50 **Faccia a faccia: Prevenzione nelle infezioni da CMV**  
Preemptive: P. Grossi (*Varese*)  
Profilassi: D. Sgarabotto (*Padova*)
- 
- 9.20 **Case presentation**  
**Infezioni fungine nell'immunosoppresso**  
P. Cinque (*Milano*)  
G.C. Ferretti (*Roma*)
- 
- 9.50 **Predittori e quantificazione dei fattori di rischio di infezioni fungine nell'immunosoppresso**  
G. Sganga (*Roma*)
- 
- 10.02 **Update in terapia antifungina: presente e futuro**  
A. Grimaldi (*L'Aquila*)
- 
- 10.14 **Dalla profilassi alla terapia nel trapianto di organo solido: ruolo della amfotericina lipidica**  
A. De Gasperi (*Milano*)
- 
- 10.30 **Le poliresistenze antibiotiche nell'immunosoppresso**  
P. Viale (*Udine*)
- 
- Discussione**
- 
- 10.55 **Coffee break**



SABATO 2 DICEMBRE  
HOTEL SHERATON, SALA A

- 
- 11.10 – 12.15 **UPDATE IN TRAPIANTOLOGIA PEDIATRICA**  
Moderatori: G.F. Zanon (*Padova*), D. Alberti (*Bergamo*)
- 
- 11.10 **Update in trapiantologia renale pediatrica**  
P. Caione (*Roma*)
- 
- 11.40 **Trapianto d'organo solido nel paziente critico**  
M. Colledan (*Bergamo*)
- 
- 11.55 **Il post trapianto critico: il punto di vista del rianimatore**  
F. Parisi (*Roma*)  
Discussants: G. Zacchello (*Padova*), L. Zancan (*Padova*)
- 
- 12.15 – 13.00 **SESSIONE PLENARIA:  
LETTURE CONCLUSIVE**  
  
Trapianto e fertilità  
M.L. Framarino (*Roma*)  
C. Foresta (*Padova*)
- 
- 13.00 – 13.30 **COMUNICAZIONI SELEZIONATE**  
Moderatori: G.F. Zanon (*Padova*), D. Alberti (*Bergamo*)
- 
- 13.00-13.10 **Applicazione di una rete neurale artificiale per la previsione del tempo di dimezzamento della creatinina in pazienti pediatrici sottoposti a trapianto di rene da donatore cadavere.**  
G. Santori\*, I. Fontana, U. Valente (*Genova*)
- 
- 13.10-13.20 **Monitoraggio molecolare del rigetto acuto nel trapianto di intestino e multiviscerale**  
A. Altimari, E. Gruppioni, E. Gabusi, E. Capizzi, A. Lauro, A.D. Pinna, W.F. Grigioni, A. D'Errico Grigioni (*Bologna*)
- 
- 13.20-13.30 **Impiego di donatori marginali in candidati a trapianto di cuore di età superiore a 65 anni**  
A. Forni\*, G. Faggian, B. Chiominto, F. Innocente, M. Iafrancesco, F. Patelli, A. Mazzucco

SABATO 2 DICEMBRE  
HOTEL SHERATON, SALA B

- 
- 8.30 – 9.50 **SIMPOSIO CONGIUNTO  
SITO – HPB**  
Presidente A. Cavallari (*Bologna*)  
Moderatori: N. Bassi (*Treviso*), M. Rugge (*Padova*)
- 
- 8.30 **Resezione e trapianto: Osmosi di tecnica**  
U. Tedeschi (*Verona*)
- 
- 8.50 **Tumori epatici primitivi non HCC: quando resezione e quando trapianto?**  
E. Santoro (*Roma*)
- 
- 9.10 **Tecniche di arterializzazione portale in chirurgia epatobiliare e trapianto di fegato**  
B. Nardo (*Bologna*)
- 
- 9.30 **Nodularità epatiche a potenziale trapiantologico: il ruolo dell'anatomopatologo**  
M. Guido (*Padova*)
- 
- 9.50 – 11.00 **COMUNICAZIONI SELEZIONATE**  
Moderatori: N. Bassi (*Treviso*), M. Rugge (*Padova*)
- 
- 9.50- 10.00 **Utilizzo della N-Acetylcysteina (NAC) come agente epatoprotettore nel trapianto di fegato: Studio di fattibilità – Primi risultati**  
A. Vecchi, N. Cautero, S. De Luca, P. Garelli, D. Nicolini, A. Risaliti (*Ancona*)
- 
- 10.00- 10.10 **Standardizzazione delle dimensioni delle isole pancreatiche di ratto utilizzando la metodica "hanging drop"**  
G. Cavallari\*<sup>(1)</sup>, R. Zuellig<sup>(2)</sup>, R. Lehmann<sup>(2)</sup>, M. Weber<sup>(2)</sup>, W. Moritz<sup>(2)</sup> (*Bologna*<sup>(1)</sup>, *Zurigo-Svizzera*<sup>(2)</sup>)
- 
- 10.10- 10.20 **Modified liver hanging maneuver nel trapianto ortotopico di fegato con conservazione della vena cava**  
G.M. Ettore\*, G. Vennarecci, R. Santoro, F. Carboni, P. Lepiane, L. Miglioresi, M. Antonini, G. Tacconi, A. Boschetto, R. Lorusso, P. Mancini, G. Visco, E. Santoro (*Roma*)



- 
- 10.20 – 10.30 **Immunosoppressione e tumore: un confronto dei rischi nei pazienti sottoposti a trapianto d'organo e persone con infezione da HIV**  
P. Burra\*<sup>[1]</sup>, F. Citterio<sup>[2]</sup>, G. Busnach<sup>[3]</sup>, E. Arbustini<sup>[4]</sup>, U. Baccarani<sup>[5]</sup>, G. Rezza<sup>[2]</sup>, C. Pradier<sup>[6]</sup>, S. Bellelli<sup>[2]</sup>, C. Angeletti<sup>[2]</sup>, S. Targhetta<sup>[1]</sup>, U. Pozzetto<sup>[2]</sup>, E. De Juli<sup>[3]</sup>, M. Grasso<sup>[4]</sup>, B. Dal Bello<sup>[4]</sup>, V. Bresadola<sup>[5]</sup>, P. Carrieri<sup>[7]</sup>, P. Piselli<sup>[2]</sup>, D. Serraino<sup>[8]</sup> (*Padova*<sup>[1]</sup>, *Roma*<sup>[2]</sup>, *Milano*<sup>[3]</sup>, *Pavia*<sup>[4]</sup>, *Udine*<sup>[5]</sup>, *Nizza-Francia*<sup>[6]</sup>, *Marsiglia-Francia*<sup>[7]</sup>, *Aviano*<sup>[8]</sup> )
- 
- 10.30 – 10.40 **Trapianto di fegato da donatore vivente con lobo sinistro nell'adulto: l'importanza delle modulazioni chirurgiche del flusso portale**  
A Lauro\*<sup>[1]</sup>, T Diago Usò<sup>[2]</sup>, C Quintini<sup>[2]</sup>, C Zanfi<sup>[1]</sup>, A Dazzi<sup>[1]</sup>, A Siniscalchi<sup>[1]</sup>, F Di Benedetto<sup>[2]</sup>, M Masetti<sup>[2]</sup>, N Cautero<sup>[2]</sup>, N De Ruvo<sup>[2]</sup>, G Ramacciato<sup>[2]</sup>, A Risaliti<sup>[2]</sup>, B Begliomini<sup>[2]</sup>, C Miller<sup>[2]</sup>, A.D. Pinna<sup>[1]</sup> (*Bologna*<sup>[1]</sup>, *Modena*<sup>[2]</sup>)
- 
- 10.40 – 10.50 **Un nuovo modello porcino di fegato isolato e perfuso nel supporto alla insufficienza epatica acuta**  
A. Carraro\*, E. Gringeri, F. Calabrese, P. Violi, A. Brolese, G. Zanus, P. Boccagni, D. Neri, M.L. Valente, D.F. D'Amico, U. Cillo (*Padova*)
- 
- 10.50 – 11.00 **Il trapianto di fegato pediatrico con "left lateral segment" (LLS) split grafts: risultati in 199 bambini**  
V Corno\*, M.C. Dezza, A Lucianetti, D Pinelli, M Zambelli, M Guizzetti, G Maldini, M Giovanelli, D Codazzi, G Torre, M Colledan (*Bergamo*)
- 
- 11.00 **Coffee break**
- 
- 11.15 - 12.15 **SICURO CHE NON RICADE? DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E GIUDIZIO DI TRAPIANTABILITÀ**  
Presidenti: L. Gallimberti (*Padova*), C. Rago (*Padova*)
- 
- 11.15 **Sei mesi servono, sei mesi bastano? Criteri di selezione tossicologici per inserimento in lista trapianto in pazienti dipendenti da alcol ed altre sostanze psicoattive.**  
G. Forza (*Padova*), L. Gallimberti (*Padova*)

- 
- 11.27 **Prevalenza dei disturbi da uso di sostanze ed iter di selezione al trapianto di fegato: l'esperienza del Servizio di Psicologia Medica per i Trapianti di Torino.**  
L. Giordanengo (*Torino*), G. Lovera (*Torino*)
- 
- 11.39 **L'esperienza del Servizio di psicologia clinica ISMETT nell'aderenza alle cure del paziente dipendente da sostanze sottoposto a trapianto di fegato.**  
J. Morana (*Palermo*), G.B. Vizzini (*Palermo*), R. Girgenti (*Palermo*)
- 
- 11.51 **Coordinamento e Psicologia clinica: ponte tra chirurgia dei trapianti e tossicologia clinica**  
L. Minazzato (*Padova*), F. Moro (*Padova*)
- 
- 12.03 **Valutazione del candidato: Il ruolo dell'eticista**  
R. Pegoraro (*Padova*)



SABATO 2 DICEMBRE  
HOTEL SHERATON, SALA C

- 
- 8.30 - 10.30 **COMUNICAZIONI**  
Moderatori: E. Di Salvo (*Napoli*), D. Di Landro (*Siracusa*)
- 
- 8.30 - 8.40 **Pazienti con trapianto renale fallito: outcome dopo rientro in dialisi**  
E. Bertoni\*, A. Rosati, L. Di Maria, C. Merciai, M. Salvatori (*Firenze*)
- 
- 8.40 - 8.50 **Bulking Endoscopico nel trattamento del vur dopo trapianto renale**  
F. Lasaponara\*, D. Falconi, G.B. Piccoli, R. Rossi, M. Paradiso, F. Morabito, G. Cucchiarella, M. Messina, M. Rossetti, E. Mezza, G.P. Segoloni, U. Ferrando (*Torino*)
- 
- 8.50 - 9.00 **Valore prognostico dell'incidentale riscontro di carcinomi renali di piccole dimensioni insorti nei reni nativi dopo trapianto renale**  
L. Guidoni\*, M. Zanazzi, V. Li Marzi, M.T. Filocamo, M. Marzocco, D. Villari, E. Dattolo, M. Salvadori, G. Nicita (*Firenze*)
- 
- 9.00 - 9.10 **Linfocele: esperienza monocentrica su 200 casi di trapianti renali**  
V. Rizza\*, M. D'Angelo, C. Mazzotta, L. Caniglia, A. Garofalo, L. Bonanni, C. Laurenzi, L. Di Clemente, A. Famulari, F. Pisani (*L'Aquila*)
- 
- 9.10 - 9.20 **Esperienza del Centro di Padova nel trapianto simultaneo di rene e pancreas: risultati a lungo termine**  
B. Ekser\*, L. Furian, G. Margani, C. Crepaldi, M. Vedovato, B. Rossi, L. Bonfante, D. Lorigiola, N. Baldan, P. Rigotti (*Padova*)
- 
- 9.20 - 9.30 **Funzionalità renale e indice di resistenza (IR)**  
R. Di Lorenzo\*, D. Buffa, C. Maione, G. Gambino, M. Gioviale, G. Damiano, F. Moscato, G. Romano, G. Buscemi, M. Romano, A. Lo Monte (*Palermo*)
- 
- 9.30 - 9.40 **Polmonite acuta interstiziale indotta da Sirolimus in un paziente trapiantato di rene**  
L. Garofalo, P. Ditunno, S. Palazzo, C. Bettocchi, M. Battaglia, F.P. Selvaggi (*Bari*)

SABATO 2 DICEMBRE  
HOTEL SHERATON, SALA C

- 
- 9.40 - 9.50 **Induzione con RATG nel trapianto di rene da donatore a cuore non battente e nel trapianto di pancreas (SPK e PAK)**  
C. Puliatti\*, M. Ilham, A. Rizzello, A. Asderakis (*Cardiff - UK*)
- 
- 9.50 - 10.00 **Validità dei crosslaps sierici quale indice del metabolismo scheletrico nel paziente con trapianto renale**  
P. De Paolis\*, D. Mantella, E. Gervasio, R. De Rocca, G. Coen, S. Di Giulio (*Roma*)
- 
- 10.00 - 10.10 **Correlazione tra riscontro sierico ed urinario del PoliomaVirus tipo 1 (BKV) e tipo 2 (JCV) e funzione renale, in pazienti portatori di trapianto di rene in una osservazione nel lungo periodo**  
P. De Paolis\*, R. De Rocca, E. Gervasio, S. Di Giulio (*Roma*)
- 
- 10.10 - 10.20 **Trapianto di pancreas isolato (PTA) nel paziente affetto da nefropatia diabetica con iniziale compromissione della funzione renale**  
M. Barsotti\*, U. Boggi, G. Paleologo, AM. Bianchi, C. Tregnaghi, B. Nerucci, F. Vistoli, M. Del Chiaro, R. Giannarelli, A. Coppelli, P. Marchetti, F. Mosca, G. Rizzo (*Pisa*)
- 
- 10.20 - 10.30 **Adattamento e qualità di vita nei pazienti sottoposti a trapianto di fegato: l'esperienza di Verona**  
G. Trabucco, L. Fontana, E. Bravi, M. Marcanti, C. Boaretti, D. Donataggio\*, F. Giovinazzo, G. Mangiante, M. Donataggio
- 
- 10.30 **Coffee break**



- 
- 10.45 – 12.25 **COMUNICAZIONI**  
Moderatori: P. Reggiani (*Milano*), D. Neri (*Padova*)
- 
- 10.45 - 10.55 **Differenziazione in vitro di cellule CD105-positive da cordone ombelicale e da sangue cordonale in cellule simil-epatiche**  
C. Calore\*, Michela Turetta, Annalisa Masier, Rosa Di Liddo, P. Bo, S. Tomat, F.P. Russo, M.T. Conconi, P.P. Panigotto, P. Burra (*Padova*)
- 
- 10.55 - 11.05 **Patogenesi della cardiomiopatia cirrotica: alterazioni del profilo di espressione genica del sistema beta-adrenergico in un modello sperimentale di cirrosi**  
I. Frasson\*, G. Ceolotto, A. Sticca, I. Papparella, M. Cavalli, S. Bova, L. Lenzini, A. Semplicini, P. Angeli (*Padova*)
- 
- 11.05 - 11.15 **Superiorità del trapianto versus resezione nel trattamento dell'epatocarcinoma**  
U. Baccarani\*, E. Benzoni, G.L. Adani, C. Avellini, M. Sainz-Barriga, D. Lorenzin, C. Comuzzi, A. Risaliti, A. Uzzau, V. Bresadola, F. Bresadola (*Udine*)
- 
- 11.15 - 11.25 **L'ERCP nei pazienti trapiantati di fegato: indicazioni e risultati**  
L. Norberto, L. Polese, U. Cillo, A. Brolese, G. Zanus, D. Neri, F. Erroi, D.F. D'Amico (*Padova*)
- 
- 11.25 - 11.35 **Risultati a lungo termine dell'impiego di donatori di età superiore a 50 anni per il trapianto di fegato pediatrico**  
M. Guizzetti\*, A. Sonzogni, W. Petz, M. Zambelli, A. Lucianetti, D. Pinelli, V. Corno, G. Maldini, R. Bezzo, M. Giovannelli, M.C. Dezza, M. Andreoli, G. Torre, M. Colledan (*Bergamo*)
- 
- 11.35 - 11.45 **Incidenza delle infezioni nei pazienti sottoposti a trapianto di fegato in Italia**  
P. Piselli<sup>\*(1)</sup>, A. Lauro<sup>(2)</sup>, S. Ferretti<sup>(1)</sup>, V. Corazza<sup>(1)</sup>, S. Barzoni Secchia<sup>V</sup>, M. Scuderi<sup>(1)</sup>, F. Fusco<sup>(1)</sup>, S. Bellelli<sup>V</sup>, C. Angeletti<sup>(1)</sup>, C. Zanfi<sup>(2)</sup>, G. Ferretti<sup>(1)</sup>, N. Gusman<sup>(1)</sup>, P.B. Berloco<sup>(1)</sup>, G.M. Ettorre<sup>(1)</sup>, G. Vennarecci<sup>(1)</sup>, R. Santoro<sup>(1)</sup>, A.D. Pinna<sup>(2)</sup>, E. Girardi<sup>(1)</sup>, D. Serraino<sup>(3)</sup>, P. Grossi<sup>(3)</sup>, G. Ippolito<sup>(1)</sup> (*Roma*<sup>(1)</sup>, *Bologna*<sup>(2)</sup>, *Aviano*<sup>(3)</sup>, *Varese*<sup>(3)</sup>)

- 
- 11.45 - 11.55 **Effetti clinici dell'utilizzo di polimixina-b fissata su fibre in pazienti sottoposti a trapianto di fegato in stato di sepsi severa o shock settico**  
F Ruberto\*, F Pugliese, A D'Alio, S Martelli, K Bruno, V Marcellino, S Perrella, A Cappannoli, V Mazzarino, A Tosi, G Novelli, M Rossi, G Ferretti, P Berloco, P Pietropaoli (*Roma*)
- 
- 11.55 - 12.05 **Cirrosi HCV come significativo fattore di mortalità in un'analisi intention-to-treat nel trapianto di fegato**  
E. Gringeri\*, A. Vitale, A. Brolese, G. Zanus, P. Boccagni, D. Neri, M. Valmasoni, F. D'Amico, A. Carraro, A. Pauletto, M. Scopelliti, U. Cillo, D.F. D'Amico (*Padova*)
- 
- 12.05 - 12.15 **Le complicanze biliari nel trapianto di fegato da donatore vivente**  
A. Giacomoni, A. Lauterio\*, A. Slim, V. Pirota, I. Mangoni, B. Dorobantu, L. De Carlis (*Milano*)
- 
- 12.15 - 12.25 **Ischemia-riperfusion e patologica normotermica: la pentossifillina inibisce la trascrizione del gene del tumor necrosis factor alpha**  
R. Cursio, A. El-Ghoneimi, A. Schmid-Alliana, M. Tovey, A. Lasfar, J.F. Michiels, B. Rossi, J. Gugenheim (*Nizza*)





- 
- 8.30 - 10.30 **COMUNICAZIONI**  
Moderatori: M. Masetti (*Modena*), P. Boccagni (*Padova*)
- 
- 8.30 - 8.40 **Fattori di rischio per recidiva di epatite C dopo trapianto di fegato: Regression-Tree Analysis**  
A. Cucchetti, M. Cescon\*, G.L. Grazi, M. Vivarelli, G. Ercolani, G. La Barba, M. Zanello, M. Ravaoli, M. Del Gaudio, A.D. Pinna (*Bologna*)
- 
- 8.40 - 8.50 **Impatto della associazione Peg-Interferone (PEG\_IFN) alfa-2b e Ribavirina in pazienti con recidiva di epatite HCV (genotipo 1) post trapianto epatico (OLT) e terapia di mantenimento**  
G. Testino\*, A. Sumberaz, R. Gentile, F. Ansaldi, A.O. Ancarani, G. Ravetti, E. Andorno, G. Icardi (*Genova*)
- 
- 8.50 - 9.00 **Il trapianto combinato fegato-rene nell'era "MELD"**  
G. Varotti, R. Bertelli, G. Grazi, M. Vivarelli, G. Ercolani, M. Cescon, M. Del Gaudio, M. Ravaoli, G. Fuga, A. Faenza, A.D. Pinna (*Bologna*)
- 
- 9.00 - 9.10 **Il trapianto combinato fegato-rene: nostra esperienza**  
G. Zanusi\*, A. Carraro, E. Gringeri, M. Valmasoni, A. Vitale, F. D'Amico, A. Brolese, P. Boccagni, D. Neri, P. Violi, P. Burra, P. Rigotti, U. Cillo, D.F. D'Amico (*Padova*)
- 
- 9.10 - 9.20 **Il registro dei cerebrolesi nel Controllo di Qualità del sistema donazione-trapianto: valutazione delle potenzialità del singolo ospedale delle regioni Abruzzo e Molise**  
D. Maccarone\*<sup>(1)</sup>, I. Parzanese<sup>(1)</sup>, N. Tortolone<sup>(2)</sup>, L. Caniglia<sup>(1)</sup>, A. Famulari<sup>(1)</sup> (*L'Aquila<sup>(1)</sup>, Roma<sup>(2)</sup>*)
- 
- 9.20 - 9.30 **Trapianto di Fegato in pazienti HIV positivi: esperienza dell'Università di Modena**  
F. Di Benedetto\*, N. De Ruvo, M. Masetti, R. Montalti, A. Pierini, S. Di Sandro, G.P. Guerrini, A. Romano, R. Ballarin, M.G. De Blasiis, G. Guaraldi, M. Codeluppi, S. Cocchi, C. Baraldi, R.M. Iemmolo, G.E. Gerunda (*Modena*)
- 
- 9.30 - 9.40 **Il trapianto di fegato nei pazienti HIV positivi**  
G Vennarecci<sup>(1)</sup>, GM Ettore<sup>(1)</sup>, M Antonini<sup>(1)</sup>, R Santoro<sup>(1)</sup>, L Tessitore<sup>(1)</sup>, L Perracchio<sup>(1)</sup>, G Visco<sup>(1)</sup>, L Miglioresi<sup>(1)</sup>, F Carboni<sup>(1)</sup>, P Lepiane<sup>(1)</sup>, C Puoti<sup>(2)</sup>, E Santoro<sup>(1)</sup> (*Roma<sup>(1)</sup>, Marino<sup>(2)</sup>*)

- 
- 9.40 - 9.50 **Profilassi a lungo termine con HBV Ig specifiche e lamivudina, per la recidiva di epatite HBV dopo trapianto di fegato. Analisi retrospettiva**  
R.M. Iemmolo\*, F. Di Benedetto, N. De Ruvo, R. Montalti, A. Pierini, C. Baraldi, R. Ballarin, G.P. Guerrini, M.G. De Blasiis, M. Masetti, G.E. Gerunda (*Modena*)
- 
- 9.50 - 10.00 **L'utilizzo dello split liver nei pazienti HCV: la nostra esperienza**  
E. Andorno\*, F. Ravazzoni, G. Bottino, N. Morelli, M. Casaccia, F. Panaro, S. Di Domenico, G. Santori, U. Valente (*Genova*)
- 
- 10.00 - 10.10 **100 trapianti di fegato per epatocarcinoma su cirrosi: Esperienza di Modena**  
R. Montalti\*, M. Masetti, L. Losi, F. Di Benedetto, N. De Ruvo, A. Pierini, M.R. Iemmolo, G. Rompianesi, A. Romano, G. Guerrini, R. Ballarin, M.G. De Blasiis, S. Di Sandro, G.E. Gerundi (*Modena*)
- 
- 10.10 - 10.20 **Gli scambi di organi e pazienti con le nazioni estere nei primi 15 mesi di attività dell'Italian Gate to Europe (IGE)**  
R. Pretagostini, D. Peritore, P. Di Ciaccio, D. Stabile, P. Fiaschetti, A. Ricci, S. Venettoni, A. Nanni Costa (*Roma*)
- 
- 10.20 - 10.30 **Resezione epatica per HCC in pazienti in attesa di trapianto**  
G Vennarecci\*<sup>(2)</sup>, GM Ettore<sup>(2)</sup>, M Antonini<sup>(2)</sup>, R Santoro<sup>(2)</sup>, G Tacconi<sup>(2)</sup>, F Carboni<sup>(2)</sup>, P Lepiane<sup>(2)</sup>, R Lorusso<sup>(2)</sup>, P Mancini<sup>(2)</sup>, L Perracchio<sup>(2)</sup>, R Guarisco<sup>(1)</sup>, C Puoti<sup>(1)</sup>, G Visco<sup>(2)</sup>, E Santoro<sup>(3)</sup> (*Marino<sup>(1)</sup>, Roma<sup>(2)</sup>*)
- 
- 10.30 **Coffee break**



- 
- 10.45 – 12.25 **COMUNICAZIONI**  
Moderatori: G. Romano (*Palermo*), N. Srsen (*Padova*)
- 
- 10.45 - 10.55 **La figura dell'infermiere coordinatore clinico per i trapianti nel processo di trapianto di rene, rene-pancreas: aspetti organizzativi ed educazione al paziente**  
G. Bertaglia\*, N. Bertocco, C. Rago (*Padova*)
- 
- 10.55 - 11.05 **Fattori predittivi di sopravvivenza a lungo termine dopo trapianto di fegato per carcinoma epatocellulare**  
A. Giacomoni\*, A. Slim, A. Lauterio, C. Zavaglia, L. Belli, I. Mangoni, G. Pinzello, D. Forti, L. De Carlis (*Milano*)
- 
- 11.05 - 11.15 **Trapianto di polmone pediatrico: esperienza di Bergamo**  
M.C. Dezza\*, V. Corno, A. Lucianetti, D. Pinelli, G. Maldini, M. Guizzetti, M. Zambelli, M. Giovanelli, M.L. Melzi, M. Candusso, D. Codazzi, G. Torre, M. Colledan (*Bergamo*)
- 
- 11.15 - 11.25 **Valutazione integrata dell'esito cardiologico e psichiatrico nel trapianto di cuore: uno studio prospettico, longitudinale**  
L. Sirri\*, E. Tossani, L. Potena, M. Masetti, F. Grigioni, C. Magelli, S. Grandi (*Bologna*)
- 
- 11.25 - 11.35 **Uso di sistemi di assistenza ventricolare sinistra portatile in pazienti urgenti non candidabili al trapianto di cuore**  
A. Forni\*, G. Faggian, B. Chiominto, A. Mazzuccon (*Verona*)
- 
- 11.35 - 11.45 **Trattamento chirurgico open delle stenosi bronchiali post-trapianto**  
G. Marulli\*, G. Rizzardi, M. Loy, A. Zuin, F. Calabrese, P. Feltracco, F. Sartori, F. Rea (*Padova*)
- 
- 11.45 - 11.55 **Incidenza delle complicanze infettive nel paziente sottoposto a trapianto di intestino isolato e/o multiviscerale**  
A. Amaduzzi\*, A. Lauro, C. Zanfi, G. Ercolani, A. Dazzi, L. Golfieri, F. Pezzoli, G.L. Grazi, M. Vivarelli, M. Cescon, G. Varotti, M. Del Gaudio, M. Ravaioli, G. La Barba, A. Cucchetti, M. Zanello, G. Vetrone, F. Tuci, A. D'Errico, L. Pironi, A.D. Pinna (*Bologna*)

- 
- 11.55 - 12.05 **Neoplasie maligne dopo trapianto di polmone**  
M. Anile\*, F. Venuta, D. Diso, T. De Giacomo, M. Rolla, M.T. Aratari, F. Ruberto, V. Liparulo, D. Vitolo, E.A. Rendina, F. Longo, G.F. Coloni (*Roma*)
- 
- 12.05 - 12.15 **Trapianto di pancreas isolato in pazienti affetti da diabete mellito tipo 1: Follow-up a 3 anni dei parametri metabolici e delle complicanze**  
R. Giannarelli\*, A. Coppelli, M. Aragona, U. Boggi, M. Del Chiaro, F. Vistoli, M. Barsotti, L. Rondinini, G. Rizzo, S. Del Prato, F. Mosca, P. Marchetti (*Pisa*)
- 
- 12.15 - 12.25 **Autotrapianto di cute con l'innovativa metodica recell®**  
V. Cervelli, B. De Angelis, A. Arpino, A. Trimarco (*Roma*)



Interlabo

**Fresenius**  

---

**Biotech**

POSTER



**TRAPIANTO DI RENE SIMULTANEO AL BY-PASS AORTO-BISILIACO**  
M. Abelli, G. Soffiantini, M. Benedetti, E. Devecchi, E. Ticozzelli, S. Dini,  
N. Maroni\*, L. Cusmai, C. Bianchi, F.P. Tinozzi (*Pavia*)

**TRATTAMENTO DEI LINFOCELI SINTOMATICI POST-KTX MEDIANTE  
POSIZIONAMENTO DI CATETERE DI TENKOFF INTRAPERITONEALE**  
G.L. Adani\*, U. Baccarani, A. Risaliti, M. Sainz, D. Lorenzin,  
V. Bresadola, F. Bresadola, P. Tulissi, D. Montanaro (*Udine*)

**RISULTATI A DISTANZA NEL TRAPIANTO DI FEGATO PER EPATOPATIA  
HBV RELATA**  
A.W. Avolio, S. Agnes, R. Barbarino\*, M. Pompili, M. Siciliano, G. Pepe,  
M. Castagneto (*Roma*)

**CLEARANCE SELETTIVA DI BILIRUBINA E ACIDI BILIARI CON PAP SU  
PLASORBA BR-350 PER DISFUNZIONE COLESTATICA MAGGIORE DEL  
GRAFT EPATICO**  
U. Baccarani\*, G.L. Adani, D. Lorenzin, M. Sainz-Barriga, C. Comuzzi,  
F. Bresadola (*Udine*)

**CONFRONTO TRA IL METODO TACR FLEX VERSO IL METODO MEIA  
PER LA ROUTINE NEL MONITORAGGIO TERAPEUTICO DEL  
TACROLIMUS**  
A. Bachetoni\*, P. Mariani, M. D'Alessandro, V. Baiano, C. Appodia,  
D. Collepardo, P. Berloco (*Roma*)

**EVIDENZE ISTOLOGICHE NEL TRAPIANTO INTESTINALE CON COLON.  
TRE ANNI DI ESPERIENZA.**  
A. Bagni\*, B. Corti, M.G. Pirini, M. Fiorentino, N. Zucchini, B. Fabbrizio,  
A. Lauro, A.D. Pinna, W.F. Grigioni, A. D'Errico Grigioni (*Bologna*)

**IL TRAPIANTO INTRAPORTALE DI EPATOCITI: APPLICAZIONE CLINICA  
NELLA GLICOGENOSI TIPO I a**  
R. Ballarin\*, M. Masetti, F. Di Benedetto, N. De Ruvo, R. Montalti,  
A. Pierini, A. Romano, G. Guerrini, M.G. De Blasiis, C. Longo,  
G. Rompianesi, G.E. Gerunda (*Modena*)

**IMPORTANZA DELLA VALUTAZIONE E DELLA CORREZIONE DELLO  
STATO NUTRIZIONALE NEI PAZIENTI IN LISTA PER TRAPIANTO DI  
FEGATO**  
C. Baraldi\*, R.M. Iemmolo, N. De Ruvo, R. Montalti, R. Ballarin,  
A. Romano, G.P. Guerrini, M.G. De Blasiis, A. Pierini, F. Di Benedetto,  
M. Masetti, G.E. Gerunda (*Modena*)

**TRAPIANTO DI POLMONE PER ISTIOCITOSI A CELLULE DI  
LANGERHANS IN UN PAZIENTE DI 3 ANNI**  
A. Bertani\*, P. Vitulo, F. Caronia, R. Marchese, A. Arcadipane,  
G. Burgio, B. Gridelli (*Palermo*)

**RISULTATI DI UN SINGOLO CENTRO NEL TRAPIANTO DI RENE DOPPIO**  
R. Bertelli, G. Varotti, L. Puviani, G. Cavallari, V. Pacilé, G.L. D'Arcangelo,  
G. Mosconi, S. Stefoni, G. Fuga, B. Nardo, A. Faenza (*Bologna*)

**FARMACOCINETICA DI FTY720, CONTA LINFOCITARIA ED INCIDENZA  
DI RIGETTO ACUTO NEL TRAPIANTO DI RENE DE NOVO**  
E. Bertoni\*<sup>[1]</sup>, JM. Kovarik<sup>[2]</sup>, M. Salvadori<sup>[1]</sup>, K. Budde<sup>[2]</sup>, B. Charpentier<sup>[2]</sup>,  
GJ. Riviere<sup>[2]</sup> (*Firenze<sup>[1]</sup>, Basilea-Svizzera<sup>[2]</sup>*)

**OMOCISTEINA PLASMATICA(HCY), FATTORE DI RISCHIO  
CARDIOVASCOLARE ADDIZIONALE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A  
TRAPIANTO DI INTESTINO**  
G. Bianchi, E. Pompignoli, A. Lauro\*, C. Zanfi, A. Dazzi, R. Chianese,  
A.D. Pinna, M. Zoli (*Bologna*)

**RUOLO DELLA CHIRURGIA NELLE MALATTIE LINFOPROLIFERATIVE  
GASTROINTESTINALI DOPO TRAPIANTO RENALE**  
A. Broggiato\*, N. Baldan, L. Furian, B. Ekser, C. Silvestre, L. Fabris,  
F. Marchini, P. Rigotti (*Padova*)

**TRAPIANTO DI FEGATO PEDIATRICO: ESPERIENZA DEL CENTRO DI  
PADOVA**  
A. Brolese\*, A. Vitale, G. Zanus, P. Boccagni, D. Neri, E. Gringeri,  
F. D'Amico, M. Valmasoni, F.A. Ciarleglio, A. Carraro, L. Zancan,  
G. Guariso, L. D'Antiga, D.F. D'Amico, U. Cillo (*Padova*)

**ASPETTI ETICI DEL TRAPIANTO DI RENE DA DONATORE VIVENTE**  
P. Bruzzone\*, P.B. Berloco (*Roma*)

**RISULTATI NEL RITRAPIANTO EPATICO**  
L. Caccamo, P. Reggiani, G. Paone, M.F. Donato, E. Colombo, F. Ferri,  
B. Antonelli, FM Nicolosi, P. Bertoli, G. Rossi (*Milano*)

**RUOLO DELL'INFEZIONE HBV NEL RISULTATO DEL TRAPIANTO PER  
EPATITE FULMINANTE**  
L. Caccamo, D. Perilli, P. Bertoli, C. Rigamonti, G. Rossi (*Milano*)

**RUOLO DELLA LAMIVUDINA NELLA PROFILASSI POST-TRAPIANTO  
PER CIRROSI HBV-HDV**  
L. Caccamo, F. Agnelli, F.M. Nicolosi, B. Antonelli, P. Bertoli, U. Maggi,  
E. Melada, G. Rossi (*Milano*)

**TRAPIANTO, INFEZIONI DA HPV E NEOPLASIE CERVICALI**

E. Caltarossa<sup>[1]</sup>, D. Minucci<sup>[1]</sup>, P. Boccagni<sup>[1]</sup>, U. Cillo<sup>[1]</sup>, F. Marchini<sup>[1]</sup>, N. Surico<sup>[2]</sup>, R. Ribaldone<sup>[2]</sup>, P. Rigotti<sup>[1]</sup>, D.M. Paternoster<sup>[2]</sup> (*Padova*<sup>[1]</sup>, *Novara*<sup>[2]</sup>)

**TRAPIANTO DI RENE: ANALISI MULTIVARIATA DEI FATTORI PROGNOSTICI DEL DONATORE E DEL RICEVENTE**

T. Casiraghi, E. Orsenigo, C. Socci, V. Tomajer, V. Zuber, F. Gavazzi, R. Caldara\*, A. Secchi\*, C. Staudacher (*Milano*)

**LEIOMIOSARCOMA PERITONEALE IN PAZIENTE SOTTOPOSTA A TRAPIANTO DI RENE: CASE REPORT**

N. Cautero\*, S. De Luca, A. Vecchi, P. Garelli, D. Nicolini, G. M. Frascà, G. Gaffi, D. Taruscia, I. Bearzi, A. Risaliti (*Ancona*)

**TRATTAMENTO DELLE ULCERE COMPLESSE (WAGNER3) DEGLI AAI NEI PAZIENTI DIABETICI**

M. Cavallini, S. Campisi, A. Trimarco, V. Cervelli (*Roma*)

**IMPATTO PROGNOSTICO DEL PUNTEGGIO MELD NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI FEGATO CON FEGATO SUB OTTIMALE**

U. Cillo\*, A. Vitale, P. Boccagni, D. Neri, A. Brolese, G. Zanusi, E. Gringeri, M. Valmasoni, F. D'Amico, P. Violi, A. Bridda, D. Bassi, P. Burra, D.F. D'Amico (*Padova*)

**USO COMBINATO DI PEG-INTERFERONE E RIBAVIRINA IN PAZIENTI CON EPATOTRAPIANTO E RECIDIVA VIRUS C**

G. Cordone, P. Coccoli, M. Sanges, A. Totaro, E. Efficie, G.P. Parrilli (*Napoli*)

**PROPRIETA' DI AUTOFLUORESCENZA DI TESSUTO EPATICO CON ACCUMULO DI LIPIDI**

A.L. Croce\*, U. De Simone, E. Boncompagni, V. Bertone, A. Ferrigno, M. Vairetti, I. Freitas, G. Bottirololi (*Pavia*)

**TRAPIANTO RENALE IN PAZIENTI AFFETTI DA NAIL-PATELLA: ASPETTI ANESTESIOLOGICI. CASE REPORT**

M. Cutuli\*, M. Sorbello, G. Mistretta, G. Morello, A. Paratore, M. Veroux, PF Veroux, A. Gullo (*Catania*)

**PERFUSIONE A PRESSIONE VS PERFUSIONE A CADUTA NEL PRELIEVO DI FEGATO A SCOPO TRAPIANTO. RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO RANDOMIZZATO**

L. De Luca\*, G. Iaria, A. Anselmo, L. Tariciotti, C. Lucchesi, A. Monaco, D. Sforza, M. Manuelli, F. Nigro, M. Berlanda, G. Tisone (*Roma*)

**RICORRENZA DI EPATITE C E COMPLICANZE BILIARI DOPO TRAPIANTO DI FEGATO: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO**

E. De Martin, F.P. Russo, D. Neri, M. Guido, M. Senzolo, M. Gambato, D. Canova, S. Tomat, G. Germani, A. Masier, O. Paccagnella, G. Zanusi, P. Boccagni, A. Brolese, N. Srsen, P. Angeli, C. Poci, U. Cillo, P. Burra (*Padova*)

**TRAPIANTO COMBINATO FEGATO+POLMONI PER FIBROSI CISTICA: L'ESPERIENZA DI BERGAMO**

M.C. Dezza\*, V. Corno, A. Lucianetti, D. Pinelli, M. Guizzetti, G. Maldini, M. Zambelli, M. Giovanelli, R. Manfredi, D. Codazzi, P.C. Parigi, M.L. Melzi, M. Candusso, G. Torre, G. Gaffuri, S. Faggiuoli, M. Colledan (*Bergamo*)

**RISULTATI DEL SIROLIMUS MONOTERAPIA NEL TRAPIANTO DI FEGATO**

F. Di Benedetto\*, N. De Ruvo, M. Masetti, R. Montalti, S. Di Sandro, A. Pierini, G.P. Guerrini, A. Romano, R. Ballarin, M.G. De Blasiis, C. Baraldi, R.M. Iemmolo, G. Rompianesi, G.E. Gerunda (*Modena*)

**SARCOMA DI KAPOSÌ IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI FEGATO**

F. Di Benedetto, S. Di Sandro\*, N. De Ruvo, M. Masetti, R. Montalti, A. Pierini, G.P. Guerrini, A. Romano, R. Ballarin, M.G. De Blasiis, C. Baraldi, M. Codeluppi, R.M. Iemmolo, L. Potenza, G. Rompianesi, G.E. Gerunda (*Modena*)

**VALUTAZIONE ECO-COLOR-DOPPLER DEL RENE TRAPIANTATO. REVIEW DELLA CASISTICA E VALUTAZIONE CRITICA**

R. Di Lorenzo\*, C. Maione, D. Buffa, M. Gioviiale, G. Gambino, G. Damiano, F. Moscato, C. Pirrotta, G. Cocchiara, G. Romano, G. Buscemi, M. Romano, A. lo Monte (*Palermo*)

**L'ANASTOMOSI BILIARE SENZA TUTORE NELLA NOSTRA ESPERIENZA**

M. Donatuccio, F. Giovinazzo, D. Donatuccio, G. Mangiante, G. Dalle Ore, \*P. Del Bravo (*Verona*)

**POSIZIONAMENTO MONOLATERALE DI ENTRAMBI I RENI NEL DOPPIO TRAPIANTO DI RENE DA DONATORE ANZIANO**

B. Ekser\*, N. Baldan, C. Silvestre, L. Fabris, A. Broggiato, A. Gloria, L. Furian, M. Valente, P. Rigotti (*Padova*)

**ANATOMICAL BASIS OF LIVER HANGING MANEUVER FOR LRLT OR SPLIT LIVER: A CLINICAL AND ANATOMICAL IN VIVO STUDY**

G.M. Ettorre<sup>[1]</sup>, R. Douard<sup>[2]</sup>, R. Santoro<sup>[1]</sup>, G. Vennarecci<sup>[1]</sup>, V. Corazza<sup>[1]</sup>, P. Mancini<sup>[1]</sup>, R. Lorusso<sup>[1]</sup>, P. Lepiane<sup>[1]</sup>, F. Carboni<sup>[1]</sup>, E. Santoro<sup>[1]</sup> (*Roma*<sup>[1]</sup>, *Parigi-Francia*<sup>[2]</sup>)

**UTILIZZO DI DONATORI CADAVERE ULTRASETTANTENNI  
NEL TRAPIANTO DI RENE**

L. Fabris\*, B. Ekser, C. Silvestre, A. Gloria, F. Marchini, L. Bonfante,  
B. Rossi, A. Antonello, N. Baldan, M. Valente, P. Rigotti *(Padova)*

**PROBLEMATICHE ANESTESIOLOGICHE SPECIFICHE NEI PAZIENTI  
SOTTOPOSTI AD INTERVENTO CHIRURGICO DOPO TRAPIANTO  
DI POLMONE**

P. Feltracco\*, E. Serra, S. Barbieri, F. Salvaterra, S. Rizzi, D. Callegaro,  
E. Michieletto, M. Loy, G. Marulli, F. Rea, C. Ori *(Padova)*

**VALIDITÀ DELL'ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFOGEEA (TEE) NEL  
PAZIENTE SOTTOPOSTO A TRAPIANTO DI POLMONE BILATERALE**

P. Feltracco\*, E. Serra, S. Barbieri, S. Rizzi, F. Salvaterra, M. Furnari, I.  
Tiberio, G.C. Falasco, C. Ori, M. Loy, A. Zuin, F. Rea *(Padova)*

**PROCEDURE ANESTESIOLOGICHE NEL PAZIENTE GIÀ SOTTOPOSTO  
A TRAPIANTO DI RENE**

P. Feltracco\*, E. Serra, S. Barbieri, S. Rizzi, G. Marulli, E. Michieletto,  
D. Callegaro, A. Ossi, A. Forti, F. Cavaleri, I. Tiberio, C. Ori *(Padova)*

**INCIDENZA DI CONTAMINAZIONE MICROBIOLOGICA NEL SANGUE  
DA EMORECUPERO IN CORSO DI TRAPIANTO DI FEGATO**

P. Feltracco\*, E. Michieletto, S. Barbieri, E. Serra, S. Rizzi, F. Salvaterra,  
M. Furnari, A. Bortolato, L. Saorin, C. Ori *(Padova)*

**GESTIONE ANESTESIOLOGICA DELLA PAZIENTE OSTETRICA  
TRAPIANTATA DI ORGANO SOLIDO**

P. Feltracco\*, E. Serra, S. Barbieri, S. Rizzi, F. Salvaterra, E. Michieletto,  
A. Forti, F. Cavaleri, I. Tiberio, C. Ori *(Padova)*

**PROCEDURE ANESTESIOLOGICHE NEL PAZIENTE GIÀ SOTTOPOSTO  
A TRAPIANTO DI FEGATO**

P. Feltracco\*, Serra E, S. Barbieri, F. Salvaterra, M. Furnari, E. Michieletto,  
L. Crespi, L. Pasin, G. Lunardi, C. Correnti, C. Ori *(Padova)*

**L'ETÀ DEL DONATORE E IL TEMPO DI ISCHEMIA TOTALE QUALI FATTORI  
DI RISCHIO NELLA RECIDIVA HCV DOPO TRAPIANTO DI FEGATO**

A. Ferrara\*, G. Arenga, D. Pisaniello, L. Iovine, D. Sciano, O. Cuomo  
*(Napoli)*

**VALUTAZIONE MORFOLOGICA A LUNGO TERMINE DELLE  
ANASTOMOSI CAVALI NEL TRAPIANTO DI CUORE**

A. Forni\*, G. Faggian, B. Chiominto, F. Innocente, A. Mazzucco *(Verona)*

**EMOCATERESI A LIVELLO TUMORALE: UN MEZZO PER OTTENERE  
FERRO A SCAPITO DELL'ORGANISMO?**

I. Freitas<sup>(1)</sup>, E. Boncompagni\*<sup>(1)</sup>, R. Vaccarone<sup>(1)</sup>, C. Fenoglio<sup>(1)</sup>, S. Barni<sup>(1)</sup>,  
G. Gerzeli<sup>(1)</sup>, G.F. Baronzio<sup>(2)</sup> *(Pavia<sup>(1)</sup>, Legnano<sup>(2)</sup>)*

**TRATTAMENTO DELLE STENOSI URETERALI DOPO TRAPIANTO DI RENE**

L. Garofalo, P. Dittono, S. Palazzo, C. Bettocchi, M. Battaglia,  
F.P. Selvaggi *(Bari)*

**SVILUPPO DI UN MODELLO STANDARDIZZATO DI CARTELLA CLINICA  
PER IL TRAPIANTO DI FEGATO: NUOVE PROSPETTIVE PER  
L'INFORMATIZZAZIONE**

R. Ghirelli\*, G. Santori, E. Andorno, U. Valente *(Genova)*

**USO DEL DOSAGGIO DEL PARATORMONE INTRAOPERATORIO NEI  
PAZIENTI SOTTOPOSTI A PARATIROIDECTOMIA IN LISTA D'ATTESA  
PER TRAPIANTO RENALE**

M. Gioviale\*, G. G. Ambino, C. Maione, G. Damiano, A. di Bona,  
F. Moscato, F. Calderone, G. Romano, G. Buscemi, M. Romano,  
A.I. Lo Monte *(Palermo)*

**STRATEGIE DI COPING NEL TRAPIANTO D'INTESTINO**

L. Golfieri\*, A. Lauro, E. Tossani, L. Sirri, A. Dazzi, C. Zanfi, A. Vignudelli,  
A. Amaduzzi, A. Cucchetti, G. La Barba, F. Pezzoli, G. Ercolani, M. Vivarelli,  
M. Del Gaudio, M. Ravaioli, M. Cescon, G. Grazi, S. Grandi, A.D. Pinna  
*(Bologna)*

**QUALITÀ DELLA VITA NEL TRAPIANTO DI INTESTINO NELL'ADULTO:  
UN'ANALISI SOGGETTIVA**

L. Golfieri\*, A. Lauro, E. Tossani, L. Sirri, A. Dazzi, C. Zanfi, A. Vignudelli,  
A. Amaduzzi, M. Zanello, F. Pezzoli, G. Ercolani, M. Vivarelli, M. Del Gaudio,  
M. Ravaioli, M. Cescon, S. Grandi, A.D. Pinna *(Bologna)*

**COMPLICANZE BILIARI IN 84 TRAPIANTI DI FEGATO SENZA UTILIZZO  
DI STENT: ANALISI DEI FATTORI DI RISCHIO**

G.P. Guerrini\*, R. Montalti, M. Masetti, F. Di Benedetto, N. De Ruvo,  
A. Pierini, R.M. Iemmolo, M.G. De Blasiis, A. Romano, R. Ballarin,  
C. Baraldi, A. Mantovani, G.E. Gerunda *(Modena)*

**IL TRAPIANTO COMBINATO DI PANCREAS E RENE: INDICAZIONI  
E RISULTATI**

M. Iappelli\*, S. Ferretti, F. Nudo, G. Novelli, F. Antonellis, M. Rossi,  
P.B. Berloco *(Roma)*

**UTILIZZO DELLE THYMOGLOBULINE NEL TRATTAMENTO DEL RIGETTO ACUTO INTESTINALE RESISTENTE ALLA TERAPIA IMMUNOSOPPRESSIVA CONVENZIONALE**

A. Lauro, C. Zanfi, G. Ercolani, A. Dazzi, L. Golfieri, A. Amaduzzi, F. Pezzoli, G.L. Grazi, M. Vivarelli, M. Cescon, G. Varotti, M. Del Gaudio, M. Ravaioli, A. Cucchetti, G. La Barba, M. Zanello, G. Vetrone, F. Tuci, L. Pironi, A.D. Pinna *(Bologna)*

**TRAPIANTO COMBINATO DI FEGATO E PANCREAS. CASE REPORT**

A. Lauterio\*, A. Giacomoni, A. Slim, P. Aseni, O. Rossetti, A. Mariani, C.V. Sansalone, L. De Carlis *(Milano)*

**PROPOSTA DI LINEE GUIDA PER LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA CITOMEGALOVIRUS UMANO (CMV) E IL VIRUS DI EPSTEIN-BARR (EBV) NEL PAZIENTE TRAPIANTATO DI INTESTINO**

T. Lazzarotto\*, A.D. Pinna, A. Lauro, L. Gabrielli, A. Dazzi, C. Zanfi, P. Monari, S. Pop, C. Grandi, M.P. Landini *(Bologna)*

**TRAPIANTO RENALE ED INFEZIONE DA HCV: ANALISI RETROSPETTIVA DEI DATI RELATIVI ALLA POPOLAZIONE DEL CENTRO TRAPIANTI DI PAVIA**

C. Libetta\*, M. Abelli, L. Cosmai, N. Rossi, P. Pisacco, V. Portalupi, E. Ticozzelli, E. Devecchi, S. Dini, A. Dal Canton *(Pavia)*

**L'ANASTOMOSI ARTERIOSA NEL TRAPIANTO DI FEGATO**

D. Lorenzin\*, G.L. Adani, M. Sainz-Barriga, C. Comuzzi, A. Risaliti, U. Baccarani *(Udine)*

**SINDROME EMOLITICO-UREMICA (SEU). CASE REPORT**

C. Maione, G. Quintini\*, D. Buffa, R. di Lorenzo, G. Gambino, G. Damiano, F. Moscato, C. Pirrotta, G. Cocchiara, G. Romano, G. Buscemi, M. Romano, A.I. Lo Monte *(Palermo)*

**RIDUZIONE DI VOLUME IN CASO DI MISMATCH DI DIMENSIONI NEI POLMONI TRAPIANTATI: TECNICHE E OUTCOME**

G. Marulli\*, G. Rizzardi, M. Loy, P. Feltracco, F. Calabrese, S. Barbieri, F. Sartori, F. Rea *(Padova)*

**OLT NEI TUMORI DEL FEGATO NON-HCC: CASE REPORTS**

L. Miglioresi, G.M. Ettorre\*, R. Santoro, G. Vennarecci, M. Antonini, G. Visco, S. Sentinelli, M. Milella, E. Santoro *(Roma)*

**METABOLIC, COAGULATIVE AND HEMODYNAMIC DISORDERS DURING INTESTINAL TRANSPLANT RELATED ON POSTOPERATIVE DAMAGE**

Z. Miklosova\*, E. Piraccini, A. Siniscalchi, P. Taffache, S. Faenza *(Padova)*

**TRAPIANTO DI FEGATO IN RICEVENTI ANZIANI**

R. Montalti, M. Masetti, F. Di Benedetto, N. De Ruvo, A. Rompianesi, A. Pierini, R.M. Iemmolo, C. Baraldi, A. Romano, G. Guerrini, R. Ballarin, M.G. De Blasiis, S. Di Sandro, G.E. Gerunda *(Modena)*

**EPATECTOMIA TOTALE E TRAPIANTO DI FEGATO "TWO-STAGE PROCEDURE": ESPERIENZA DI 4 CASI**

R. Montalti, M. Masetti, S. Busani, F. Di Benedetto, N. De Ruvo, A. Pierini, R.M. Iemmolo, G. Rompianesi, A. Romano, G. Guerrini, R. Ballarin, M.G. De Blasiis, S. Di Sandro, M. Girardis, G.E. Gerunda *(Modena)*

**TRATTAMENTO COMBINATO METACRONO DI SCLEROTERAPIA E LEGATURA ENDOSCOPICA PER IL SANGUINAMENTO DA VARICI NEI PAZIENTI CANDIDATI A TRAPIANTO DI FEGATO**

L. Norberto, L. Polese, U. Cillo, A. Brolese, D. Neri, G. Zanusi, P. Boccagni, A. Pualetto, D. F. D'Amico *(Padova)*

**KCH E MARS COME FATTORI PREDITTIVI NELL' IEA**

G. Novelli, M. Rossi, R. Pretagostini, L. Poli, M. Iappelli, V. Morabito, S. Ferretti, G. Spoletini, Q. Lai, M. Merli, F. Ruberto, P.B. Berloco *(Roma)*

**TRAPIANTO DI EMIFEGATO DESTRO DA DONATORE VIVENTE CON ANOMALIE VASCOLARI MULTIPLE: CASE REPORT**

F. Nudo\*, M. Iappelli, S. Ferretti, G. Mennini, F. della Pietra, G. Novelli, C. Catalano, M. Rossi, P.B. Berloco *(Roma)*

**IL DOPPIO TRAPIANTO DI RENE COME MEZZO PER ESPANDERE IL POOL DEI DONATORI**

R. Peschechera, P. Ditunno, C. Bettocchi, G.A. Saracino, S. Palazzo, M. Battaglia, F.P. Selvaggi *(Padova)*

**RE-INTERVENTI CHIRURGICI IN SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI INTESTINO ISOLATO E A TRAPIANTO MULTIVISCERALE**

F. Pezzoli *(Bologna)*

**DONATORI POTENZIALI PER I TRAPIANTI MULTIVISCERALI E DI INTESTINO ISOLATO IN SOGGETTI ADULTI**

F. Pezzoli *(Bologna)*

**SHUNT PORTO-CAVALE TEMPORANEO NEL TRAPIANTO ORTOTOPICO DI FEGATO**

A. Pierini\*, M. Masetti, G. Rompianesi, R. Montalti, F. Di Benedetto, N. De Ruvo, R.M. Iemmolo, C. Baraldi, A. Romano, G.P. Guerrini, R. Ballarin, M.G. De Blasiis, S. Di Sandro, G.E. Gerunda *(Modena)*



**INCIDENZA DI DONATORI NEOPLASTICI IN AREA OCST NEL PERIODO 2003-2005**

R. Pretagostini, D. Peritore, P. Fiaschetti, D. Stabile, W. Santaniello, C. Maiello, L. Rizzato, W. Grigioni *(Roma)*

**ATTIVITÀ DI TRAPIANTO DI RENE DA DONATORE VIVENTE IN AREA O.C.S.T.**

R. Pretagostini, D. Stabile, P. Fiaschetti, D.A. Mattucci, D. Peritore *(Roma)*

**EFFETTO PROTETTIVO DELLA ARTERIALIZZAZIONE DELLA VENA PORTA SUL FEGATO STEATOSICO DOPO RESEZIONE EPATICA ESTESA: STUDIO SPERIMENTALE**

D. Prezzi\*, L. Puviani, F. Neri, M. Tsivian, R. Bertelli, G. Cavallari, E. Bianchi, P. Caraceni, M. Pariali, A.M. Pertosa, B. Nardo *(Bologna)*

**MODIFICAZIONI DELLA PIC DURANTE TRATTAMENTO MARS IN PAZIENTI CON EPATITE ACUTA FULMINANTE**

F. Pugliese\*, F. Ruberto, S. Perrella, A. Capannoli, K. Bruno, S. Martelli, P. Celli, G. Novelli, A. D'alto, V. Mazzarino, M. Rossi, P.B. Berloco, P. Pietropaoli *(Roma)*

**TRATTAMENTO DELLA SINDROME EPATORENALE IN PAZIENTI CON EPATITE FULMINANTE MEDIANTE IL MARS**

F. Pugliese, G. Novelli, M. Rossi, V. Morabito, G. Spoletini, Q. Lai, P.B. Berloco *(Roma)*

**RUOLO DEL LABELLED LEUKOCYTE SCANNING COME STRUMENTO DIAGNOSTICO NELLA RICERCA DI INFEZIONI OCCULTE NEI RICEVENTI TRAPIANTO RENALE**

C. Puliatti\*, M. Ilham, M. Stephens, J. Kenche, N. Kumar, A. Asderakis *(Cardiff, UK)*

**SCEDOSPORIASI SISTEMICA IN PAZIENTE TRAPIANTATA RENALE: EFFICACIA DEL TRATTAMENTO CON VORICONAZOLO**

P.G. Rogasi, M. Zanazzi, J. Nocentini\*, E. Fantoni, E. Bertoni, M. Salvadori *(Firenze)*

**BUONI RISULTATI ALLOCANDO IN SINGOLO RENI ANZIANI IN RICEVENTI ANZIANI: SCARSA PREDITTIVITA' DEI TRADIZIONALI PARAMETRI DI VALUTAZIONE**

A. Rosati\*, E. Bertoni, L. Di Maria, A. Larti, G. Rosso, A. Mehmetaj, M. Salvadori *(Firenze)*

**MALATTIA CARDIOVASCOLARE E TRAPIANTO DI RENE. RISULTATI A BREVE E LUNGO TERMINE**

O.M. Rossetti\*, P.A. Aseni, S. Soldano, E. Minetti, A. De Gasperi, A. De Roberto, G. Civati, C.V. Sansalone *(Milano)*

**TRAPIANTO DI FEGATO IN PAZIENTI HIV, ESPERIENZA A 2 ANNI IN UN SINGOLO CENTRO**

M. Sainz Barriga\*, U. Baccarani, M. Tavio, M.G. Costa, D. Lorenzin, A. Londero, F. Pavan, G.L. Adani, C. Comuzzi, I. Garlatti, F. Pea, G. Della Rocca, P. Viale, F. Bresadola *(Udine)*

**TRAPIANTO DI FEGATO IN PAZIENTE HIV, CASE CONTROL ANALISI**

M. Sainz Barriga\*, M. Tavio, G.L. Adani, F. Pavan, U. Baccarani, L. Scudeller, D. Lorenzin, A. Londero, M.G. Costa, C. Comuzzi, F. Pea, V. Bresadola, P. Viale, F. Bresadola *(Udine)*

**PATCH DI ALLUNGAMENTO CAVALE IN SITU NEL TRAPIANTO DI RENE DESTRO DA CADAVERE**

M. Santangelo, G. Spinosa\*, S. Grassia, M. Clemente, M. Caggiano, L. Pelosio, A. Scotti, V. Tammaro, R. Nappi, A. Renda *(Napoli)*

**ANALISI DELLA QUALITÀ DI UNA BASE DATI FINALIZZATA ALLA GESTIONE DEL TRAPIANTO DI FEGATO PER DUE RICEVENTI ADULTI**

G. Santori\*, R. Valente, E. Andorno, R. Ghirelli, U. Valente *(Genova)*

**APPLICAZIONE DI UN MODELLO BAYESEANO DI SIMULAZIONE DEL PROFILO DI COMPLETEZZA DI UNA BASE DATI DI INTERESSE TRAPIANTOLOGICO NELL'AMBIENTE WinBUGS (Bayesian inference Using Gibbs Sampling)**

G. Santori\*, R. Valente, E. Andorno, R. Ghirelli, U. Valente *(Genova)*

**APPLICAZIONE DI UN PROCESSO DI EXPERT OPINION PER LA VALUTAZIONE DI APPROPRIATEZZA DI UN REGISTRO INFORMATICO FINALIZZATO ALL'ATTIVITÀ DI PRELIEVO/TRAPIANTO DI FEGATO IN PAZIENTI ADULTI E PEDIATRICI**

G. Santori\*, E. Andorno, R. Valente, R. Ghirelli, U. Valente *(Genova)*

**OLT PER MALATTIA DI FEGATO END-STAGE. VERSO UNA MORTALITA' OSPEDALIERA NULLA**

R. Santoro\*, G.M. Ettore, G. Vennarecci, P. Lepiane, F. Carboni, M. Antonini, G. Tacconi, M. Maritti, L. Tessitore, E. Santoro *(Roma)*

**IL TRAPIANTO SEQUENZIALE DI RENE: ESPERIENZA DEL CENTRO DI PADOVA**

C. Silvestre\*, N. Baldan, F. Marchini, L. Bonfante, B. Rossi, A. Antonello, B. Ekser, A. Broggiato, L. Fabris, P. Rigotti *(Padova)*

**PREVALENZA DELL'ABUSO E DELLA DIPENDENZA DA SOSTANZE NEI PAZIENTI CANDIDATI A TRAPIANTO CARDIACO**

L. Sirri\*, M. Masetti, L. Potena, E. Tossani, F. Grigioni, C. Magelli, S. Grandi *(Bologna)*



**RETRAPIANTO DI PANCREAS. TIMING IDEALE E RISULTATI A BREVE E LUNGO TERMINE**

S. Soldano, O.M. Rossetti, A. De Roberto, E. Minetti, G. Civati, C.V. Sansalone\* *(Milano)*

**DURATA DI DEGENZA IN TERAPIA INTENSIVA NEL POST TRAPIANTO DI FEGATO: PREDITTIVITÀ DI ALCUNI PARAMETRI DI LABORATORIO**

A. Sumberaz, M. Centenaro, F. Ansaldi, A.O. Ancarani, S. Grossi, G. Testino\* *(Genova)*

**EFFETTO DEGLI INIBITORI DELLE CALCINEURINE IN MONOTERAPIA SULLA RECIDIVA DELL'EPATITE C IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI FEGATO**

G. Tisone *(Roma)*

**VALUTAZIONE TRAMITE MICROSCOPIA INTRAVITALE DELLA MICROCIRCOLAZIONE EPATICA DI RATTI hDAF XENOPERFUSI CON SANGUE UMANO**

S. Tomat\*, F.P. Russo, G. Kechagias, A. Masier, C. Calore, M. Guido, M. Rugge, E. Cozzi, E. Ancona, J.P. Soullou, G. De Silvestro, P. Burra *(Padova)*

**RIGENERAZIONE TISSUTALE CON PIASTRINE CONCENTRATE E CELLULE STAMINALI MESENCHIMALI**

A. Trimarco, C. Berdini, \*V. Cervelli, \*B. De Angelis, S. Campisi *(Roma)*

**SPLIT LIVER NETWORK (SLN): UN NETWORK COLLABORATIVO PER OTTIMIZZARE L'ALLOCAZIONE DI SPLIT LIVER ATTRAVERSO INTERNET**

R. Valente\*<sup>[1]</sup>, E. Andorno<sup>[1]</sup>, G. Santori<sup>[1]</sup>, T. Defeo<sup>[2]</sup>, R. Ghirelli<sup>[1]</sup>, U. Valente<sup>[1]</sup> *(Roma<sup>[1]</sup>, Genova<sup>[2]</sup>)*

**DANNO EPATICO DA ISCHEMIA-RIPERFUSIONE E GLUTATIONE: IMPLICAZIONI PER I POTENZIALI DONATORI D'ORGANO**

M. Vairetti<sup>[1]</sup>, A. Ferrigno<sup>[1]</sup>, V. Rizzo<sup>[2]</sup>, P. Richelmi<sup>[1]</sup>, U. Cillo<sup>[2]</sup>, R. Imberti<sup>[1]</sup> *(Pavia<sup>[1]</sup>, Padova<sup>[2]</sup>)*

**IL DOPPIO TRAPIANTO DI RENE IPSILATERALE**

M. Veroux\*, M. Macarone, M. Gagliano, G. Giuffrida, D. Cappello, M. Sorbello, P. Fiamingo, L. Morello, P.F. Veroux *(Catania)*

**UTILIZZO DEL VORICONAZOLO NEI PAZIENTI TRAPIANTATI DI RENE CON ASPERGILLOSI INVASIVE**

M. Veroux\*, M. Gagliano, G. Giuffrida, M. Macarone, D. Cappello, D. Vizcarra, M. Sorbello, G. Morello, A. Paratore, P.F. Veroux *(Catania)*

**TRAPIANTO POLMONARE IN PAZIENTI CON FIBROSI CISTICA E COLONIZZAZIONE DA BURLKHOLDERIA CEPACIA: ESPERIENZA PRELIMINARE**

P. Vitulo, A. Bertani, F. Caronia, G. Santise, G. Burgio, M.I. Minervini, F. Pardo, B. Gridelli *(Palermo)*

**TRATTAMENTO DEI RIGETTI ACUTI DOPO TRAPIANTO DI INTESTINO NELL'ERA DEGLI ANTICORPI MONOCLONALI: L'IMPORTANZA DEL MONITORAGGIO DEL GRAFT INTESTINALE**

C. Zanfi\*, A. Lauro, G. Ercolani, M. Di Simone, A. D'Errico, A. Dazzi, A. Cucchetti, L. Golfieri, A. Amaduzzi, F. Pezzoli, G.L. Grazi, M. Vivarelli, M. Cescon, G. Varotti, M. Del Gaudio, M. Ravaioli, G. La Barba, M. Zanello, G. Vetrone, F. Tuci, L. Pironi, A.D. Pinna *(Bologna)*

**ENTERECTOMIE D'URGENZA: DALLA RESEZIONE AL TRAPIANTO DI INTESTINO**

C. Zanfi\*, A. Lauro, A. Amaduzzi, A. Dazzi, L. Golfieri, F. Pezzoli, G.L. Grazi, M. Vivarelli, M. Cescon, G. Varotti, M. Del Gaudio, M. Ravaioli, A. Cucchetti, G. La Barba, M. Zanello, G. Vetrone, F. Tuci, L. Pironi, A.D. Pinna *(Bologna)*

**EFFETTI DELLA NUTRIZIONE ENTERALE SUL RECUPERO DELLA FUNZIONE DELLA MUCOSA INTESTINALE NEL TRAPIANTO SPERIMENTALE DI INTESTINO**

S. Zonta\*, M. Doni, F. Lovisetto, M. Bardone, J. Viganò, M. Podetta, T. Dominioni, M. De Martino, M. Scaglione, E. Vicini, M. Biroli, A. Bottazzi, C. Villa, P. Morbini, M. Alessiani, P. Dionigi *(Pavia)*



## ELENCO MODERATORI E RELATORI

Abbruzzese P. A.	Torino	Capocasale E.	Parma
Agnello A.	Padova	Capone G.	Bari
Agnes S.	Roma	Caporossi A.	Siena
Albertazzi A.	Modena	Capozza N.	Roma
Alberti D.	Bergamo	Cardillo M.	Milano
Amoroso A.	Torino	Carmellini M.	Siena
Ancona E.	Padova	Casciani C. U.	Roma
Andorno E.	Genova	Castagneto M.	Roma
Angeli P.	Padova	Castelli P.	Varese
Angelini A.	Padova	Cavallari A.	Bologna
Arcadipane A. F.	Palermo	Cervelli V.	Roma
Arcese A.W.	Roma	Cillo U.	Padova
Avolio A. W.	Roma	Cinque P.	Milano
Baccarani U.	Udine	Citterio F.	Roma
Baisi A.	Milano	Colledan M.	Bergamo
Baldan N.	Padova	Coloni G. F.	Roma
Ballardini G.	Bologna	Cordiano C.	Verona
Bassi N.	Treviso	Cortesini R.	U.S.A.
Berardinelli L.	Milano	Cotrufo M.	Napoli
Berloco P.	Roma	Cozzi E.	Padova
Bertani A.	Palermo	Cuomo O.	Napoli
Boccagni P.	Padova	D'Alessandro V.	Napoli
Boffo V.	Roma	D'Amico D.	Padova
Boggi U.	Pisa	D'Amico F.	Padova.
Boresi D.	Mestre	D'Armini A. M.	Pavia
Borrelli G.		De Carlis L.	Milano
Boschiero L.	Verona	De Feo T.	Milano
Braschi A.	Pavia	De Gasperi A.	Milano
Bresadola F.	Udine	De Rosa P.	Napoli
Brolese A.	Padova	Della Rocca G.	Udine
Bromberg J.	U.S.A.	Di Carlo V.	Milano
Brunetto M. R.	Pisa	Di Giammarco G.	Chieti
Burra P.	Padova	Di Landro D.	Catania
Burroughs A.	U.K.	Di Salvo E.	Napoli
Buscemi G.	Palermo	Donataccio M.	Verona
Cadrobbi P.	Padova	Donati D.	Varese
Caione P.	Roma	Emre S.	U.S.A.
Calabrese F.	Padova	Faenza A.	Bologna
Calafiore R.	Perugia	Faenza S.	Bologna
Calise F.	Napoli	Faggian G.	Verona
Campisi S.	Roma	Fagioli F.	Torino
Cantarovich D.	Nantes	Fagioli S.	Bergamo

## ELENCO MODERATORI E RELATORI

Famulari A.	L'Aquila	Livi U.	Udine
Fassati L. R.	Milano	Locatelli F.	Pavia
Favia G.	Padova	Lorini L.	Bergamo
Feccia M.	Roma	Lovera G.	Torino
Federico S. M.	Napoli	Lupo L.	Bari
Feltracco P.	Padova	Maccherini M.	Siena
Ferretti G.	Roma	Marcelletti C.	Palermo
Filipponi F.	Pisa	Marchetti P.	Pisa
Fiocchi R.	Bergamo	Marchini F.	Padova
Foresta C.	Padova	Marino I.	
Fornasari P. M.	Bologna	Martinelli G.	Bologna
Forza G.	Padova	Marzano A.	Torino
Framarino M. L.	Roma	Masetti M.	Modena
Franchello A.	Torino	Mazzaferro V.	Milano
Frassoni F.	Genova	Mazzucco A.	Verona
Freeman R.	U.S.A.	Messa P.	Milano
Galan A.	Padova	Messina C.	Padova
Galan G.		Milanesi V.	
Gallimberti L.	Padova	Minazzato L.	Padova
Gamba A.	Bergamo	Monestier O.	Padova
Gambino A.	Padova	Montanaro D.	Udine
Gatta A.	Padova	Mora G.	Treviso
Gerosa G.	Padova	Morana J.	Palermo
Gerunda G. E.	Modena	Moro F.	Padova
Ginanni Corradini S.	Roma	Morosetti M.	Roma
Giordanengo L.	Torino	Mosca F.	Pisa
Girgenti R.	Palermo	Munari M.	Padova
Giulini S. M.	Brescia	Muraca M.	Roma
Gondolesi G.	Argentina	Mussi F.	Roma
Grazi G.	Bologna	Naccarato R.	Padova
Gridelli B.	Palermo	Nanni Costa A.	Roma
Grigioni W. F.	Bologna	Nardo B.	Bologna
Grimaldi A.	L'Aquila	Neri D.	Padova
Gringeri E.	Padova	Nocera A.	Genova
Grossi P.	Varese	Nordio C.	Venezia
Guido M.	Padova	Orsenigo E.	Milano
Harari S.	Milano	Papetti R.	
Iappelli M.	Roma	Parisi F.	Roma
Iaria G.	Roma	Pasetto A.	Modena
Ippoliti G.	Pavia	Pegoraro R.	Padova
Lavezzo B.	Torino	Pession A.	Bologna
Lilla Della Monica P.	Roma		



## ELENCO MODERATORI E RELATORI

# INFORMAZIONI GENERALI

Picciotto F. P.	<i>Napoli</i>	Santoro E.	<i>Roma</i>
Pinna A.D.	<i>Bologna</i>	Savoia U.	<i>Padova</i>
Pinzello G.	<i>Milano</i>	Scalamogna M.	<i>Milano</i>
Pisani F.	<i>L'Aquila</i>	Schena F. P.	<i>Bari</i>
Poci C.	<i>Padova</i>	Scuderi N.	<i>Roma</i>
Ponticelli C.	<i>Milano</i>	Segoloni G.	<i>Torino</i>
Ponzin D.	<i>Mestre</i>	Sganga G.	<i>Roma</i>
Porcu M.	<i>Cagliari</i>	Sgarabotto D.	<i>Padova</i>
Potena A.	<i>Bologna</i>	Slim A.	<i>Milano</i>
Pozzone T.	<i>L'Aquila</i>	Suciu-Foca M.	<i>U.S.A.</i>
Pretagostini R.	<i>Roma</i>	Socci C.	<i>Milano</i>
Pugliese F.	<i>Roma</i>	Sparacino V.	<i>Palermo</i>
Pumilia G.	<i>Palermo</i>	Splendiani G.	<i>Roma</i>
Puoti M.	<i>Brescia</i>	Srsen N.	<i>Padova</i>
Rago C.	<i>Padova</i>	Stefoni S.	<i>Bologna</i>
Ravini M.	<i>Milano</i>	Stratta P.	<i>Novara</i>
Rea F.	<i>Padova</i>	Tanaka	<i>Giappone</i>
Realdi G.	<i>Padova</i>	Tedeschi U.	<i>Verona</i>
Regalia E.	<i>Milano</i>	Thiene G.	<i>Padova</i>
Reggiani P.	<i>Milano</i>	Tisone G.	<i>Roma</i>
Remuzzi G.	<i>Bergamo</i>	Toniutto P.	<i>Udine</i>
Ridolfi L.	<i>Bologna</i>	Traverso C.	<i>Genova</i>
Rigotti P.	<i>Padova</i>	Turco L.	
Rinaldi M.	<i>Torino</i>	Valente M. L.	<i>Padova</i>
Risaliti A.	<i>Ancona</i>	Valente U.	<i>Genova</i>
Rizzato L.	<i>Roma</i>	Venettoni S.	<i>Roma</i>
Rizzo G.	<i>Pisa</i>	Veroux P. F.	<i>Catania</i>
Romagnoli J.	<i>Roma</i>	Veroux M.	<i>Catania</i>
Romano G.	<i>Palermo</i>	Viale P.	<i>Udine</i>
Romano M.	<i>Palermo</i>	Villa E.	<i>Modena</i>
Rosenthal N.	<i>Roma</i>	Vivarelli M.	<i>Bologna</i>
Rossi G. E.	<i>Milano</i>	Vizzini G. B.	<i>Palermo</i>
Rossi M.	<i>Roma</i>	Volpes R.	<i>Palermo</i>
Rugge M.	<i>Padova</i>	Voltolini L.	<i>Siena</i>
Rupolo G.	<i>Venezia</i>	Zacchello G.	<i>Padova</i>
Russo F. P.	<i>U.K.</i>	Zamboni F.	<i>Cagliari</i>
Salizzoni M.	<i>Torino</i>	Zancan L.	<i>Padova</i>
Salvadori M.	<i>Firenze</i>	Zannoni G.	<i>Roma</i>
Sandrini S.	<i>Brescia</i>	Zanon G. F.	<i>Padova</i>
Santangelo M. L.	<i>Napoli</i>	Zanus G.	<i>Padova</i>

**SEDI CONGRESSUALI****Giovedì 30 novembre:**

Aula Magna di Palazzo del Bo  
Via 8 Febbraio 1848, 2  
35122 Padova

**Venerdì 1 e Sabato 2 dicembre:**

Sheraton Hotel Padova  
Corso Argentina, 5 - 35129 Padova  
Tel. 049 780 82 30 - Fax 049 807 06 60

**ACCOGLIENZA PARTECIPANTI E DISTRIBUZIONE MATERIALE CONGRESSUALE**

La Segreteria EGA per la consegna dei badge e del materiale congressuale è allestita al Palazzo del Bo il 30 novembre e allo Sheraton Hotel il 1 e 2 dicembre e seguirà i seguenti orari:

30 novembre	08.00 - 18.00
1 dicembre	08.00 - 18.00
2 dicembre	08.00 - 13.30

**ISCRIZIONI****Quote d'iscrizione****Soci S.I.T.O.**

in regola con il pagamento della quota associativa      gratuita

**Non Soci S.I.T.O.**

100,00 Euro  
(IVA 20% inclusa)

**Ridotta\***

50,00 Euro  
(IVA 20% inclusa)

*\*La quota ridotta è riservata agli studenti universitari, agli specializzandi, e ai farmacisti borsisti non strutturati, solo dietro presentazione di un documento che attesti l'appartenenza a una delle suddette categorie.*

**L'iscrizione al Congresso comprende:**

- partecipazione alle sessioni scientifiche
- accesso alla mostra
- kit congressuale
- CD degli abstract
- attestato di partecipazione
- cerimonia inaugurale
- cocktail di benvenuto
- coffee break e colazioni di lavoro

**ISCRIZIONE ALLA S.I.T.O.**

Per iscriversi alla S.I.T.O. e/o regolarizzare la propria posizione associativa è possibile rivolgersi alla Segreteria S.I.T.O., situata al Palazzo del Bo il 30 novembre ed allo Sheraton Hotel l'1 e 2 dicembre.

**ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE**

L'attestato di partecipazione sarà rilasciato a tutti i partecipanti regolarmente iscritti che ne faranno richiesta presso il desk della segreteria al termine dei lavori.

**BADGE**

Il ritiro del badge è indispensabile sia per l'accesso all'area congressuale che per il rilevamento della presenza ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi.

**CREDITI FORMATIVI ECM**

Il congresso rientra nel Programma nazionale ECM. Sono stati accreditati tre diversi percorsi formativi corrispondenti ai diversi giorni di Congresso:

giovedì 30 novembre 2006	<i>in attesa di definizione</i>
venerdì 1 dicembre 2006	5 crediti
sabato 2 dicembre 2006	3 crediti

I questionari per la verifica dell'apprendimento e le schede di valutazione dei singoli eventi sono inseriti nella borsa congressuale. Ai fini dell'erogazione dei crediti è necessario seguire il 100% della singola attività formativa. Le presenze effettive saranno verificate tramite il badge con codice a barre. È essenziale riconsegnare al termine dei lavori i questionari e le schede di valutazione, debitamente compilati e firmati, limitatamente al percorso formativo a cui si è partecipato. Gli attestati ECM verranno inviati successivamente al Congresso.



### PREMIO S.I.T.O.

La consegna dei premi S.I.T.O. per i due migliori contributi è previsto venerdì 1 dicembre alle ore 18.15 nella Sala A.

### POSTER

L'area poster è allestita allo Sheraton Hotel presso la Sala Vela Sud. L'affissione dei poster da parte degli autori potrà essere effettuata a partire dalle ore 8.00 del 1 dicembre. I poster resteranno esposti per tutta la durata del congresso.

### TRANSPLANTATION PROCEEDINGS

I manoscritti per la pubblicazione degli atti potranno essere consegnati presso l'apposito desk *Transplantation Proceedings* situato nell'area della segreteria.

### MOSTRA

Nell'ambito del Congresso allo Sheraton Hotel è allestita una mostra tecnico-scientifica.

### CERIMONIA INAUGURALE

La Cerimonia Inaugurale del Congresso si terrà Giovedì 30 novembre alle ore 15.00 presso l'Aula Magna del Palazzo del Bo. Seguirà un cocktail al Caffè Pedrocchi.

### CENA SOCIALE

La Cena Sociale si terrà venerdì 1 dicembre alle ore 20.30 presso lo Sheraton Hotel.  
Euro 70,00 per persona (IVA 74ter inclusa)

La partecipazione alla cena è su prenotazione. Si prega di rivolgersi alla segreteria per eventuale disponibilità di posti.



## Ogni linea racconta una storia

L'esperienza a lungo termine con Prograf® ha dimostrato un miglioramento della funzionalità renale, una riduzione dell'incidenza di rigetto cronico ed una elevata sopravvivenza dell'organo trapiantato.<sup>1-6</sup>

Il ruolo fondamentale di Prograf® nel trapianto di rene, fegato e cuore è sostenuto da numerose evidenze cliniche che hanno dimostrato l'efficacia di Prograf® in combinazione con le più moderne terapie aggiuntive.

L'esperienza ha inoltre dimostrato che Prograf® è un farmaco immunosoppressore ideale nelle associazioni terapeutiche che prevedono la riduzione o la sospensione degli steroidi.<sup>7-9</sup>

E' importante quindi sottolineare che Prograf® prolunga la vita di ogni singolo paziente trapiantato.



*Per un successo a lungo termine*



**1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE.** Prograf 0,5 mg capsule rigide. Prograf 1 mg capsule rigide. Prograf 5 mg capsule rigide.

**2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** **Prograf 0,5 mg capsule rigide.** Una capsula contiene: principio attivo: tacrolimus 0,5 mg. **Prograf 1 mg capsule rigide.** Una capsula contiene: principio attivo: tacrolimus 1 mg. **Prograf 5 mg capsule rigide.** Una capsula contiene: principio attivo: tacrolimus 5 mg. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

**3. FORMA FARMACEUTICA.** Capsule rigide. **Prograf 0,5 mg capsule rigide.** Capsule, rigide (di colore giallo chiaro). Le Capsule Rigide di Prograf 0,5 mg sono capsule di gelatina dura di colore giallo chiaro con impresso in rosso "0,5 mg" sulla parte superiore della capsula e "H 607" sul corpo della stessa, contenenti polvere bianca. **Prograf 1 mg capsule rigide.** Capsule, rigide (di colore bianco opaco). Le Capsule Rigide di Prograf 1 mg sono capsule di gelatina dura di colore bianco opaco con impresso in rosso "1 mg" sulla parte superiore della capsula e "H 617" sul corpo della stessa, contenenti polvere bianca. **Prograf 5 mg capsule rigide.** Capsule, rigide (di colore rosso grigiastro opaco). Le Capsule Rigide di Prograf 5 mg sono capsule di gelatina dura di colore rosso grigiastro opaco con impresso in bianco "5 mg" sulla parte superiore della capsula e "H 657" sul corpo della stessa, contenenti polvere bianca.

**4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1 Indicazioni terapeutiche.** Proflassi del rigetto del trapianto nei pazienti riceventi trapianto allogenico di fegato, rene o cuore. Trattamento del rigetto resistente al trattamento con altri prodotti medicinali immunosoppressivi. **4.2 Posologia e modo di somministrazione.** La terapia con Prograf richiede un attento monitoraggio da parte di personale adeguatamente qualificato ed addestrato. La prescrizione del prodotto medicinale così come le modifiche della terapia immunosoppressiva in corso devono essere effettuate soltanto da medici con provata esperienza nella gestione della terapia immunosoppressiva e del paziente trapiantato. **Considerazioni generali.** Il dosaggio iniziale raccomandato, presentato qui di seguito, deve servire soltanto come indicazione generale. Il dosaggio di Prograf deve essere sempre individualmente adattato in base ai segni clinici di rigetto e alla tollerabilità del singolo paziente, con l'ausilio del monitoraggio del livello ematico (vedere di seguito per le concentrazioni ematiche di valle raccomandate). Se sono evidenti segni clinici di rigetto deve essere presa in considerazione una variazione del regime di immunosoppressione. Prograf può essere somministrato per via endovenosa o per via orale. Generalmente è possibile iniziare con la somministrazione orale; se necessario somministrando il contenuto della capsula sospeso in acqua mediante sonda nasogastrica. Nella fase iniziale del periodo postoperatorio Prograf viene normalmente somministrato in associazione ad altri farmaci immunosoppressivi. La dose di Prograf può variare in base al regime immunosoppressivo prescelto. **Modo di somministrazione.** Si consiglia di dividere la dose orale giornaliera totale in due somministrazioni separate (ad es., mattina e sera). Le capsule devono essere assunte immediatamente dopo la rimozione dal blister. Le capsule devono essere assunte con un liquido (preferibilmente acqua). Per un assorbimento ottimale, generalmente le capsule devono essere assunte a stomaco vuoto o almeno 1 ora prima oppure 2-3 ore dopo i pasti, (vedere paragrafo 5.2). **Durata della terapia.** Per prevenire ed impedire il rigetto dell'organo trapiantato, occorre mantenere lo stato di immunosoppressione con un dosaggio di Prograf continuo, senza un limite per la durata della terapia orale.

**Dosaggi raccomandati – Trapianto di Fegato – pazienti adulti.** La terapia per via orale con Prograf deve cominciare con 0,10 – 0,20 mg/kg/die somministrati in due dosi separate (ad es., mattina e sera). La somministrazione deve cominciare circa 12 ore dopo il termine dell'intervento chirurgico. Se le condizioni cliniche del paziente non permettono la somministrazione orale, iniziare la terapia mediante infusione endovenosa continua per 24 ore con un dosaggio pari a 0,01 -0,05 mg/kg/die. **Proflassi del rigetto del trapianto - pazienti adulti.** Deve essere somministrata una dose orale pari a 0,30 mg/kg/die in due dosi separate (ad es., mattina e sera). Se le condizioni cliniche del paziente non permettono la somministrazione orale, iniziare la terapia mediante infusione endovenosa continua per 24 ore con un dosaggio pari a 0,05 mg/kg/die. **Aggiustamenti posologici durante il periodo post-trapianto - pazienti adulti e pediatrici.** Le dosi di Prograf vengono generalmente ridotte nel periodo post-trapianto. È possibile in alcuni casi sospendere le terapie immunosoppressive concomitanti fino alla monoterapia con Prograf. I miglioramenti clinici del paziente nel periodo post-trapianto possono modificare la farmacocinetica di tacrolimus con la necessità di ulteriori aggiustamenti posologici. **Terapia antirigetto – pazienti adulti e pediatrici.** Per controllare eventuali episodi di rigetto, sono stati utilizzati l'aumento del dosaggio di Prograf, l'associazione di terapie supplementari a base di corticosteroidi e l'introduzione di brevi cicli di trattamento con anticorpi monoclonali/polioclonali. La comparsa di segni di tossicità (ad esempio eventi avversi lievi) - vedere paragrafo 4.8) potrebbe rendere necessaria la diminuzione della dose di Prograf. Per la conversione a Prograf, la terapia deve cominciare con una dose orale iniziale consigliata per l'immunosoppressione orale primaria. Per informazioni sulla conversione da ciclosporina a Prograf, vedere paragrafo "Aggiustamenti posologici in specifiche popolazioni di pazienti" al termine del presente paragrafo. **Dosaggi raccomandati – Trapianto di Rene. Proflassi del rigetto del trapianto - pazienti adulti.** La terapia per via orale con Prograf deve cominciare con 0,20 – 0,30 mg/kg/die somministrati in due dosi separate (ad es., mattina e sera). La somministrazione deve cominciare entro le 24 ore dal termine dell'intervento chirurgico. Se le condizioni cliniche del paziente non permettono la somministrazione orale, iniziare la terapia mediante infusione endovenosa continua per 24 ore con un dosaggio pari a 0,05-0,10 mg/kg/die. **Proflassi del rigetto del trapianto - pazienti pediatrici.** Deve essere somministrata una dose orale iniziale pari a 0,30 mg/kg/die in due dosi separate (ad es., mattina e sera). Se le condizioni cliniche del paziente non permettono la somministrazione orale, iniziare la terapia mediante infusione endovenosa continua per 24 ore con un dosaggio pari a 0,075-0,100 mg/kg/die. **Aggiustamenti posologici durante il periodo post-trapianto - pazienti adulti e pediatrici.** Le dosi di Prograf vengono generalmente ridotte nel periodo post-trapianto. È possibile in alcuni casi sospendere le terapie immunosoppressive concomitanti fino alla duplice terapia a base di Prograf. I miglioramenti clinici del paziente nel periodo post-trapianto possono modificare la farmacocinetica di tacrolimus con la necessità di ulteriori aggiustamenti posologici. **Terapia antirigetto – pazienti adulti e pediatrici.** Per controllare eventuali episodi di rigetto, sono stati utilizzati l'aumento del dosaggio di Prograf, l'associazione di terapie supplementari a base di corticosteroidi e l'introduzione di brevi cicli di trattamento con anticorpi monoclonali/polioclonali. La comparsa di segni di tossicità (ad esempio eventi avversi rilevanti - vedere paragrafo 4.8) potrebbe rendere necessaria la diminuzione della dose di Prograf. Per la conversione a Prograf, la terapia deve cominciare con una dose orale iniziale consigliata per l'immunosoppressione primaria. Per informazioni sulla conversione da ciclosporina a Prograf, vedere paragrafo "Aggiustamenti posologici in specifiche popolazioni di pazienti" al termine del presente paragrafo. **Dosaggi raccomandati – Trapianto di cuore.** **Proflassi del rigetto del trapianto - pazienti adulti.** Prograf può essere usato in concomitanza con un'induzione con un anticorpo (che permette l'introduzione ritardata della terapia con Prograf) o in alternativa con un anticorpo clinicamente stabile senza induzione con un anticorpo. Dopo



**RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO**

questo caso, una dose orale iniziale di tacrolimus da 2 a 4 mg per giorno è stata utilizzata in combinazione con micofenolato mofetile e corticosteroidi o in combinazione con sirolimus e corticosteroidi. Proflassi del rigetto del trapianto - pazienti pediatrici. Prograf è stato utilizzato con o senza induzione con anticorpo nei pazienti pediatrici sottoposti a trapianto di cuore. In pazienti senza induzione con anticorpo, se la terapia con Prograf viene iniziata per via endovenosa, la dose iniziale consigliata è di 0,03 – 0,05 mg/kg/die (per infusione endovenosa continua per 24 ore con l'obiettivo di raggiungere livelli ematici di tacrolimus pari a 15 – 25 ng/ml. I pazienti devono poi essere trasferiti alla terapia orale appena le condizioni cliniche lo permettono. La prima dose di terapia orale deve essere di 0,30 mg/kg/die, cominciando 8 – 12 ore dopo la sospensione della terapia per via endovenosa. In seguito all'induzione con anticorpo, se la terapia con Prograf viene iniziata per via orale, la dose iniziale consigliata deve essere di 0,10 – 0,30 mg/kg/die somministrati in due dosi separate (ad es., mattina e sera). **Aggiustamenti posologici durante il periodo post-trapianto - pazienti adulti e pediatrici.** Le dosi di Prograf vengono generalmente ridotte nel periodo post-trapianto. I miglioramenti clinici del paziente nel periodo post-trapianto possono modificare la farmacocinetica di tacrolimus con la necessità di ulteriori aggiustamenti del dosaggio. **Terapia antirigetto – pazienti adulti e pediatrici.** Per controllare eventuali episodi di rigetto, sono stati utilizzati l'aumento del dosaggio di Prograf, l'associazione di terapie supplementari a base di corticosteroidi e l'introduzione di brevi cicli di trattamento con anticorpi monoclonali/polioclonali. Nei pazienti adulti trasferiti alla terapia con Prograf, una dose orale iniziale di 0,15 mg/kg/die deve essere somministrata in due dosi separate (ad es., mattina e sera). Nei pazienti pediatrici trasferiti alla terapia con Prograf, una dose orale iniziale di 0,20-0,30 mg/kg/die deve essere somministrata in due dosi separate (ad es., mattina e sera). Per informazioni sul trasferimento da ciclosporina a Prograf, vedere paragrafo "Aggiustamenti posologici in specifiche popolazioni di pazienti" al termine del presente paragrafo. **Dosaggi raccomandati – Terapia antirigetto, ad altri alopianti. I dosaggi raccomandati per il trapianto di polmone, di pancreas e di intestino si basano su una esperienza clinica prospettica limitata. In pazienti sottoposti a trapianto di polmone Prograf è stato utilizzato a un dosaggio iniziale pari a 0,10 – 0,15 mg/kg/die, in pazienti sottoposti a trapianto di pancreas Prograf è stato utilizzato a un dosaggio iniziale pari a 0,2 mg/kg/die e in pazienti sottoposti a trapianto di intestino Prograf è stato utilizzato a un dosaggio iniziale pari a 0,3 mg/kg/die. **Aggiustamenti posologici in specifiche popolazioni di pazienti. Pazienti con compromissione epatica.** Per mantenere i livelli ematici di valle di tacrolimus nei limiti raccomandati, nei pazienti con grave compromissione epatica può rendersi necessaria una riduzione della dose. **Pazienti con compromissione renale.** La farmacocinetica di tacrolimus non è influenzata in modo clinicamente rilevante dall'uso di un aggiustamento posologico. Tuttavia, a causa del potenziale nefrotossico di tacrolimus si raccomanda un attento monitoraggio della funzionalità renale (includere valutazioni periodiche della creatinina sierica, il calcolo della clearance della creatinina e il controllo della diuresi). **Pazienti pediatrici.** In generale, i pazienti pediatrici richiedono dosi 1<sup>o</sup> - 2<sup>o</sup> volte superiori a quelli degli adulti per raggiungere livelli ematici paragonabili. **Pazienti anziani.** Attualmente i dati disponibili non suggeriscono la necessità di aggiustamenti posologici nei pazienti anziani. **Trasferimento da ciclosporina.** Occorre prestare particolare attenzione prima di trasferire i pazienti in terapia con ciclosporina alla terapia con Prograf (vedere paragrafi 4.4 e 4.5). La terapia a base di Prograf deve essere iniziata soltanto dopo aver preso in considerazione le concentrazioni ematiche di ciclosporina e le condizioni cliniche del paziente. In presenza di elevati livelli ematici di ciclosporina, la somministrazione di Prograf deve essere ritardata. In pratica, la terapia a base di Prograf deve essere iniziata 12-24 ore dopo la sospensione di ciclosporina. Il controllo dei livelli ematici di ciclosporina deve proseguire anche dopo il trasferimento alla nuova terapia dal momento che la clearance della ciclosporina può essere influenzata. **Concentrazioni ematiche di valle raccomandate.** La dose deve essere principalmente basata sulla valutazione clinica del rigetto e sulla tollerabilità di ogni singolo paziente. Sono disponibili vari test immunologici per determinare i livelli di tacrolimus nel sangue intero, compreso un saggio immunoenzimatico semi-automatico microparticellare (MEA), quale aiuto per ottimizzare il dosaggio. Il confronto dei livelli ematici del singolo paziente con quelli pubblicati in letteratura deve essere fatto con attenzione e conoscenza del metodo impiegato. Attualmente, nella pratica clinica, i livelli ematici di tacrolimus sono determinati con immunodosaggio su sangue intero. I livelli ematici di valle di tacrolimus devono essere monitorati nel periodo post-trapianto. Quando Prograf viene somministrato per via orale, i livelli ematici di valle devono essere valutati dopo 12 ore circa dall'ultima somministrazione, appena prima della somministrazione successiva. La frequenza del monitoraggio dei livelli ematici si deve basare sulle esigenze cliniche. Poiché Prograf è un prodotto medicinale a bassa clearance, possono essere necessari alcuni giorni prima che gli aggiustamenti della dose siano evidenti nei livelli ematici. I livelli ematici di valle devono essere controllati, nel primo periodo, circa due volte la settimana, poi periodicamente, durante la terapia di mantenimento. I livelli ematici di valle di tacrolimus devono essere monitorati anche dopo ogni aggiustamento posologico, dopo eventuali variazioni del regime immunosoppressivo o dopo la contemporanea somministrazione di sostanze che possono alterare le concentrazioni ematiche di tacrolimus (vedere paragrafo 4.5). L'analisi degli studi clinici suggerisce che la maggior parte dei pazienti può essere trasferita a una dose orale di tacrolimus, concentrazioni ematiche di valle di tacrolimus vengono mantenute sotto i 20 ng/ml. È necessario considerare le condizioni cliniche del paziente quando si interpretano le concentrazioni ematiche. Nella pratica clinica, nell'immediato post trapianto, i livelli ematici di valle sono generalmente compresi nell'intervallo tra 15 - 20 ng/ml nei pazienti trapiantati di fegato, e nell'intervallo tra 10 - 20 ng/ml nei pazienti trapiantati di rene e di cuore. Successivamente, durante la terapia di mantenimento, le concentrazioni ematiche sono state generalmente comprese nell'intervallo tra 5 - 15 ng/ml nei pazienti sottoposti a trapianto di fegato, rene e cuore. **4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità a tacrolimus o ad altri macrolidi, ipersensibilità ad uno qualsiasi degli eccipienti. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego.** Durante il periodo iniziale post trapianto è richiesto il monitoraggio routinario dei seguenti parametri: pressione arteriosa, ECG, controllo neurologico ed oculistico, glicemia (a digiuno), elettroliti (in particolare potassio), test di funzionalità epatica e renale, parametri ematologici, parametri della coagulazione e determinazioni delle proteine plasmatiche. Se si osservano variazioni clinicamente significative devono essere prese in considerazione opportune modifiche al regime immunosoppressivo.**

l'induzione con l'anticorpo, la terapia per via orale con Prograf deve cominciare con 0,075 mg/kg/die somministrati in due dosi separate (ad es., mattina e sera). La somministrazione deve cominciare entro 5 giorni dal termine dell'intervento chirurgico appena le condizioni cliniche del paziente si sono stabilizzate. Se le condizioni cliniche del paziente non permettono la somministrazione orale, iniziare la terapia mediante infusione endovenosa continua per 24 ore con un dosaggio pari a 0,01-0,02 mg/kg/die. Alcuni dati di letteratura menzionano quale strategia alternativa l'inizio della terapia orale con tacrolimus entro 12 ore dall'intervento chirurgico. Tale approccio terapeutico è riservato a pazienti che non hanno dimostrato di averlo (ad esempio insufficienza renale) e i soggetti altamente immunologici. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione.** Nel caso di interazioni, si consiglia un monitoraggio supplementare delle concentrazioni di tacrolimus durante tali episodi. La somministrazione di ciclosporina e tacrolimus in associazione deve essere evitata ed è necessario porre particolare attenzione quando tacrolimus viene somministrato a pazienti precedentemente in terapia con ciclosporina (vedere paragrafi 4.2 e 4.5). In rari casi, sono state osservate ipertrofia ventricolare o ipertrofia del setto, riportate come cardiomiopatie. Nella maggior parte dei casi esse si sono dimostrate reversibili, dato che si sono manifestate principalmente in soggetti pediatrici in presenza di livelli ematici di valle di tacrolimus molto più alti dei livelli massimi consentiti. Altri fattori ritenuti in grado di aumentare il rischio di queste condizioni cliniche includono: malattie cardiache preesistenti, uso di corticosteroidi, ipertensione, disfunzione renale o epatica, infezioni, sovraccarico volêmico ed edema. Analgometrici e pazienti ad alto rischio, particolarmente i soggetti in età pediatrica e i soggetti altamente immunologici, devono essere controllati con esami strumentali quali ecocardiografia o ECG prima e dopo il trapianto (ad esempio inizialmente dopo tre mesi e poi dopo 9-12 mesi). In caso di alterazioni, si deve prendere in considerazione la riduzione del dosaggio di Prograf, oppure il trasferimento al trattamento con un altro farmaco immunosoppressivo. Tacrolimus può causare il prolungamento dell'intervallo QT ma attualmente non ci sono prove sostanziali che possa causare torsades des pointes. Si raccomanda di usare cautela nell'utilizzo del farmaco in pazienti con diagnosi o con sospetto di Sindrome Congenita del Prolungamento dell'Intervallo QT. E' stata riportata, in alcuni pazienti trattati con Prograf, la comparsa di malattie linfoproliferative associate ad infezione da EBV. I pazienti trasferiti al trattamento con Prograf non devono ricevere un concomitante trattamento antifitociclico. E' stato osservato che bambini molto piccoli (< 2 anni), EBV-VCA negativi, presentano un rischio maggiore di comparsa di malattie linfoproliferative. Pertanto, in questo gruppo di pazienti, prima di iniziare il trattamento con Prograf, occorre indagare il quadro sierologico relativo all'EBV-VCA. Durante il trattamento si raccomanda un accurato controllo infettivologico con EBV-PCR. EBV-PCR positivo possono persistere per mesi e non sono quindi di per sé indicativo di malattie linfoproliferative o di linfoma. Come con altri farmaci immunosoppressivi, che hanno in sé il rischio di poter causare variazioni maligne a livello della pelle, l'esposizione al sole e al raggi UV deve essere limitata e protetta con l'utilizzo di creme solari. È stato osservato uno schema solare con un fattore ad alta protezione. Come nel caso di altri potenti farmaci immunosoppressivi, non è noto il rischio di un tumore di derivazione secondaria (vedere paragrafo 4.8). Le capsule contengono lattosio quindi non sono adatte per i soggetti con deficit di lattasi, galattosmia e sindrome da maldassorbimento di glucosio/galattosio. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione. Interazioni metaboliche.** Tacrolimus disponibile per via sistemica è metabolizzato dal sistema microsomiale epatico del CYP3A4. Inoltre, esistono prove di un metabolismo gastrointestinale da parte di CYP3A4 nella parete intestinale. L'uso concomitante di prodotti medicinali o di prodotti di origine vegetale notoriamente in grado di provocare una inibizione o una induzione di CYP3A4 può influire sul metabolismo di tacrolimus e quindi aumentarne o diminuirne il livello ematico. Si consiglia quindi di monitorare i livelli di ematici di tacrolimus quando sostanze in grado di alterare il metabolismo di CYP3A4 vengono utilizzate simultaneamente e di aggiustare la dose di tacrolimus in maniera appropriata per mantenere una costante esposizione a tacrolimus (vedere il paragrafo 4.2 e 4.4). **Inibitori del metabolismo.** In clinica le seguenti sostanze hanno dimostrato di incrementare i livelli ematici di valle: ciclosporina; sono state osservate le interazioni con farmaci antifungini quali ketoconazolo, fluconazolo e itraconazolo; con il metformina; con il nifedipina; con il ranitidina; con i proestrogeni HIV (ad es. ritonavir). L'uso concomitante di tali sostanze può richiedere, nella quasi totalità dei pazienti, la diminuzione della dose di tacrolimus. Interazioni più deboli sono state riscontrate con cotrimoxolo, clartromicina, isomacina, nifedipina, nicardipina, diltiazem, verapamil, danazolo, etilnilestrol, omeprazolo e nefazodone. In vitro le seguenti sostanze hanno dimostrato di essere potenziali inibitori del metabolismo di tacrolimus: bromocriptina, cortisone, daposterone, ergotamina, gestodene, lisdacina, melfenitina, miconazolo, midazolam, nivalidipina, norepinefrina, chinidina, tamoxifene, (triacetil)oleandromicina. È stato riportato che l'assunzione di succo di pompelmo provoca un aumento del livello ematico di tacrolimus, e deve quindi essere evitato. **Induttori del metabolismo.** In clinica le seguenti sostanze hanno dimostrato di diminuire i livelli ematici di tacrolimus: sono state rilevate forti interazioni con rifampicina, fenitoina o con l'erba di S.Giovanni (Hypericum perforatum) che possono richiedere, nella quasi totalità dei pazienti, dosaggi superiori di tacrolimus. Interazioni clinicamente rilevanti sono state riportate anche con fenobarbitali. I corticosteroidi alle dosi di mantenimento hanno dimostrato di ridurre i livelli ematici di tacrolimus. Alte dosi di prednisolone o di metilprednisolone, somministrate per il trattamento del rigetto acuto, hanno il potenziale di aumentare o diminuire i livelli di tacrolimus nel sangue. Carbamazepina, metemzolo e isoniazide possono diminuire le concentrazioni di tacrolimus. **Effetti di tacrolimus sul metabolismo di altri prodotti medicinali.** Tacrolimus è noto quale inibitore di CYP3A4, quindi l'uso concomitante di tacrolimus con medicinali noti per essere metabolizzati da CYP3A4 può interferire con il metabolismo di tali medicinali. L'emivita di ciclosporina aumenta in caso di contemporanea somministrazione di tacrolimus. Inoltre, si possono verificare effetti nefrotossici sinergici/additivi. Per questo motivo la somministrazione concomitante di ciclosporina e tacrolimus non è consigliata e si raccomanda attenzione quando tacrolimus viene somministrato in pazienti precedentemente in trattamento con ciclosporina (vedere paragrafo 4.2 e 4.4). È stato dimostrato che tacrolimus incrementa il livello ematico di fenitoina. Poiché tacrolimus potrebbe ridurre la clearance dei contraceptivi a base di steroidi portando ad una aumentata esposizione ormonale, occorre prestare particolare attenzione al momento di decidere le misure anticoncezionali. Tali limitati sono disponibili riguardo le interazioni di tacrolimus con le statine. I dati a disposizione suggeriscono che la farmacocinetica delle statine è in gran parte immutata dalla co-somministrazione di tacrolimus. Dai derivati dagli studi nell'animale hanno mostrato che tacrolimus potrebbe potenzialmente diminuire la clearance e aumentare l'emivita di pentobarbitali e di antipira. **Altre interazioni che possono avere condotto a effetti clinicamente rilevanti.** L'uso contemporaneo di tacrolimus con medicinali noti per i loro effetti nefrotossici o neurotossici può aumentare il rischio di nefropatia e di miopatia. Gli inibitori della glicina, vancomicina, cotrimossazolo, anti-infiammatori non steroidei, ganciclovir o aciclovir). Un'acresciuta nefrotossicità è stata osservata durante la somministrazione di amphotericina B e ibuprofene in co-somministrazione con tacrolimus. Poiché il trattamento con tacrolimus può essere associato con la comparsa di iperkaliemia o con l'aumento di iperkaliemia preesistente, occorre evitare l'assunzione di potassio a dosi elevate oppure l'assunzione di diuretici potassio-risparmiatori (amiloride, triamterene, spironolattone). Gli immunosoppressivi possono avere effetto sulla risposta alle vaccinazioni e la vaccinazione stessa effettuata durante il trattamento con tacrolimus può risultare meno efficace. Deve essere evitato l'impiego di vaccini vivi attenuati. **Considerazioni sul legame con le proteine.** Tacrolimus è ampiamente legato alle proteine plasmatiche. Devono essere considerate le possibili interazioni con altri prodotti medicinali noti per la grande affinità con le proteine plasmatiche (per esempio anti-infiammatori non steroidei, anticoagulanti orali oppure anti-diabete orali). **4.6 Gravidanza ed allattamento.** I dati nell'uomo hanno dimostrato che tacrolimus è in grado di attraversare la placenta. I limitati dati disponibili in pazienti sottoposte a trapianto d'organo dimostrano che non c'è evidenza di un

aumentato rischio di effetti avversi sul decorso e sull'esito della gravidanza durante il trattamento con tacrolimus in confronto ad altri medicinali immunosoppressivi. Non sono disponibili, ad oggi, ulteriori dati epidemiologici di rilievo. A causa della necessità di trattamento, tacrolimus può essere preso in considerazione nelle donne in gravidanza quando non esiste nessuna alternativa più sicura e quando i benefici percepiti giustificano il rischio potenziale per il feto. In caso di esposizione in utero, è consigliato il monitoraggio del neonato per controllare i potenziali effetti avversi di tacrolimus (in particolare effetti renali). Esiste un rischio di parto prematuro (<37 settimana) come anche di iperkaliemia nel neonato, la quale comunque si normalizza spontaneamente. Nei ratti e nei conigli tacrolimus ha causato tossicità embrionale a dosi che hanno dimostrato tossicità materna (vedere paragrafo 5.3). Nei ratti, tacrolimus ha prodotto modificazioni della fertilità maschile (vedere paragrafo 5.3). **Allattamento.** I dati sull'uomo indicano che tacrolimus viene escreto nel latte materno. Poiché non si possono escludere effetti negativi sul neonato, le madri in terapia con Prograf non devono allattare. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Tacrolimus può causare disturbi visivi e neurologici. Questi disturbi possono accentuarsi nel caso di concomitante uso di Prograf e di alcolici. **4.8 Effetti indesiderati.** Il profilo delle reazioni avverse associate con l'impiego di immunosoppressivi è spesso difficile da definire a causa della patologia di base e dell'uso contemporaneo di molti altri farmaci. Molte delle reazioni avverse di seguito riportate sono reversibili e/o rispondono ad una riduzione della dose. La somministrazione orale sembra associata ad una minore incidenza di reazioni avverse rispetto all'impiego per via endovenosa. Le reazioni avverse di seguito riportate sono indicate in ordine di frequenza decrescente di comparsa: molto comune (> 1/10), comune (> 1/100 < 1/10), non comune (> 1/1.000, < 1/100), molto raro (< 1/10.000, comprese segnalazioni isolate). **Infezioni e infestazioni.** Come nel caso di altri potenti farmaci immunosoppressivi, la predisposizione ad infezioni (virali, batteriche, fungine, da protozoi) è maggiore in pazienti in trattamento con tacrolimus. Il decorso di malattie infettive preesistenti può risultare aggravato. Le infezioni possono verificarsi sia in forma generalizzata, sia in forma localizzata. **Neoplasie benigne, maligne e non specificate.** I pazienti trattati con terapie immunosoppressive sono a maggior rischio di comparsa di neoplasie maligne. In associazione al trattamento con tacrolimus, sono stati segnalati tumori benigni e maligni, compresi disordini linfoproliferativi associati a leucemia da EBV e tumori cutanei. **Alterazioni del sangue e del sistema circolatorio.** comune: anemia, leucopenia, trombocitopenia, leucocitosi, anomalie nell'eritrocriti, non comune: coagulopatie, anomalie nelle prove di coagulazione e sanguinamento, pancitopenia, neutropenia, raro: porpora trombocitica trombocitopenica, ipocromicitria. **Alterazioni del sistema immunitario.** In pazienti in terapia con tacrolimus sono state osservate reazioni allergiche ed anafilattiche (vedere paragrafo 4.4). **Alterazioni del sistema endocrino.** Raro: irsutismo. **Alterazioni del metabolismo e della nutrizione.** molto comune: iperglicemia, diabete mellito, iperkaliemia; comune: ipogonadismo, ipofosfataemia, ipokaliemia, ipocalcemia, iponatriemia, sovraccarico di liquidi, iperuricemia, diminuzione dell'appetito, anorexia, acidosi metabolica, iperlipidemia, ipercalcemia, iperfosfatermia, altre alterazioni degli elettroliti; non comune: disidratazione, ipoproteinemia, iperlipidemia, ipodiegma. **Disturbi psichiatrici.** molto comune: insonnia; comune: ansia, stato confusionale e disorientamento, depressione, umore depresso, alterazioni e turbe dell'umore, incubi, allucinazioni, disturbi mentali; non comune: disturbi psicotici. **Alterazioni del sistema nervoso.** molto comune: tremore, cefalea; comune: convulsioni, alterazioni della coscienza, parestesia e disestesie, neuropatie periferiche, vertigine, incapacità di scrivere, disturbi del sistema nervoso; non comune: coma, emorragie nel sistema nervoso centrale e accidenti cerebrovascolari, paralisi e paresi, encefalopatia, alterazioni del linguaggio e dell'espressione, amnesie, raro: ipertonio; molto raro: miastenia; **Disturbi oculari.** comune: visione sfocata, fotofobia, disturbi all'occhio; non comune: cataratta, raro: cecità. **Alterazioni dell'apparato uditivo e vestibolare.** comune: tinniti; non comune: ipoacusia sensoriale; molto raro: ronzio udito, perdita dell'udito. **Alterazioni del sistema digerente.** comune: ischemia dell'arteria coronaria, tachicardia; non comune: aritmie ventricolari e arresto cardiaco, insufficienza cardiaca, edemazione, ipertrofia ventricolare, aritmie sopraventricolari, palpitazioni, esami ECG alterati, esami del ritmo e frequenza cardiaca alterati; raro: versamento pericardico; molto raro: ecocardiogramma alterato. **Alterazioni del sistema vascolare.** molto comune: ipertensione; comune: emorragia, eventi trombotico-emolitici e ischemici, disturbi vascolari periferici, disturbi ipotensivi vascolari non comune: infarto, tromboosi venosa profonda dell'arto, shock. **Alterazioni dell'apparato respiratorio, del torace e del mediastino.** comune: dispnea, disturbi del parenchima polmonare, versamento pleurico, faringite, tosse, congestione nasale e infiammazione; non comune: insufficienza respiratoria, disturbi dell'apparato respiratorio, asma; raro: sindrome da dispnea acuta. **Alterazioni dell'apparato gastrointestinale.** molto comune: diarrea, nausea; comune: condizioni di infiammazione del tratto gastrointestinale, ulcerazione e perforazione del tratto gastrointestinale, emorragie gastroenterostinali, stomatiti e ulcere, ascite, vomito, dolori gastroenterostinali e addominali, segni e sintomi di dispepsia, stipsi, flatulenza, distensione e gonfiore, feci molli, segni e sintomi gastroenterostinali; non comune: ileo paralitico, peritonite, pancreatite acuta e cronica, aumento dell'amilasi nel sangue, reflusso gastroesofageo, compromissione dello svuotamento gastrico; raro: ileo subocclusivo, pseudocisti pancreatica. **Alterazioni del sistema epatobiliare.** comune: alterazioni della funzione epatica e degli enzimi epatici (colestasi e ittero, danno epatocellolare ed epatite, colestasi); raro: trombosi dell'arteria epatica, malattia venocollapsa epatica; molto raro: insufficienza epatica, stenosi del condotto biliare. **Alterazioni della cute e del tessuto sottocutaneo.** comune: prurito, rash, alopecia, acne, sudorazione; non comune: dermatite, fotossensibilità; raro: necrolisi epidemica tossica (sindrome di Lyell); molto raro: sindrome di Stevens-Johnson. **Alterazioni dell'apparato muscoloscheletrico e tessuto connettivo.** comune: artralgia, crampi muscolari, dolore agli arti, dolore alla schiena; non comune: artropatie; **Alterazioni renali e delle vie urinarie.** molto comune: alterazione della funzionalità renale; comune: insufficienza renale, insufficienza renale acuta, oliguria, necrosi tubulo-renale, nefropatia tossica, alterazioni urinarie, sintomi uretrali e vescicali; non comune: anemia, sindrome emolitica uremica; molto raro: nefropatia, cistite emorragica. **Disordini del sistema riproduttivo e della mammella.** non comune: dimenorea e sanguinamento uterino. **Disordini generali e alterazioni del sito di somministrazione.** comune: stati di astenia, disturbi febbrili, edema, dolore e sensazione di disagio, aumento della fosfatasi alcalina, aumento di peso, alterazione della percezione della temperatura corporea; non comune: compromissione della funzionalità multi-organo, malattia simili influenzale, intolleranza alla temperatura, sensazione di calore; molto raro: sensazione di calore, sensazione di irradiazione di calore, aumento della lattato deidrogenasi ematica, perdita di peso; raro: setto, ipotimia, costrizione toracica, diminuzione della mobilità, ulcera; molto raro: aumento del tessuto adiposo. **Lesioni, avvelenamenti e complicazioni di procedure terapeutiche.** comune: disfunzione da trapianto primario. **4.9 Sovradosaggio.** Esiste una limitata esperienza di sovradosaggio. Sono stati riportati diversi casi di sovradosaggio accidentale con sintomatologia che includeva: tremori, cefalea, nausea e vomito, infezioni, orticaria, letargia, incremento dei livelli ematici di acido ureico ed aumento delle concentrazioni sieriche di creatinina nonché incremento dei livelli di alaninamminotransferasi. Non è disponibile alcun antidoto specifico per Prograf. In caso di sovradosaggio, si deve intervenire con misure generali di sostegno e con il trattamento sintomatico. A causa dell'alto peso molecolare, della scarsa solubilità in acqua e dell'elevato legame alle proteine plasmatiche ed agli eritrociti, è prevedibile che tacrolimus non sia dializzabile. In singoli pazienti con elevati livelli plasmatici, l'emofiltrazione o la dialifiltrazione sono state efficaci nel ridurre la concentrazione ematica. In caso di intossicazione conseguente a somministrazione orale, può essere di aiuto la lavanda gastrica e l'uso di adsorbenti (come carbone attivato), se assunti imme-

diamente con l'anticorpo, la terapia per via orale con Prograf deve cominciare con 0,075 mg/kg/die somministrati in due dosi separate (ad es., mattina e sera). La somministrazione deve cominciare entro 5 giorni dal termine dell'intervento chirurgico appena le condizioni cliniche del paziente si sono stabilizzate. Se le condizioni cliniche del paziente non permettono la somministrazione orale, iniziare la terapia mediante infusione endovenosa continua per 24 ore con un dosaggio pari a 0,01-0,02 mg/kg/die. Alcuni dati di letteratura menzionano quale strategia alternativa l'inizio della terapia orale con tacrolimus entro 12 ore dall'intervento chirurgico. Tale approccio terapeutico è riservato a pazienti che non hanno dimostrato di averlo (ad esempio insufficienza renale) e i soggetti altamente immunologici. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione.** Nel caso di interazioni, si consiglia un monitoraggio supplementare delle concentrazioni di tacrolimus durante tali episodi. La somministrazione di ciclosporina e tacrolimus in associazione deve essere evitata ed è necessario porre particolare attenzione quando tacrolimus viene somministrato a pazienti precedentemente in terapia con ciclosporina (vedere paragrafi 4.2 e 4.5). In rari casi, sono state osservate ipertrofia ventricolare o ipertrofia del setto, riportate come cardiomiopatie. Nella maggior parte dei casi esse si sono dimostrate reversibili, dato che si sono manifestate principalmente in soggetti pediatrici in presenza di livelli ematici di valle di tacrolimus molto più alti dei livelli massimi consentiti. Altri fattori ritenuti in grado di aumentare il rischio di queste condizioni cliniche includono: malattie cardiache preesistenti, uso di corticosteroidi, ipertensione, disfunzione renale o epatica, infezioni, sovraccarico volêmico ed edema. Analgometrici e pazienti ad alto rischio, particolarmente i soggetti in età pediatrica e i soggetti altamente immunologici, devono essere controllati con esami strumentali quali ecocardiografia o ECG prima e dopo il trapianto (ad esempio inizialmente dopo tre mesi e poi dopo 9-12 mesi). In caso di alterazioni, si deve prendere in considerazione la riduzione del dosaggio di Prograf, oppure il trasferimento al trattamento con un altro farmaco immunosoppressivo. Tacrolimus può causare il prolungamento dell'intervallo QT ma attualmente non ci sono prove sostanziali che possa causare torsades des pointes. Si raccomanda di usare cautela nell'utilizzo del farmaco in pazienti con diagnosi o con sospetto di Sindrome Congenita del Prolungamento dell'Intervallo QT. E' stata riportata, in alcuni pazienti trattati con Prograf, la comparsa di malattie linfoproliferative associate ad infezione da EBV. I pazienti trasferiti al trattamento con Prograf non devono ricevere un concomitante trattamento antifitociclico. E' stato osservato che bambini molto piccoli (< 2 anni), EBV-VCA negativi, presentano un rischio maggiore di comparsa di malattie linfoproliferative. Pertanto, in questo gruppo di pazienti, prima di iniziare il trattamento con Prograf, occorre indagare il quadro sierologico relativo all'EBV-VCA. Durante il trattamento si raccomanda un accurato controllo infettivologico con EBV-PCR. EBV-PCR positivo possono persistere per mesi e non sono quindi di per sé indicativo di malattie linfoproliferative o di linfoma. Come con altri farmaci immunosoppressivi, che hanno in sé il rischio di poter causare variazioni maligne a livello della pelle, l'esposizione al sole e ai raggi UV deve essere limitata e protetta con l'utilizzo di creme solari. È stato osservato uno schema solare con un fattore ad alta protezione. Come nel caso di altri potenti farmaci immunosoppressivi, non è noto il rischio di un tumore di derivazione secondaria (vedere paragrafo 4.8). Le capsule contengono lattosio quindi non sono adatte per i soggetti con deficit di lattasi, galattosmia e sindrome da maldassorbimento di glucosio/galattosio. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione. Interazioni metaboliche.** Tacrolimus disponibile per via sistemica è metabolizzato dal sistema microsomiale epatico del CYP3A4. Inoltre, esistono prove di un metabolismo gastrointestinale da parte di CYP3A4 nella parete intestinale. L'uso concomitante di prodotti medicinali o di prodotti di origine vegetale notoriamente in grado di provocare una inibizione o una induzione di CYP3A4 può influire sul metabolismo di tacrolimus e quindi aumentarne o diminuirne il livello ematico. Si consiglia quindi di monitorare i livelli di ematici di tacrolimus quando sostanze in grado di alterare il metabolismo di CYP3A4 vengono utilizzate simultaneamente e di aggiustare la dose di tacrolimus in maniera appropriata per mantenere una costante esposizione a tacrolimus (vedere il paragrafo 4.2 e 4.4). **Inibitori del metabolismo.** In clinica le seguenti sostanze hanno dimostrato di incrementare i livelli ematici di valle: ciclosporina; sono state osservate le interazioni con farmaci antifungini quali ketoconazolo, fluconazolo e itraconazolo; con il metformina; con il nifedipina; con il ranitidina; con i proestrogeni HIV (ad es. ritonavir). L'uso concomitante di tali sostanze può richiedere, nella quasi totalità dei pazienti, la diminuzione della dose di tacrolimus. Interazioni più deboli sono state riscontrate con cotrimoxolo, clartromicina, isomacina, nifedipina, nicardipina, diltiazem, verapamil, danazolo, etilnilestrol, omeprazolo e nefazodone. In vitro le seguenti sostanze hanno dimostrato di essere potenziali inibitori del metabolismo di tacrolimus: bromocriptina, cortisone, daposterone, ergotamina, gestodene, lisdacina, melfenitina, miconazolo, midazolam, nivalidipina, norepinefrina, chinidina, tamoxifene, (triacetil)oleandromicina. È stato riportato che l'assunzione di succo di pompelmo provoca un aumento del livello ematico di tacrolimus, e deve quindi essere evitato. **Induttori del metabolismo.** In clinica le seguenti sostanze hanno dimostrato di diminuire i livelli ematici di tacrolimus: sono state rilevate forti interazioni con rifampicina, fenitoina o con l'erba di S.Giovanni (Hypericum perforatum) che possono richiedere, nella quasi totalità dei pazienti, dosaggi superiori di tacrolimus. Interazioni clinicamente rilevanti sono state riportate anche con fenobarbitali. I corticosteroidi alle dosi di mantenimento hanno dimostrato di ridurre i livelli ematici di tacrolimus. Alte dosi di prednisolone o di metilprednisolone, somministrate per il trattamento del rigetto acuto, hanno il potenziale di aumentare o diminuire i livelli di tacrolimus nel sangue. Carbamazepina, metemzolo e isoniazide possono diminuire le concentrazioni di tacrolimus. **Effetti di tacrolimus sul metabolismo di altri prodotti medicinali.** Tacrolimus è noto quale inibitore di CYP3A4, quindi l'uso concomitante di tacrolimus con medicinali noti per essere metabolizzati da CYP3A4 può interferire con il metabolismo di tali medicinali. L'emivita di ciclosporina aumenta in caso di contemporanea somministrazione di tacrolimus. Inoltre, si possono verificare effetti nefrotossici sinergici/additivi. Per questo motivo la somministrazione concomitante di ciclosporina e tacrolimus non è consigliata e si raccomanda attenzione quando tacrolimus viene somministrato in pazienti precedentemente in trattamento con ciclosporina (vedere paragrafo 4.2 e 4.4). È stato dimostrato che tacrolimus incrementa il livello ematico di fenitoina. Poiché tacrolimus potrebbe ridurre la clearance dei contraceptivi a base di steroidi portando ad una aumentata esposizione ormonale, occorre prestare particolare attenzione al momento di decidere le misure anticoncezionali. Tali limitati sono disponibili riguardo le interazioni di tacrolimus con le statine. I dati a disposizione suggeriscono che la farmacocinetica delle statine è in gran parte immutata dalla co-somministrazione di tacrolimus. Dai derivati dagli studi nell'animale hanno mostrato che tacrolimus potrebbe potenzialmente diminuire la clearance e aumentare l'emivita di pentobarbitali e di antipira. **Altre interazioni che possono avere condotto a effetti clinicamente rilevanti.** L'uso contemporaneo di tacrolimus con medicinali noti per i loro effetti nefrotossici o neurotossici può aumentare il rischio di nefropatia e di miopatia. Gli inibitori della glicina, vancomicina, cotrimossazolo, anti-infiammatori non steroidei, ganciclovir o aciclovir). Un'acresciuta nefrotossicità è stata osservata durante la somministrazione di amphotericina B e ibuprofene in co-somministrazione con tacrolimus. Poiché il trattamento con tacrolimus può essere associato con la comparsa di iperkaliemia o con l'aumento di iperkaliemia preesistente, occorre evitare l'assunzione di potassio a dosi elevate oppure l'assunzione di diuretici potassio-risparmiatori (amiloride, triamterene, spironolattone). Gli immunosoppressivi possono avere effetto sulla risposta alle vaccinazioni e la vaccinazione stessa effettuata durante il trattamento con tacrolimus può risultare meno efficace. Deve essere evitato l'impiego di vaccini vivi attenuati. **Considerazioni sul legame con le proteine.** Tacrolimus è ampiamente legato alle proteine plasmatiche. Devono essere considerate le possibili interazioni con altri prodotti medicinali noti per la grande affinità con le proteine plasmatiche (per esempio anti-infiammatori non steroidei, anticoagulanti orali oppure anti-diabete orali). **4.6 Gravidanza ed allattamento.** I dati nell'uomo hanno dimostrato che tacrolimus è in grado di attraversare la placenta. I limitati dati disponibili in pazienti sottoposte a trapianto d'organo dimostrano che non c'è evidenza di un

aumentato rischio di effetti avversi sul decorso e sull'esito della gravidanza durante il trattamento con tacrolimus in confronto ad altri medicinali immunosoppressivi. Non sono disponibili, ad oggi, ulteriori dati epidemiologici di rilievo. A causa della necessità di trattamento, tacrolimus può essere preso in considerazione nelle donne in gravidanza quando non esiste nessuna alternativa più sicura e quando i benefici percepiti giustificano il rischio potenziale per il feto. In caso di esposizione in utero, è consigliato il monitoraggio del neonato per controllare i potenziali effetti avversi di tacrolimus (in particolare effetti renali). Esiste un rischio di parto prematuro (<37 settimana) come anche di iperkaliemia nel neonato, la quale comunque si normalizza spontaneamente. Nei ratti e nei conigli tacrolimus ha causato tossicità embrionale a dosi che hanno dimostrato tossicità materna (vedere paragrafo 5.3). Nei ratti, tacrolimus ha prodotto modificazioni della fertilità maschile (vedere paragrafo 5.3). **Allattamento.** I dati sull'uomo indicano che tacrolimus viene escreto nel latte materno. Poiché non si possono escludere effetti negativi sul neonato, le madri in terapia con Prograf non devono allattare. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Tacrolimus può causare disturbi visivi e neurologici. Questi disturbi possono accentuarsi nel caso di concomitante uso di Prograf e di alcolici. **4.8 Effetti indesiderati.** Il profilo delle reazioni avverse associate con l'impiego di immunosoppressivi è spesso difficile da definire a causa della patologia di base e dell'uso contemporaneo di molti altri farmaci. Molte delle reazioni avverse di seguito riportate sono reversibili e/o rispondono ad una riduzione della dose. La somministrazione orale sembra associata ad una minore incidenza di reazioni avverse rispetto all'impiego per via endovenosa. Le reazioni avverse di seguito riportate sono indicate in ordine di frequenza decrescente di comparsa: molto comune (> 1/10), comune (> 1/100 < 1/10), non comune (> 1/1.000, < 1/100), molto raro (< 1/10.000, comprese segnalazioni isolate). **Infezioni e infestazioni.** Come nel caso di altri potenti farmaci immunosoppressivi, la predisposizione ad infezioni (virali, batteriche, fungine, da protozoi) è maggiore in pazienti in trattamento con tacrolimus. Il decorso di malattie infettive preesistenti può risultare aggravato. Le infezioni possono verificarsi sia in forma generalizzata, sia in forma localizzata. **Neoplasie benigne, maligne e non specificate.** I pazienti trattati con terapie immunosoppressive sono a maggior rischio di comparsa di

diatamente dopo l'ingestione.

**5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE. 5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmaco-terapeutica: Immunosoppressore macrolide, codice ATC: L04A A05. **Mecanismo d'azione ed effetti farmacodinamici.** A livello molecolare, gli effetti di tacrolimus appaiono mediati dal legame ad una proteina citoplasmatica (FKBP12) che è responsabile dell'accumulo intracellulare del farmaco. Il complesso FKBP12-tacrolimus si lega specificamente e competitivamente alle calcineurine provocandone l'inibizione; questo comporta una inibizione calcio dipendente del meccanismo di trasduzione del segnale alle cellule T. In tal modo si impedisce la trascrizione di un gruppo discreto di geni per le linfochine. Tacrolimus è un agente immunosoppressivo molto potente la cui attività è stata dimostrata in vitro ed *in vivo*. In particolare, tacrolimus inibisce la produzione di linfociti citotossici che sono i principali responsabili del rigetto del trapianto. Tacrolimus inibisce l'attivazione dei linfociti T e la proliferazione dei linfociti B dipendenti dai T-helper, come pure la produzione di linfochine quali interleuchina-2, interleuchina-3 e  $\gamma$ -interferone nonché l'espressione del recettore dell'interleuchina-2. **Risultati dai dati pubblicati in altri trapianti d'organo primari.** Prograf è ormai considerato un trattamento consolidato quale prodotto medicinale immunosoppressivo primario in seguito a trapianto di pancreas, polmone e intestino. In studi prospettici pubblicati tacrolimus è stato studiato quale immunosoppressivo primario in circa 175, 475 e 630 pazienti sottoposti rispettivamente a trapianto di polmone, di pancreas e di intestino. Nel complesso, il profilo di tollerabilità in questi studi pubblicati è apparso essere simile a quello riportato negli studi a numerosità maggiore, dove tacrolimus è stato studiato quale trattamento immunosoppressivo primario nel trapianto di fegato, rene e cuore. I risultati di efficacia degli studi a più alta numerosità in ciascuna indicazione sono riassunti di seguito: **Trapianto di polmone.** L'analisi ad interim di un recente studio multicentrico ha valutato 110 pazienti assegnati con randomizzazione 1:1 a gruppi di trattamento con tacrolimus e con ciclosporina. Tacrolimus è stato somministrato all'inizio per infusione endovenosa continua a un dosaggio compreso tra 0,01 e 0,03 mg/kg/die mentre la terapia orale di tacrolimus è stata somministrata a un dosaggio compreso tra i 0,05 e i 0,3 mg/kg/die. Nel primo anno di trattamento dal trapianto è stata rilevata una incidenza inferiore di episodi di rigetto acuto nei pazienti trattati con tacrolimus rispetto a quelli trattati con ciclosporina (11,5% verso 22,6%) ed una più bassa incidenza di rigetto cronico, la sindrome da bronchiolite obliterante (2,86% verso 8,57%). La sopravvivenza a 1 anno è risultata essere dell'80,8% nel gruppo tacrolimus e dell' 83% nel gruppo ciclosporina (Freede et al., 3<sup>o</sup> ICI San Diego, US, 2004; Abstract 22). In un altro studio randomizzato sono stati trattati 66 pazienti con tacrolimus e 67 pazienti con ciclosporina. Tacrolimus è stato somministrato all'inizio come infusione endovenosa continua a un dosaggio di 0,025 mg/kg/die mentre la terapia orale è stata somministrata a un dosaggio di 0,15 mg/kg/die con successivi aggiustamenti della dose verso livelli ematici di valle compresi tra 10 e 20 ng/ml. La sopravvivenza a 1 anno è risultata pari all'83% nel gruppo tacrolimus e al 71% nel gruppo ciclosporina, quella a 2 anni rispettivamente del 76% e del 66%. Gli episodi di rigetto acuto per 100 patient-days sono risultati numericamente meno nel gruppo tacrolimus (0,85 episodi) rispetto al gruppo ciclosporina (1,09 episodi). La bronchiolite obliterante si è manifestata nel 21,7% dei pazienti trattati con tacrolimus rispetto al 38,0% di pazienti trattati con ciclosporina (p = 0,025). Un numero significativamente maggiore di pazienti trattati con ciclosporina (n = 13) ha richiesto un cambio di terapia verso tacrolimus rispetto a quelli trattati con tacrolimus verso ciclosporina (n = 2) (p = 0,02) (Keenan et al., Ann Thoracic Surg 1995;60:580). In un ulteriore studio che ha coinvolto due centri, 26 pazienti sono stati randomizzati al trattamento con tacrolimus mentre 24 pazienti al gruppo di trattamento con ciclosporina. Tacrolimus è stato somministrato all'inizio come infusione endovenosa continua a un dosaggio pari a 0,05 mg/kg/die mentre la terapia orale è stata somministrata a un dosaggio tra 0,1 e 0,3 mg/kg/die con successivi aggiustamenti di dose verso livelli ematici di valle compresi tra 12 e 15 ng/ml. La sopravvivenza a 1 anno è risultata pari a 73,1% nel gruppo trattato con tacrolimus contro il 79,2% nel gruppo trattato con ciclosporina. La libertà dal rigetto acuto è risultata più alta nel gruppo tacrolimus a 6 mesi (57,7% contro 45,8%) e a 1 anno in seguito a trapianto di polmone (50% contro 33,3%) (Freede et al., J Heart Lung Transplant 2001;20:511). I tre studi hanno dimostrato un tasso di sopravvivenza simile. L'incidenza di rigetto acuto è risultata numericamente più bassa con tacrolimus in tutti e tre gli studi e uno degli studi ha evidenziato un'incidenza significativamente inferiore di sindrome da bronchiolite obliterante con tacrolimus. **Trapianto di pancreas.** Uno studio multicentrico ha coinvolto 205 pazienti sottoposti a trapianto simultaneo di rene e pancreas, assegnati con randomizzazione al gruppo di trattamento con tacrolimus (n=103) o con ciclosporina (n=102). La dose iniziale di tacrolimus era pari a 0,2 mg/kg/die con aggiustamenti successivi del dosaggio verso livelli ematici di valle compresi tra 8 e 15 ng/ml entro il Giorno 5 e tra 5 e 10 ng/ml dopo il Mese 6. La sopravvivenza del pancreas a 1 anno era significativamente maggiore con tacrolimus: 91,3% contro 74,5% con ciclosporina (p < 0,0005), mentre la sopravvivenza del trapianto di rene è risultata simile in entrambi i gruppi. In totale 34 pazienti hanno cambiato terapia passando dal trattamento con ciclosporina a quello con tacrolimus, mentre solo 6 pazienti del gruppo tacrolimus hanno richiesto una terapia alternativa (Bechstein et al., Transplantation 2004;77:1221). **Trapianto di intestino.** Esperienze cliniche pubblicate, derivate da un unico centro, sull'uso di tacrolimus per il trattamento primario in seguito al trapianto di intestino hanno dimostrato che il tasso di sopravvivenza attuariale di 155 pazienti (65 solo intestino, 75 fegato e intestino, e 25 multiviscerale) sottoposti a terapia con tacrolimus e prednisone era del 75% a 1 anno, del 54% a 5 anni, e del 42% a 10 anni. Nei primi anni di utilizzo del farmaco la dose iniziale di tacrolimus era pari a 0,3 mg/kg/die. I risultati sono continuamente migliorati con l'aumentare dell'esperienza clinica nel corso degli ultimi 11 anni. Una serie di innovazioni, quali le tecniche di rilevamento precoce delle infezioni da *Cytosil*-Barr (EBV) e CMV, i fattori di crescita del midollo osseo, l'introduzione, in aggiunta, di dclizumab, antagonista dell'interleuchina 2, dosi iniziali più basse di tacrolimus con livelli di valle finali compresi tra 10 e 15 ng/ml, e più recentemente l'irradiazione del trapianto sono stati considerati fattori che hanno contribuito a migliorare i risultati in questa indicazione nel tempo. (Abu-Elmagd et al., Ann Surg 2001;234:404). **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** **Assorbimento.** Nell'uomo è stato dimostrato che tacrolimus può essere assorbito attraverso il tratto gastrointestinale. In seguito a somministrazione orale di Prograf in capsule le concentrazioni massime (C<sub>max</sub>) di tacrolimus nel sangue si ottengono in circa 1 - 3 ore. In alcuni pazienti tacrolimus sembra continuare ad essere assorbito per un periodo di tempo prolungato, evidenziando un profilo di assorbimento relativamente piatto. La biodisponibilità orale media di tacrolimus è compresa nell'intervallo del 20 %-25 %. Dopo la somministrazione orale (0,30 mg/kg/die) a pazienti sottoposti al trapianto di fegato, le concentrazioni allo "steady state" di Prograf vengono raggiunte in 3 giorni nella maggior parte dei pazienti. Nei soggetti sani le capsule rigide di Prograf da 0,5 mg, 1 mg e 5 mg si sono dimostrate bioequivalenti, quando somministrate a dosaggi equivalenti. La velocità e il grado di assorbimento di tacrolimus sono aumentate in condizioni di digiuno. La presenza di cibo diminuisce sia la velocità, sia il grado di assorbimento di tacrolimus, con un effetto particolarmente evidente dopo un pasto ricco di grassi. L'effetto di un pasto ricco di carboidrati è meno pronunciato. Nei pazienti trapiantati di fegato stabili la biodisponibilità orale di Prograf è risultata ridotta se la somministrazione avveniva dopo un pasto con un contenuto moderato di grassi (34% di calorie). Si sono osservati diminuzioni di AUC (27 %) e C<sub>max</sub> (50 %) e aumento di t<sub>1/2</sub> (173 %) nel sangue intero. In uno studio su pazienti trapiantati di rene stabili ai quali veniva somministrato Prograf immediatamente dopo una colazione di tipo continentale standard l'effetto sulla biodisponibilità orale era meno pronun-

ciato. Si sono osservati diminuzioni di AUC (da 2 a 12 %) e C<sub>max</sub> (da 15 a 38 %) e aumento di t<sub>1/2</sub> (da 38 a 80 %) nel sangue intero. Il flusso di bile influisce l'assorbimento di Prograf. Esiste, allo "steady state", una forte correlazione tra AUC e livelli ematici di valle. Il monitoraggio dei livelli ematici di valle rappresenta quindi una stima attendibile dell'esposizione sistemica al farmaco. **Distribuzione ed eliminazione.** Dopo infusione endovenosa, la distribuzione di tacrolimus nell'uomo può essere descritta come bifasica. Nella circolazione sistemica tacrolimus si lega saldamente agli eritrociti, determinando un rapporto di distribuzione delle concentrazioni di sangue intero/plasma approssimativamente di 20:1. Nel plasma, tacrolimus è notevolmente legato (> 98,8%) alle proteine plasmatiche, principalmente all'albumina sierica ed alla glicoproteina acida  $\alpha$ -1. Tacrolimus è ampiamente distribuito nel corpo. Il volume di distribuzione, allo steady state, basato sulle concentrazioni nel plasma, è di circa 1300 l (soggetti sani). I dati corrispondenti, su sangue intero, sono in media di 47,6 l. Tacrolimus è una sostanza a bassa clearance. In volontari sani la clearance totale media (TBC) valutata sulle concentrazioni nel sangue intero è risultata di 2,25 l/h. Nei pazienti adulti trapiantati di fegato, rene e cuore, sono stati osservati rispettivamente valori di 4,1 l/ora, di 6,7 l/ora e di 3,9 l/ora. Nel trapianto di fegato i pazienti pediatrici presentano una TBC approssimativamente doppia di quella degli adulti. Fattori quali l'ematocrito e bassi livelli di proteine, che determinano un incremento della frazione non legata di tacrolimus, oppure l'incremento del metabolismo indotto dai corticosteroidi, sono considerati responsabili delle maggiori velocità di clearance osservate dopo il trapianto. L'emivita di tacrolimus è prolungata e variabile. Nei volontari sani l'emivita media nel sangue intero risulta di circa 43 ore. Nei pazienti adulti e pediatrici sottoposti a trapianto di fegato risulta in media, rispettivamente, di 11,7 ore e di 12,4 ore, in confronto a quella pari a 15,6 ore nei pazienti adulti sottoposti a trapianto di rene. L'incremento delle velocità di clearance contribuisce all'emivita più breve osservata nei soggetti trapiantati. **Metabolismo e biotrasformazione.** Tacrolimus è ampiamente metabolizzato dal fegato, principalmente dal citocromo P450-3A4. Tacrolimus è anche metabolizzato in maniera considerevole dalle pareti intestinali. Ci sono numerosi metaboliti identificati. Solo uno di questi si è dimostrato avere in vitro un'attività immunosoppressiva simile a quella di tacrolimus. Gli altri metaboliti hanno un'attività immunosoppressiva debole o nulla. Nella circolazione sistemica solo uno dei metaboliti inattivi è presente a basse concentrazioni. I metaboliti non contribuiscono quindi alla attività farmacologica di tacrolimus. **Escrezione.** Dopo somministrazione endovenosa e orale di tacrolimus 14C-marcato, gran parte della radioattività viene eliminata nelle feci. Circa il 2% della radioattività viene eliminata nelle urine. Meno dell'1% di tacrolimus viene escreto immodificato nelle urine e nelle feci, indicando la sua completa metabolizzazione prima dell'eliminazione: la bile risulta essere la via principale di eliminazione. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** Il rene e il pancreas sono stati gli organi primari coinvolti negli studi di tossicità di tacrolimus effettuati nel ratto e nel baobubino. Nel ratto sono stati osservati effetti tossici a carico degli occhi e del sistema nervoso. Sono stati osservati effetti cardiocessivi reversibili nel coniglio in seguito a somministrazione per via endovenosa. È stata osservata tossicità embrionale e fetale nei ratti e nei conigli, limitata a dosi che causavano tossicità significativa nelle madri. Nei ratti, la funzione riproduttiva femminile, nascita compresa, è risultata compromessa a dosaggi tossici e la prole ha mostrato peso ridotto alla nascita, così come vitalità e crescita ridotti. Nei ratti è stato osservato un effetto negativo di tacrolimus sulla fertilità maschile per quanto riguarda la conta spermatica e la motilità, ridotte.

**6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1 Elenco degli eccipienti.** Prograf 0,5 mg capsule rigide. Ipromellosa, croscarmellosa sodica, lattosio, magnesio stereato, titanio diossido (E 171), ossido di ferro giallo (E 172), gelatina. Prograf 1 mg capsule rigide. Ipromellosa, croscarmellosa sodica, lattosio, magnesio stereato, titanio diossido (E 171), gelatina. Prograf 5 mg capsule rigide. Ipromellosa, croscarmellosa sodica, lattosio, magnesio stereato, titanio diossido (E 171), ossido di ferro rosso (E 172), gelatina. **6.2 Incompatibilità.** Nessuna. **6.3 Periodo di validità.** Prograf 0,5 mg capsule rigide. Blister in involucro di alluminio: 2 anni. Dopo l'apertura dell'involucro di alluminio le capsule, chiuse nel blister, sono stabili per tre mesi se conservate a temperatura non superiore a 25°C. Prograf 1 mg capsule rigide / Prograf 5 mg capsule rigide. Blister in involucro di alluminio: 2 anni. Dopo l'apertura dell'involucro di alluminio le capsule sono stabili per tre mesi. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione.** Una volta aperto l'involucro d'alluminio le capsule chiuse nel blister sono stabili per 3 mesi. Il blister senza involucro devono essere conservati in un luogo asciutto e nel contenitore originale. Il paziente deve essere opportunamente informato. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** 10 capsule in ogni blister, 3, 5, 6 o 9 blister e una bustina di disidratante contenuti in un involucro d'alluminio. Prograf 0,5 mg capsule rigide. 30 capsule rigide. 50 capsule rigide. 100 capsule rigide. Prograf 1 mg capsule rigide. 30 capsule rigide. 60 capsule rigide. 90 capsule rigide. Prograf 5 mg capsule rigide. 30 capsule rigide. 50 capsule rigide. E' possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento.** Nessuna istruzione particolare. Il medicinale non utilizzato ed i rifiuti derivati da tale medicinale devono essere smaltiti in accordo con la normativa vigente locale. Le capsule devono essere assunte immediatamente dopo esser state tolte dal blister. I pazienti devono essere avvertiti di non ingerire il disidratante. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Astellas Pharma S.p.A. Via delle Industrie, 1 - 20061 Carugate (MI) Italia. **8. NUMERO(I) DELL' AUTORIZZAZIONE (DELLE AUTORIZZAZIONI) ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Prograf 0,5 mg capsule rigide. 029485099 (30 capsule), 029485101 (50 capsule), 029485113 (100 capsule). Prograf 1 mg capsule rigide. 029485012 (30 capsule), 029485075 (60 capsule), 029485087 (90 capsule). Prograf 5 mg capsule rigide. 029485048 (30 capsule), 029485051 (50 capsule). **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL' AUTORIZZAZIONE.** Prograf 0,5 mg capsule rigide. 24 marzo 2000 / 1 maggio 2003. Prograf 1 mg capsule rigide. 13 maggio 1998 / 1 maggio 2003. Prograf 5 mg capsule rigide. 13 maggio 1998 / 1 maggio 2003. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO.** 10/2006.

#### Bibliografia

1. M.R. Lucey. A comparison of Tacrolimus and Cyclosporine in Liver transplantation: Effects on Renal Function and Cardiovascular Risk Status. American Journal of Transplantation 5(5): 1111-1119 (2005). 2. M.-A. Arz et al. Conversion from Cyclosporine to Tacrolimus Improves Quality-of-Life Indices, Renal Graft Function and Cardiovascular Risk Profile. American Journal of Transplantation 4(6): 937-945 (2004). 3. W.A. Juriewicz. Tacrolimus versus Cyclosporin immunosuppression: long-term outcome in renal transplantation. Nephrology, Dialysis, Transplantation 18(Suppl. 1): 7-11 (2003). 4. B.K. Krämer et al. Cardiovascular risk factors and estimated risk for CAD in a randomized trial comparing calcineurine inhibitors in renal transplantation. American Journal of Transplantation 3(8): 982-987 (2003). 5. F.Vincenti et al. A long-term comparison of tacrolimus (FK506) and cyclosporine in kidney transplantation: evidence for improved allograft survival at five years. Transplantation 73(5): 775-782 (2002). 6. A.D. Mayer et al., Chronic rejection and graft half-life: five-year follow-up of the European tacrolimus multicenter renal study. Transplantation Proceedings 34(5): 1491-1492 (2002). 7. Y. Vanrenterghem et al. Minimization of immunosuppressive therapy after renal transplantation: results of a randomised controlled trial. American Journal of Transplantation 5(1): 87-95 (2005). 8. O. Bollot et al., Corticosteroid-free immunosuppression with tacrolimus following induction with dclizumab: A large randomised clinical study. Liver Transplantation 11(1): 61-67 (2005). 9. I. Rostaing et al. Corticosteroid-free immunosuppression with tacrolimus, mycophenolate mofetil, and dclizumab induction in renal transplantation. Transplantation 79(7): 807-814 (2005).

## NOTE

NOTE

NOTE



NOTE

NOTE

Editing  
**Studio Ega**  
Viale Tiziano, 19  
00196 Roma  
tel. +39 0632812.1  
fax +39 063240143  
ega@ega.it  
www.ega.it

Graphic design  
**franci&patriarca**  
fraepat@tiscali.it

Stampa  
**Tipografia Teti**