

 I pazienti che si sottopongono a un trapianto di organo solido devono assumere nell'arco della loro vita combinazioni di farmaci immunosoppressori per ridurre il rischio di rigetto.

Gli schemi terapeutici prescrivibili prevedono la combinazione di diversi principi attivi, tra cui gli inibitori della calcineurina (CNI: tacrolimus-TAC o ciclosporina-CsA), gli antimetaboliti (antiM), inibitori del target mammifero della rapamicina (mTORi) e i corticosteroidi. Ad oggi, i dati sugli schemi terapeutici adottati nella pratica clinica sono scarsi.

È stato quindi condotto uno studio di coorte multicentrico italiano (coordinato dal DEP Lazio), identificando, attraverso i database amministrativi regionali e il sistema nazionale informativo trapianti (SIT), i pazienti con trapianto di organo solido incidente (rene, fegato, cuore, polmone), nel periodo 2009-2019 e residenti in quattro regioni italiane (Veneto, Lombardia, Lazio e Sardegna).

I regimi immunosoppressivi sono stati quantificati per organo, regione e anno, e le combinazioni più frequenti sono risultate essere: la triplice terapia a base di tacrolimus per il rene (TAC+ antiM + corticosteroidi: 41,5%) e a base di ciclosporina per il cuore (CsA + antiM + corticosteroidi:36,6%); la duplice a base di tacrolimus per i pazienti con trapianto di fegato (TAC + corticosteroidi:35,4%). Per ogni organo, le combinazioni presentavano delle variazioni tra le regioni in studio, oltre ad aver subito, nel decennio di osservazione, modifiche sostanziali.

Alla luce delle diverse dimensioni dell'eterogeneità riscontrate per la terapia immunosoppressiva post-trapianto, si rendono necessari ulteriori studi per indagare le ragioni di questa variabilità e per valutare il profilo rischio-beneficio degli schemi di trattamento adottati nella pratica clinica.

[Clicca qui per il link della pubblicazione](https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/frtra.2022.1060621/full).