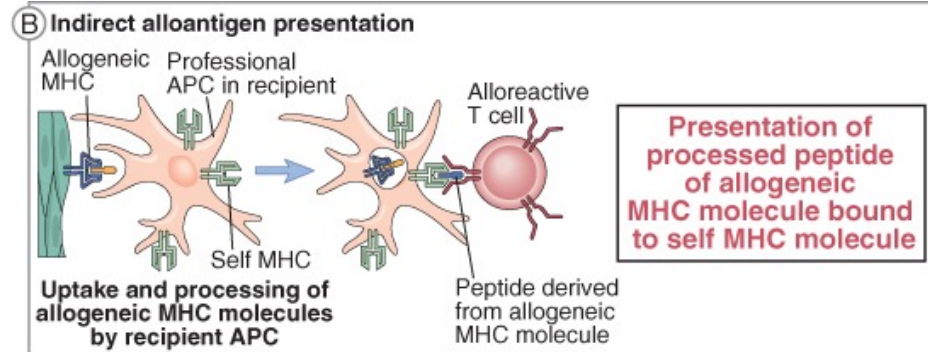


Antigeni e presentazione antigenica nel rigetto del trapianto mediato da anticorpi

Gli antigeni maggiormente riconosciuti nel rigetto del trapianto mediato dagli anticorpi sono le molecole MHC di classe I e II espresse dal donatore.

Altri antigeni potenziali bersagli della risposta umorale del ricevente sono gli antigeni minori di istocompatibilità o molecole non MHC. Nell'uomo un esempio è la molecola MICA che è polimorfica e strutturalmente simile alle molecole HLA di classe I. Questo antigene è espresso sulle cellule endoteliali e sui monociti. La presenza di anticorpi anti-MICA negli individui riceventi trapianto di rene si associa a rigetto e al fallimento del trapianto.



© Elsevier 2005. Abbas & Lichtman: Cellular and Molecular Immunology 5e www.studentconsult.com

La risposta anticorpale verso gli alloantigeni richiede generalmente l'help da parte delle cellule T. Esperimenti nel topo hanno dimostrato che la produzione di anticorpi verso alloantigeni richiede la presentazione indiretta dell'alloantigene. La risposta B include il differenziamento di plasmacellule che migrano nel midollo osseo dove continuano a produrre anticorpi.

Generazione delle risposta B del ricevente specifica per gli antigeni del donatore

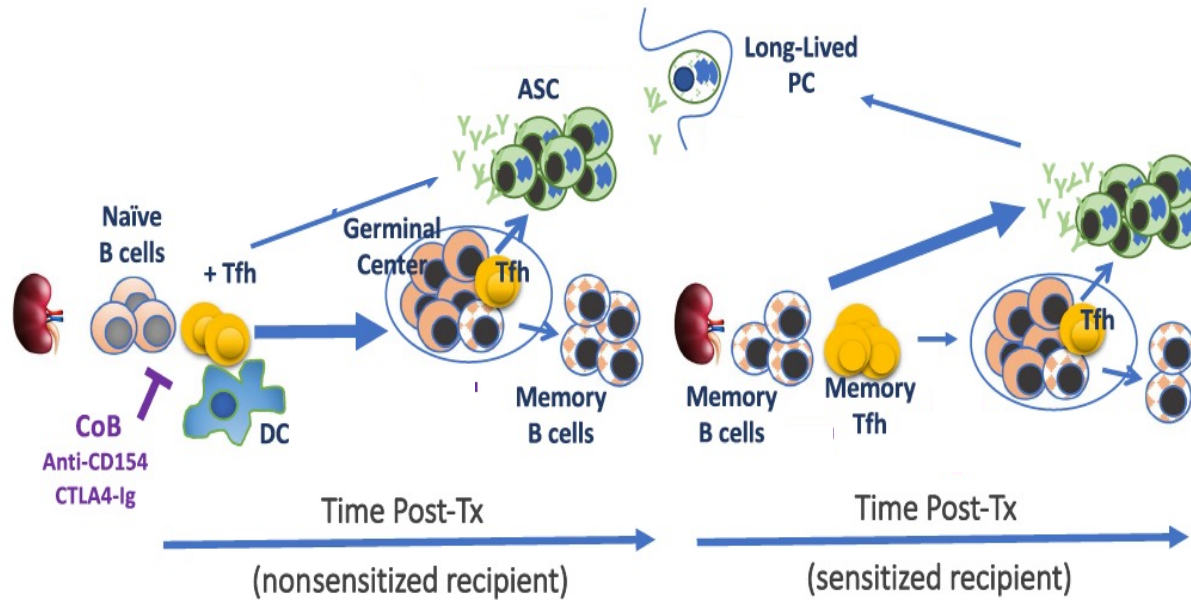


FIGURE 1 Elaboration of donor-specific B cell responses in nonsensitized and sensitized recipients. Thickness of arrowed lines represent relative differentiation fate. ASC, antibody secreting cell; COB, costimulation blockade; DC, dendritic cell; PC, plasma cell; Tfh, T follicular helper cell

Cellule B donator specifiche incontrano l'antigene nel follicolo. I linfociti B così attivati migrano nella zona di confine T-B del linfonodo. Allo stesso tempo la DC presenta l'antigene alla cellula T naive mediando il differenziamento a Tfh.

L'interazione fra Tfh e linfocita B è mediata da: TCR- MHC+peptide
CD28-CD80/86

LFA1-ICAM

CD154-CD40

Le cellule B che ricevono la segnalazione differenziano in antibody secreting cells (ASC) o entrano nel follicolo dove danno origine al CG.

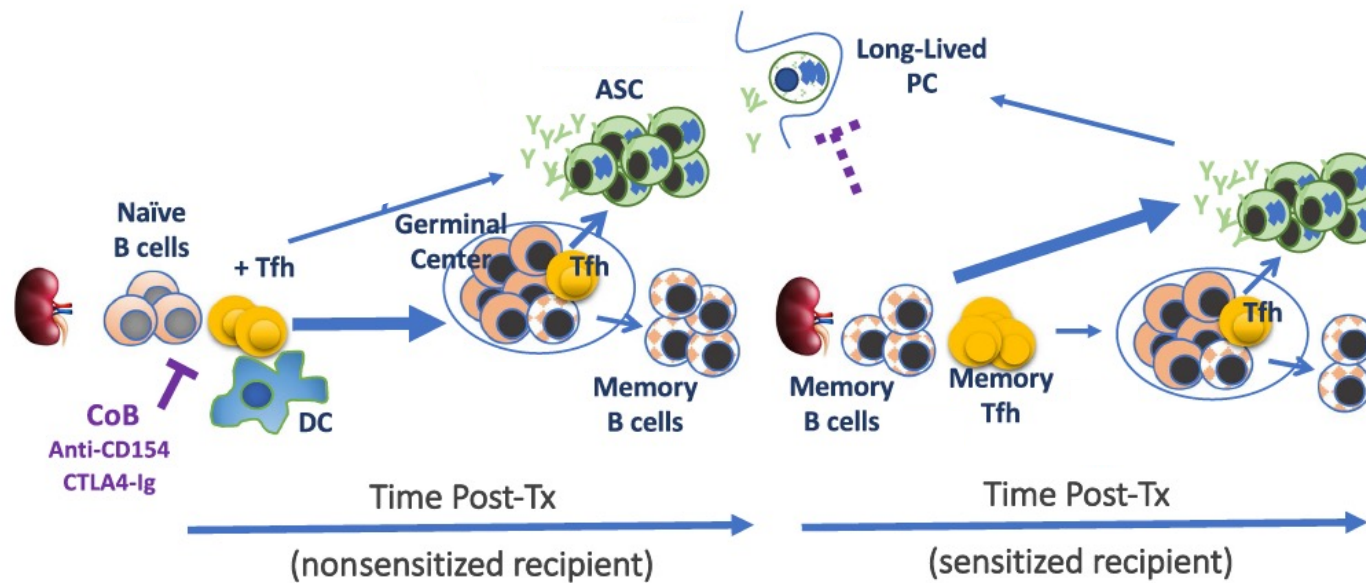


FIGURE 1 Elaboration of donor-specific B cell responses in nonsensitized and sensitized recipients. Thickness of arrowed lines represent relative differentiation fate. ASC, antibody secreting cell; COB, costimulation blockade; DC, dendritic cell; PC, plasma cell; Tfh, T follicular helper cell

Nel CG le cellule B vanno incontro a molteplici cicli di ipermutazione somatica e commutazione di classe con la generazione infine di plasmacellule e cellule B della memoria.

Presenza di anticorpi anti-donatore specifici per molecole HLA o altri antigeni

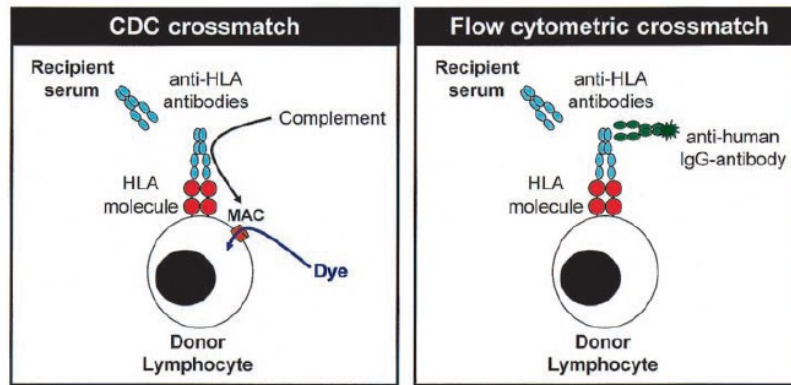


Figure 1

Cell-based methods for detecting HLA-DSA. The complement-dependent cytotoxicity crossmatch (CDC crossmatch) is performed by incubating T- and B-lymphocytes of the donor with serum from the recipient with subsequent addition of complement. If recipient antibodies bind to the donor cells, complement is activated, which creates "holes" in the cell membrane through the membrane-attack complex (MAC). A dye will then stain all cells with permeable membranes indicating antibody binding. The result (percentage of stained cells) is determined by eye using fluorescence microscopy. The flow cytometric crossmatch is performed by incubating T- and B-lymphocytes of the donor with serum from the recipient with subsequent addition of a fluorescent secondary antibody binding to human IgG-antibodies. The fluorescent intensity correlating with the amount of antibody binding to the cells is measured by a flow cytometer.

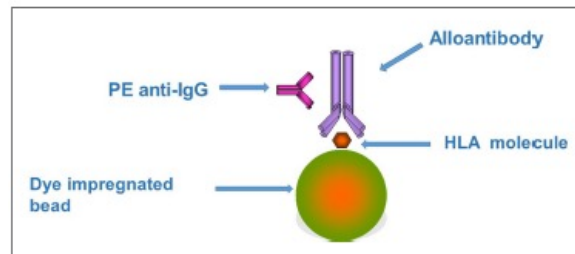


FIGURE 1 | The figure represents the principles underlying the Luminex bead assay. Each bead has one or more different types of human leukocyte antigen (HLA) molecules attached depending on the level of testing being performed. If the test serum contains an HLA antibody it will bind to the appropriate HLA molecule. This binding can be detected by the use of a second phycoerythrin (PE)-labeled anti-human IgG. Each bead gives a specific signal when excited by one of the lasers built into the Luminex instrument due to the unique intensity of fluorophore embedded in the bead. A second laser detects the fluorescent excitation produced by the PE on the second antibody. The combination of the two signals indicates first the presence (PE fluorescence) and second the specificity (bead fluorescence) of the HLA antibody in the test serum.

La presenza di anticorpi specifici per il donatore può essere evidenziata attraverso diversi saggi quali la complement dependent cytotoxicity (CDC cross match) o attraverso citofluorimetria.

Gli anticorpi anti donatore possono comparire in qualsiasi momento dopo il trapianto e generalmente sono conseguenti a insufficiente immunosoppressione o a ridotta aderenza alla terapia immunosoppressiva.

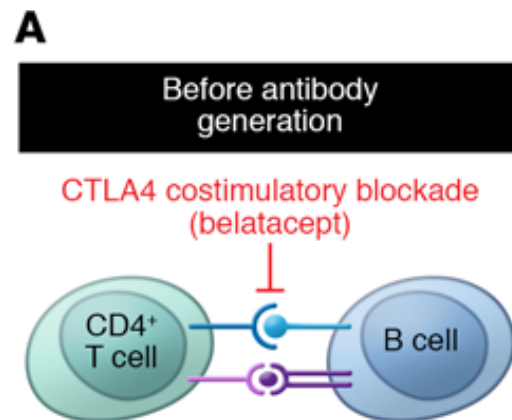
I donor specific antibodies sono specifici per molecole HLA o per altri antigeni quali il collagene nel trapianto di cuore o di polmone.

Saggi che utilizzano molecole HLA legate a supporti solidi hanno una maggiore sensibilità e specificità di rilevamento degli anticorpi anti-HLA.

Terapie del rigetto mediato da anticorpi

Il primo obiettivo dei trattamenti terapeutici del rigetto del trapianto mediato da anticorpi è o la rimozione degli anticorpi circolanti anti-HLA del donatore o la riduzione della loro produzione.

Le terapie attualmente adottate consistono nel trattare i pazienti con il belatacept (molecola di fusione CTLA4-Ig), nella plasmaferesi (procedura terapeutica che permette la separazione della componente liquida del sangue (il plasma) dalla componente cellulare e la rimozione di sostanze in esso presenti), l'infusione di Immunoglobuline e i glucocorticoidi.

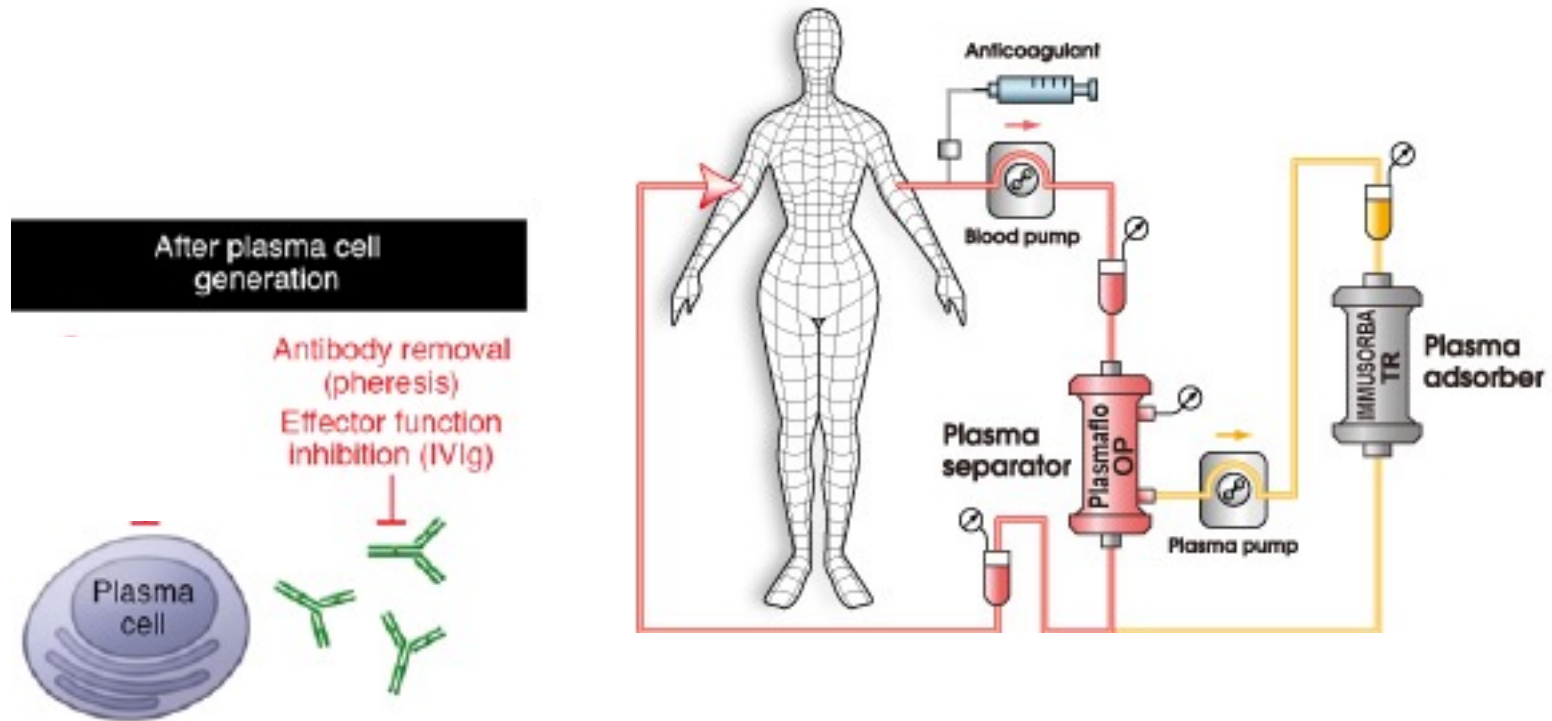


Il blocco della costimolazione riduce la produzione degli anticorpi contro il donatore.

Blocco della costimolazione T-B che previene la formazione di anticorpi.

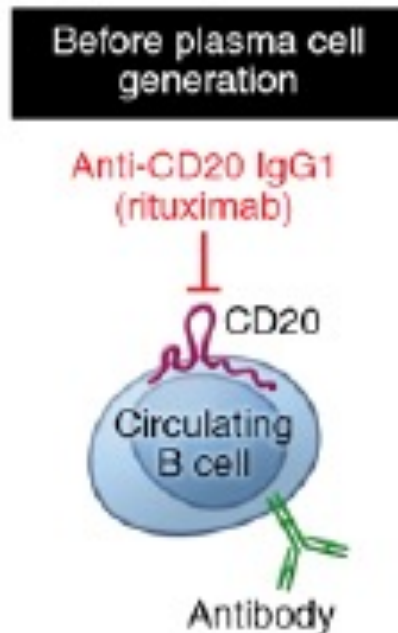
Terapie del rigetto mediato da anticorpi

Rimozione degli anticorpi dal plasma



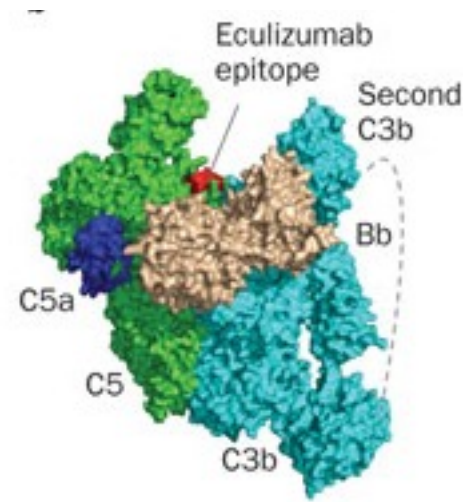
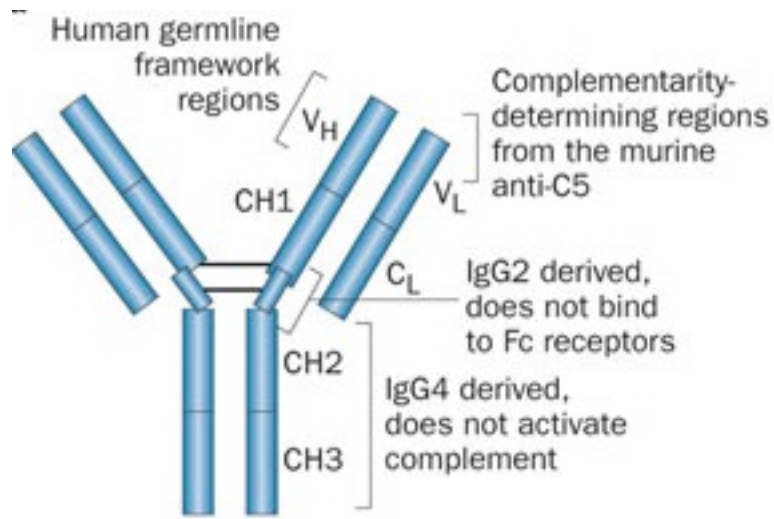
Gli studi hanno dimostrato che la rimozione degli anticorpi dal plasma e l'infusione di immunoglobuline sono efficaci a breve termine.

Terapie per la prevenzione della produzione di anticorpi specifici per gli alloantigeni del donatore



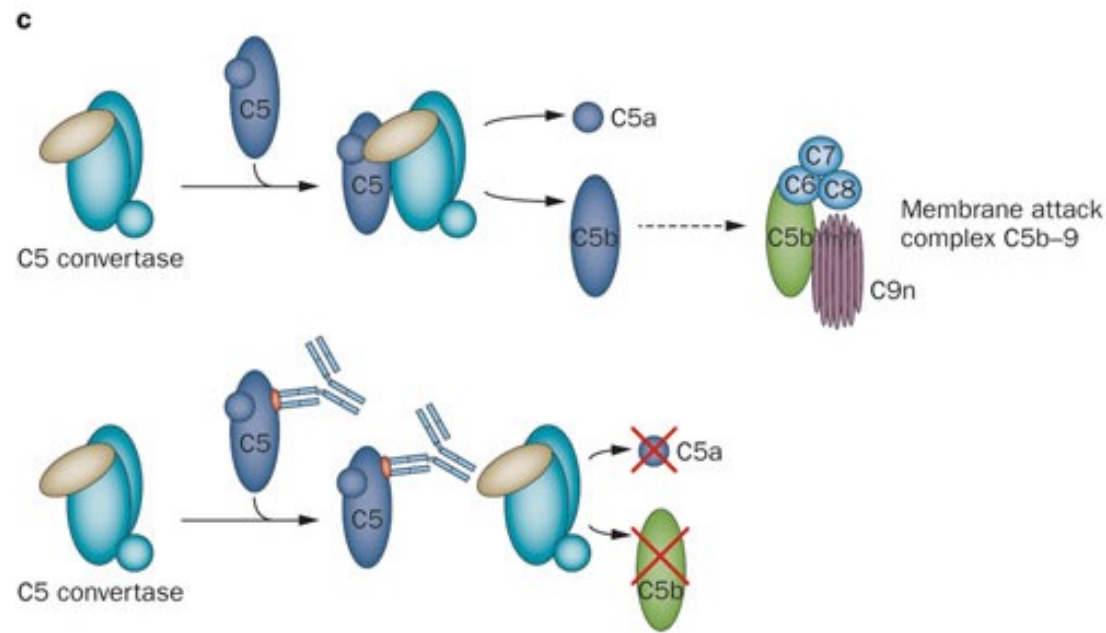
Il trattamento con un anticorpo anti-CD20 che è una glicoproteina di membrana espressa dai linfociti pre-B e B ma non dalle plasmacellule. Tale anticorpo elimina i linfociti B attraverso attivazione del complemento o antibody dependent cytotoxicity. Determina una forte riduzione dei linfociti B. Tale trattamento è risultato efficace nel desensibilizzare pazienti candidati al trapianto con elevati livelli di anticorpi anti-HLA diminuendo il tempo di attesa per il trapianto. Non agisce sulle plasmacellule. Tale trattamento non ha mostrato benefici nei pazienti con rigetto acuto del trapianto mediato da anticorpi.

Il trattamento dei pazienti trapiantati con eculizumab previene l'AMR



Eculizumab è un anticorpo umanizzato specifico per il C5 del complemento.

Questo anticorpo blocca il taglio del C5 e viene utilizzato nel trattamento del rigetto acuto del trapianto mediato da anticorpi.



Rigetto cronico mediato da anticorpi (CARM)

Dati recenti indicano che una parte dei rigetti cronici potrebbe essere mediata dagli anticorpi anti donatore (DSA, donor specific antibodies). Anticorpi anti-HLA sono comunemente presenti nei pazienti sottoposti a trapianto (21% trapianto di reni, 14-23% trapianto di cuore, fegato o polmone). L'analisi dopo 5 anni dal trapianto degli anticorpi anti donatore ha dimostrato che i DSA sono presenti nel 51% degli individui che mostravano rigetto e nel 2% dei pazienti stabili. In generale la presenza di anticorpi contro gli antigeni HLA del donatore precede il rigetto del trapianto nel 60% dei casi. Le caratteristiche del CARM nel trapianto di rene includono: duplicazione della membrana basale glomerulare (glomerulopatia), proliferazione dell'intima delle arterie e infiltrato di macrofagi.

Test clinici per ridurre il rischio di rigetto del trapianto

Tipizzazione di gruppo sanguigno: test eseguito in tutti i trapianti perché l'incompatibilità ABO rappresenta una barriera al successo del trapianto .

Tipizzazione HLA: la tipizzazione HLA si concentra sulle molecole HLA-A, -B, DR.
La tipizzazione è stata basata su test sierologici.
Tale tecnica è stata successivamente sostituita dalla PCR.

Screening per la presenza di anticorpi preformati: verifica della presenza di anticorpi reattivi con molecole HLA allogeniche.

Trapianto di midollo osseo

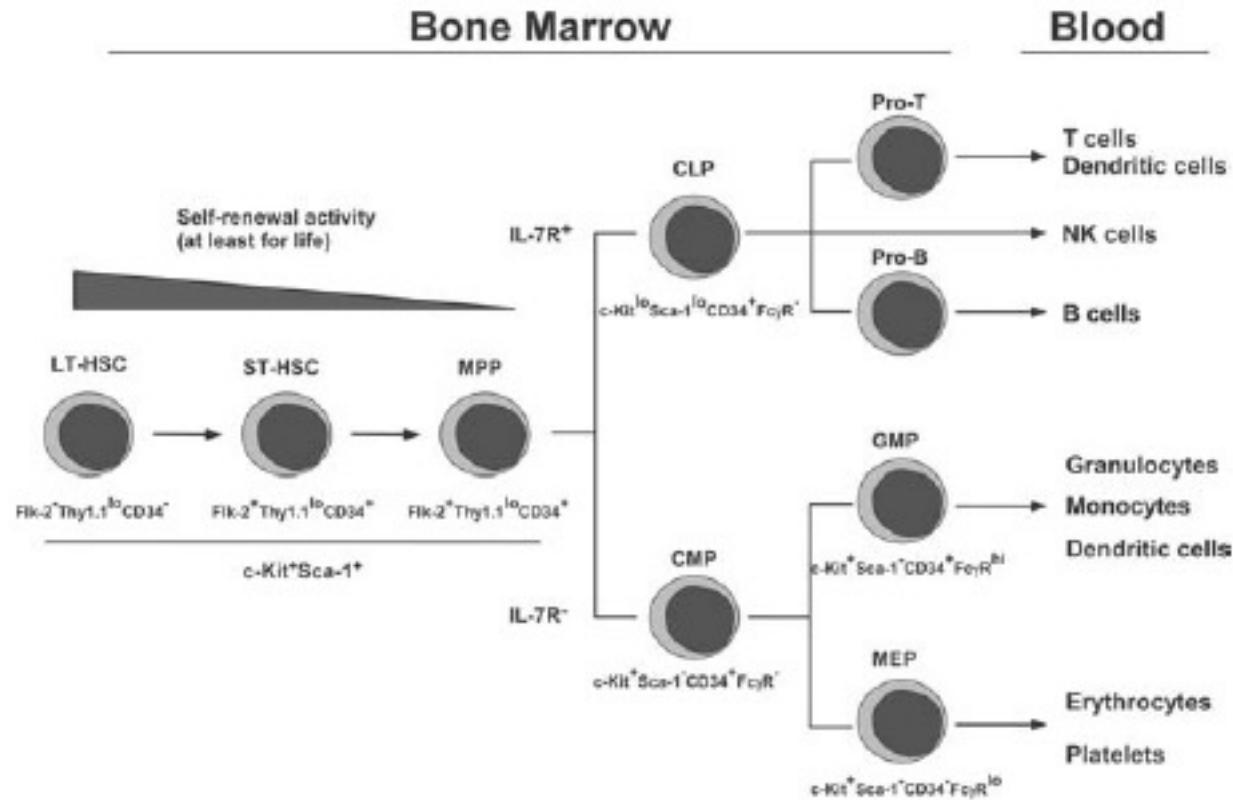
Dal 1980 il trapianto di midollo osseo è stato adottato nella terapia di diverse patologie ematologiche e non. Questo trapianto è usato in clinica per:

- trattare malattie genetiche in cui la funzionalità di cellule di derivazione ematopoietica è compromessa (immunodeficienze, β -talassemia)
- trattamento di leucemie mieloidi e linfoidi, linfomi di Hodgkin e non-Hodgkin. Nel trattamento dei tumori ematologici
- l'efficacia del trapianto allogenico nei tumori ematologici risiede nell'effetto citoriduttivo del condizionamento (chemioterapia, radioterapia) e nell'effetto graft versus tumor mediato dalle cellule immunocompetenti del donatore. Nel trattamento delle altre malattie il trapianto di midollo permette di rimpiazzare il midollo malato.

Trapianto di midollo osseo

Il trapianto di midollo osseo si effettua aspirando il midollo da un donatore e iniettandolo per via endovenosa nel ricevente (10^9 cellule per Kg). L'esito del trapianto di midollo è più sensibile alle differenze nelle molecole HLA rispetto al trapianto di organo solido. Il trapianto di midollo può essere autologo o allogenico. Le cellule staminali ematopoietiche sono responsabili della ricostituzione del sistema ematopoietico del ricevente. Prima che il trapianto possa essere effettuato il midollo del ricevente deve essere eliminato con un trattamento radiante o chemioterapico in modo da liberare le nicchie midollari e favorire l'attecchimento del trapianto.

Le cellule staminali ematopoietiche sono responsabili dello sviluppo, del mantenimento e della rigenerazione delle cellule del sangue



ST-HSC= si autorinnovano per 6-8 settimane.

MPP= si autorinnovano per meno di due settimane.

CMP e CLP=sono progenitori con nessuna capacità di autorinnovamento.

Le cellule staminali ematopoietiche sono in grado a livello di singola cellula di rinnovare nuove cellule staminali e di generare una progenie che differenzia nei diversi elementi del sangue.

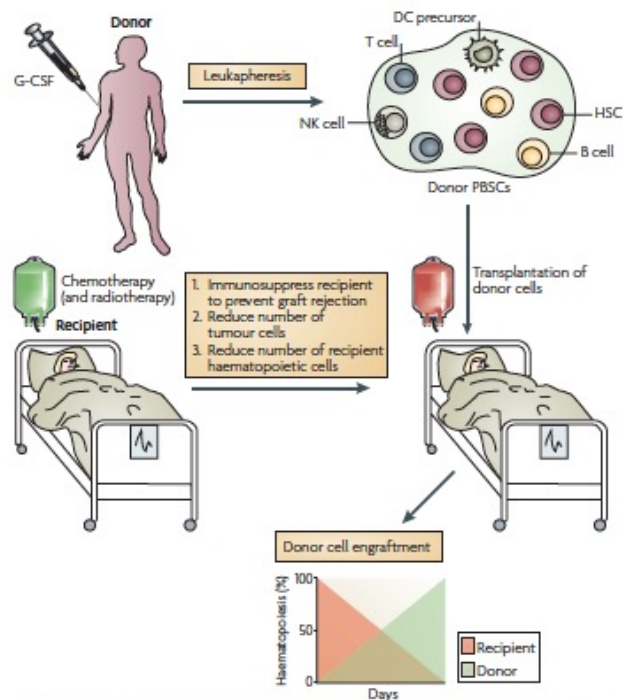


Figure 1 | **Allogeneic peripheral-blood stem-cell transplantation.** Donors receive granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) to mobilize haematopoietic stem cells (HSCs), which are collected by leukapheresis. Patients (recipients) receive chemotherapy (and radiotherapy), which is designed to prevent immunological graft rejection, reduce the number of tumour cells (when the allogeneic stem-cell transplantation (SCT) is used to treat cancer) and to create niches for HSC engraftment. The leukapheresis product (peripheral-blood stem cells (PBSCs)) is then infused intravenously into the recipient. Engraftment of donor neutrophils and platelets typically occurs between 10 and 20 days post-transplantation, but engraftment of other cell lineages, such as T cells, B cells, macrophages, dendritic cells (DCs), Langerhans cells and erythroid cells, may take longer. When conditioning regimens are of lower intensity (for example low-dose irradiation), patients can remain as mixed donor–recipient chimaeras for months, and donor leukocyte infusions may be required to convert this mixed chimerism to a full donor chimerism. NK, natural killer.

Inizialmente le cellule staminali ematopoietiche erano trasferite a partire dal midollo osseo, successivamente tali cellule sono state ottenute a partire da:

Sangue periferico di donatori dopo trattamento con fattori stimolanti le colonie (G-CSF)

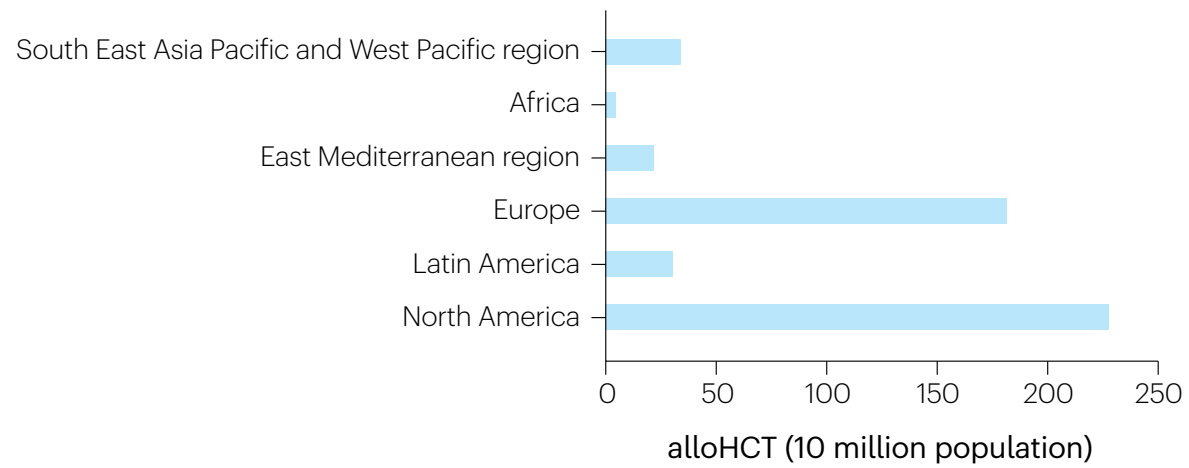
Cellule di cordone ombelicale

Il trapianto di midollo è spesso associato a:

Rigetto del trapianto contro l'ospite (graft versus host disease)

immunodeficienza

Incidenza di trapianti allogenici nel mondo



Graft versus host disease

La GVHD è causata dalla reazione dei linfociti T allogenici (appartenenti ad un altro individuo) presenti nell'inoculo midollare contro gli antigeni dell'ospite.

Clinicamente si può presentare in forma acuta o cronica.

La GVHD acuta è caratterizzata da morte delle cellule epiteliali della pelle, del tratto gastrointestinale, del fegato. Inizialmente era stata classificata in base al periodo di insorgenza (prima di 100 giorni dal trapianto). Può essere classificata in 4 stadi in base alla gravità.

Panel 2: Chronic GVHD symptoms

Skin

Dyspigmentation, new-onset alopecia, poikiloderma, lichen planus-like eruptions, or sclerotic features

Nails

Nail dystrophy or loss

Mouth

Xerostomia, ulcers, lichen-type features, restrictions of mouth opening from sclerosis

Eyes

Dry eyes, sicca syndrome, cicatricial conjunctivitis

Muscles, fascia, joints

Fasciitis, myositis, or joint stiffness from contractures

Female genitalia

Vaginal sclerosis, ulcerations

Gastrointestinal tract

Anorexia, weight loss, oesophageal web or strictures

Liver

Jaundice, transaminitis

Lungs

Restrictive or obstructive defects on pulmonary function tests, bronchiolitis obliterans, pleural effusions

Kidneys

Nephrotic syndrome (rare)

Heart

Pericarditis

Marrow

Thrombocytopenia, anaemia, neutropenia

Panel 1: Acute GVHD symptoms

Skin

- Maculopapular skin rash

Upper gastrointestinal tract

- Nausea, anorexia, or both, and positive histological findings

Lower gastrointestinal tract

- Watery diarrhoea (≥ 500 mL)
- Severe abdominal pain
- Bloody diarrhoea or ileus (after exclusion of infectious causes)

Liver

- Cholestatic hyperbilirubinaemia

La GVDH cronica può insorgere dopo una GVHD acuta o *de novo* è caratterizzata da fibrosi e atrofia di diversi organi e nella forma più grave porta all'insufficienza funzionale dell'organo e può essere fatale.

Patofisiologia della reazione del trapianto contro l'ospite

50 anni fa Billingham definisce il GVHD come una sindrome in cui le cellule immunocompetenti del donatore riconoscono e attaccano i tessuti del ricevente e formula le tre condizioni necessarie affinché la GVHD possa insorgere:

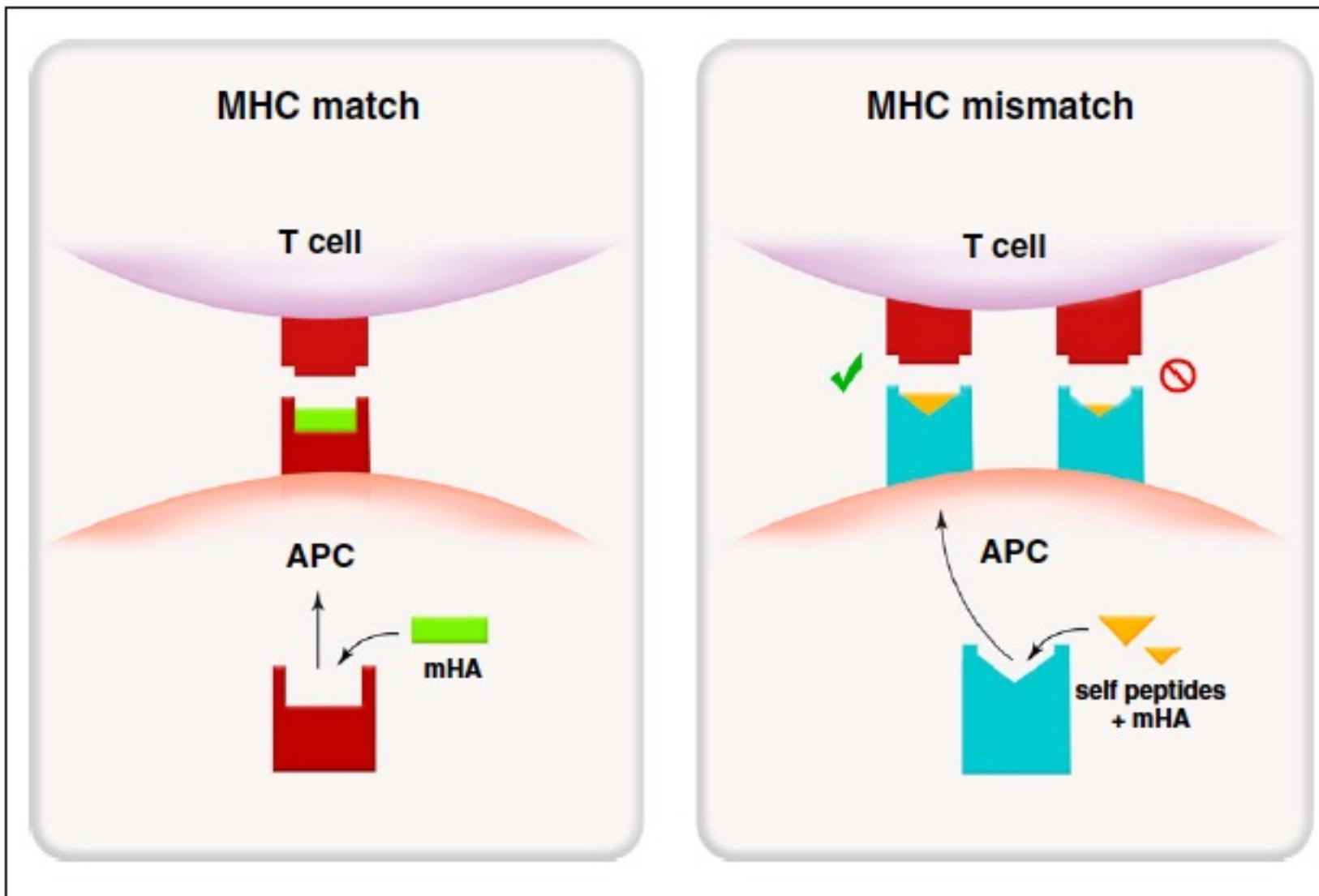
1. Il trapianto doveva contenere cellule immunologicamente competenti
2. Il ricevente doveva esprimere antigeni tissutali diversi da quelli del donatore
3. Il ricevente non doveva essere in grado di montare una effettiva risposta immune contro il donatore

Oggi sappiamo che le cellule immunologicamente competenti sono i linfociti T e che la GVHD può insorgere quando tessuti che contengono cellule T sono trasferiti in un individuo che non è in grado di eliminare tali cellule.

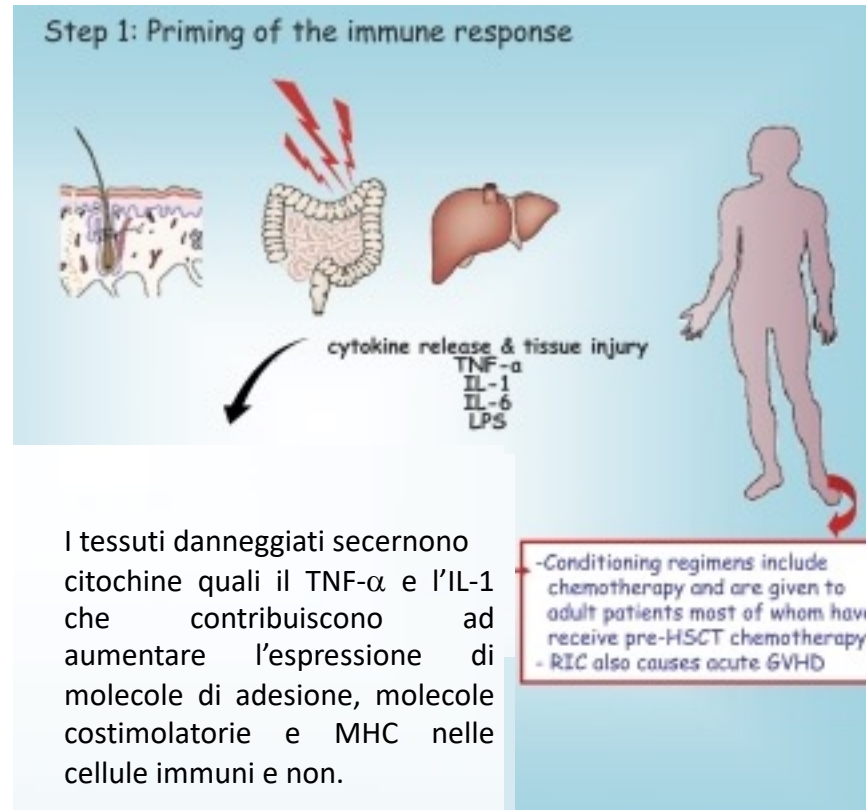
Cause dell'insorgenza di GVHD

- ❖ La GVHD insorge quando le cellule T del donatore riconoscono antigeni sulle cellule del ricevente.
- ❖ Gli antigeni maggiormente responsabili della GVHD sono gli antigeni HLA.
- ❖ Idealmente il ricevente e il donatore dovrebbero avere in comune gli stessi alleli delle molecole HLA di classe I (A,B,C) e di classe II (DR).
- ❖ L'incidenza di reazioni GVHD è direttamente correlata al grado di mismatch fra le molecole HLA espresse dal donatore e dal ricevente
- ❖ Malgrado l'identità nelle molecole HLA il 40% dei pazienti sviluppa GVHD

Riconoscimento degli alloantigeni nel trapianto di midollo matched o non-matched



Regime di condizionamento e l'inflammation associata



Prima dell'HSCT i riceventi il trapianto sono sottoposti a regimi di condizionamento che sono mielosoppressivi (deplezione delle cellule staminali del ricevente) e immunosoppressivi (limitare il rigetto del trapianto da parte del ricevente). L'intensità di tali trattamenti è importante per determinare i tempi di insorgenza e le caratteristiche del GVHD. Il danno indotto da tali trattamenti induce il rilascio di citochine infiammatorie che attivano le cellule immuni e non dell'ospite.

Patofisiologia della reazione del trapianto contro l'ospite

Questa malattia deriva da una esagerata risposta infiammatoria mediata dai linfociti T del donatore che dopo essere stati infusi nel ricevente reagiscono in modo appropriato agli antigeni estranei.

I tessuti del ricevente che stimolano i linfociti del donatore sono stati danneggiati dal regime di condizionamento pretrapianto.

Sulla base dei modelli sperimentali è stato possibile identificare **tre fasi nello sviluppo della GVHD**:

1. Fase di inizio: il regime di condizionamento danneggia i tessuti del paziente con conseguente attivazione delle cellule presentanti l'antigene del ricevente.

2. Attivazione delle cellule T alloreattive del donatore

3. Fase effettrice: distruzione dei tessuti del ricevente

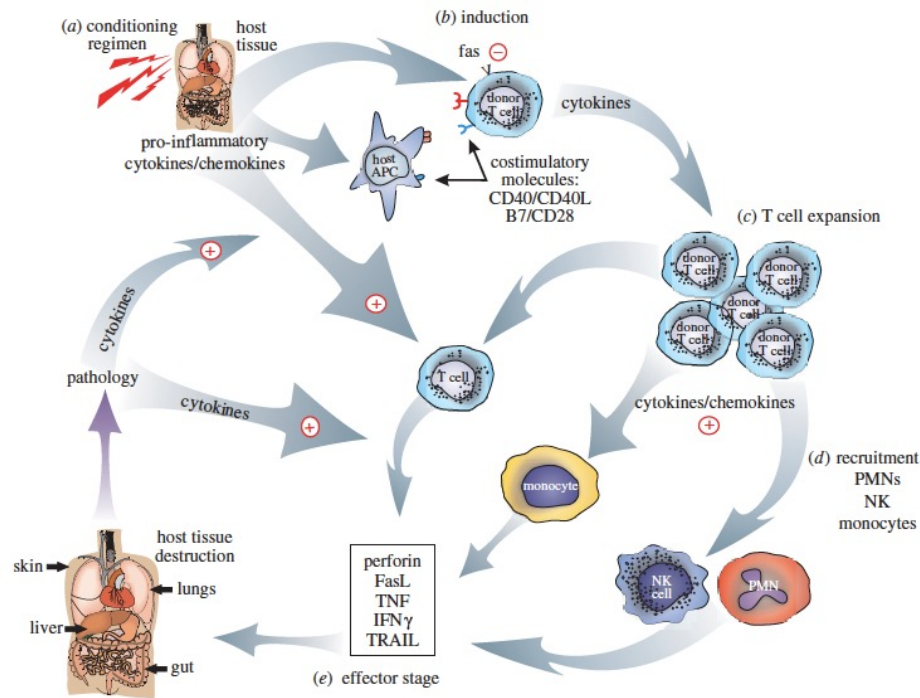


Figure 1. Overview of GVHD pathophysiology.

Regime di condizionamento e l'infiammazione associata

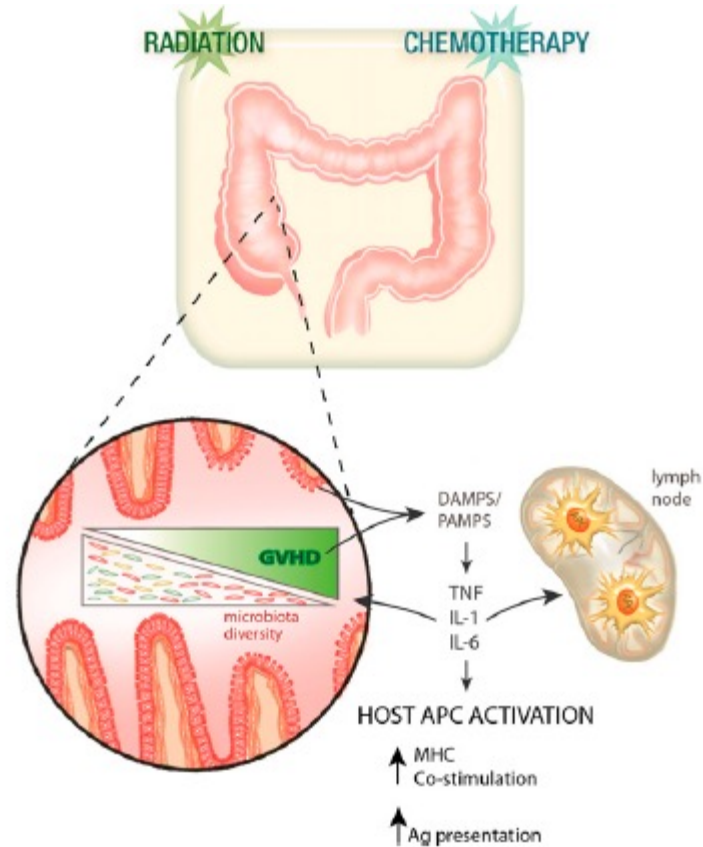
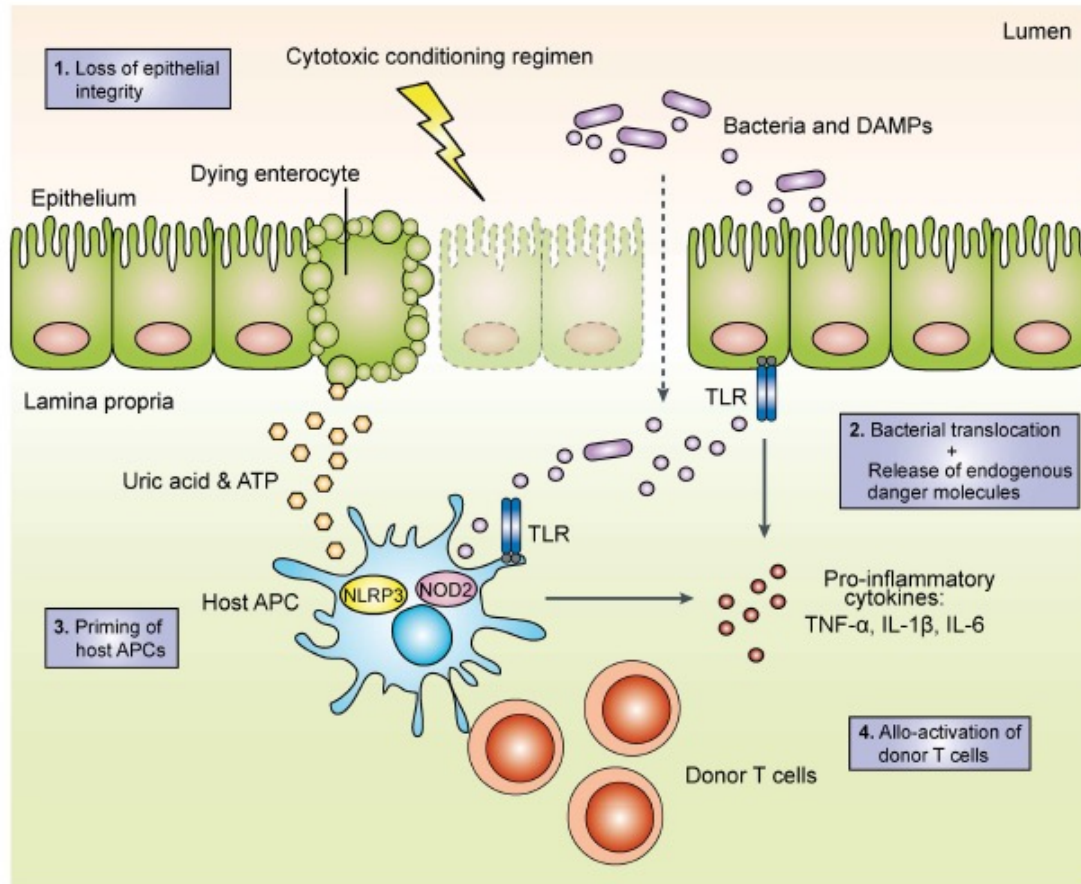


Figure 1. GVHD pathophysiology phase 1: transplant conditioning and inflammation. Following conditioning (radiation and/or chemotherapy), the integrity of the GI mucosa becomes compromised allowing the release of DAMPs and PAMPs, which in turn promote the production of proinflammatory cytokines from recipient cells. These cytokines contribute to host APC (hematopoietic and nonhematopoietic) activation in the gut and lymphoid tissue. GVHD impacts on the gut microbiota, reducing its diversity with a loss of enteric commensal organisms and an outgrowth of pathogenic microbes that further exacerbates the pathological DAMP/PAMP cascade.

Molti gruppi hanno dimostrato che l'intensità e il tipo di condizionamento determinano danni dei tessuti dell'ospite per esempio viene alterata l'integrità della mucosa gastrointestinale e facilitato il passaggio di DAMPs/PAMPs nei tessuti del ricevente. I DAMPs e PAMPs attivano i macrofagi, le cellule epiteliali e le cellule dendritiche del ricevente con conseguente produzione di citochine pro-infiammatorie e attivazione delle DC.

La perdita dell'integrità dell'epitelio nell'inizio del GVHD

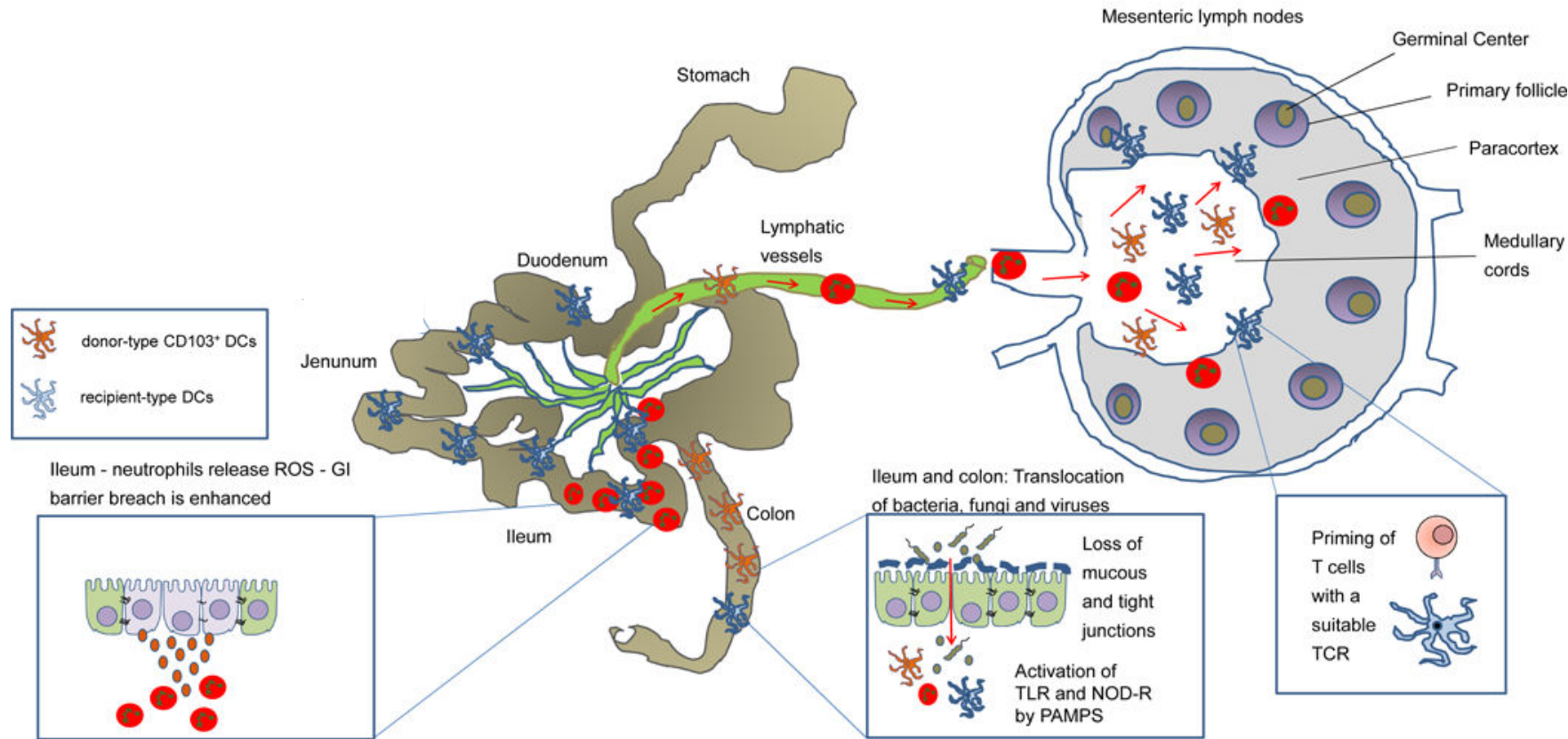


La distruzione degli epitelii intestinali altera la permeabilità della barriera epiteliale e causa il rilascio di molecole di danno (DAMPs). La stimolazione dei TLR sulle cellule dell'immunità innata causa il rilascio di citochine infiammatorie e l'attivazione delle cellule dendritiche del ricevente che migrano nei linfonodi dove attivano i linfociti T del donatore.

FIGURE 1 | Schematic overview of the initiation phase of acute graft-versus-host disease. During the toxic conditioning regimen with total-body irradiation and/or chemotherapy, the destruction of intestinal epithelial cells leads to the loss of the epithelial barrier function. The subsequent translocation of luminal bacteria as well as the release of endogenous danger molecules such as adenosine triphosphate (ATP) and uric acid result in the

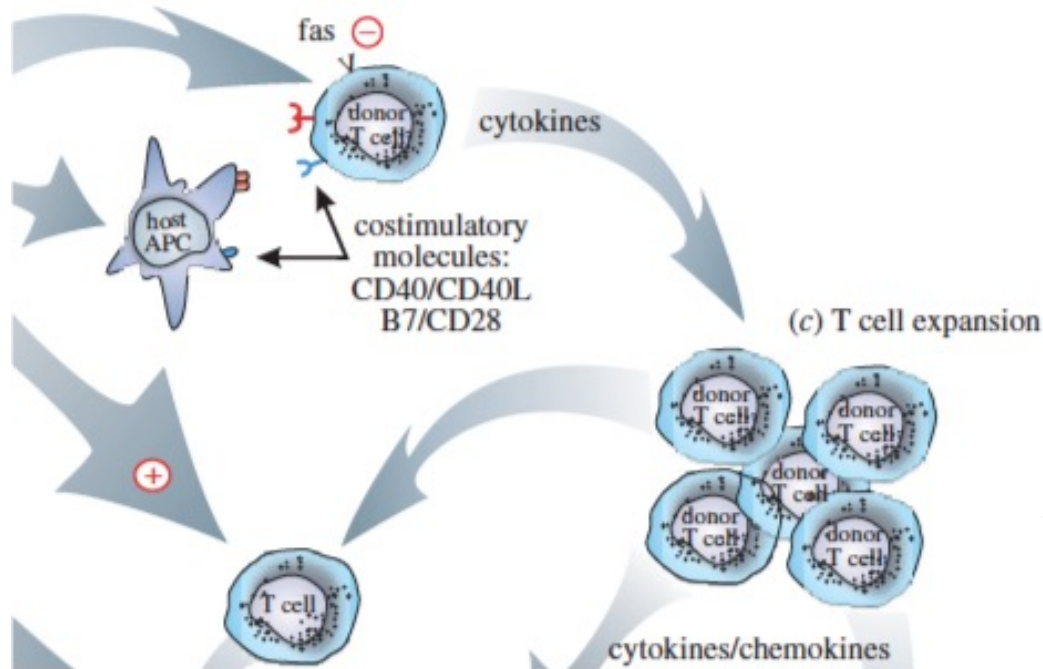
production of pro-inflammatory cytokines. Activated host and/or donor antigen-presenting cells then prime allo-reactive donor T cells, which perpetuate acute GVHD. TLR, toll-like receptor; APC, antigen-presenting cell; DAMP, danger-associated molecular pattern; TNF, tumor necrosis factor; IL, interleukin; NOD2, nucleotide-binding oligomerization domain; NLRP3, NACHT, LRR, and PYD domains-containing protein 3.

Fase di inizio e fase di attivazione del GVHD acuto



PAMPs derivati dai microrganismi che invadono la barriera intestinale attivano le cellule dell'immunità innata incluse le cellule dendritiche che migrano dall'intestino danneggiato ai linfonodi dove attiveranno i linfociti T alloreattivi del donatore.

Fase 2 attivazione e differenziamento dei linfociti T alloreattivi del donatore



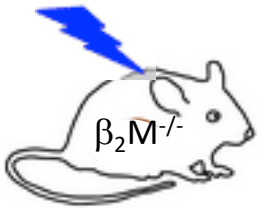
Il priming e l'attivazione dei linfociti T alloreattivi del donatore caratterizzano la fase 2 del GVHD.

Studi nel modello murino suggeriscono che i linfociti T CD8+ del donatore sono attivati al livello dei linfonodi dalle cellule presentanti l'antigene del ricevente. Diversamente i linfociti T CD4+ possono anche essere attivati dalle cellule del ricevente di origine non ematopoietica nel tratto gastrointestinale in grado di presentare l'antigene. Queste cellule includono le cellule epiteliali ed endoteliali.

Ruolo delle APC dell'ospite o del donatore per l'inizio e il mantenimento del GVHD



Topo C6 (H-2b)
irradiato e
ricostituito con
midollo osseo di
topo C6 $\beta_2M^{-/-}$



Irradiato e
ricostituito con
midollo osseo
di topo C3H.SW
(H-2b) e
linfociti T CD8+

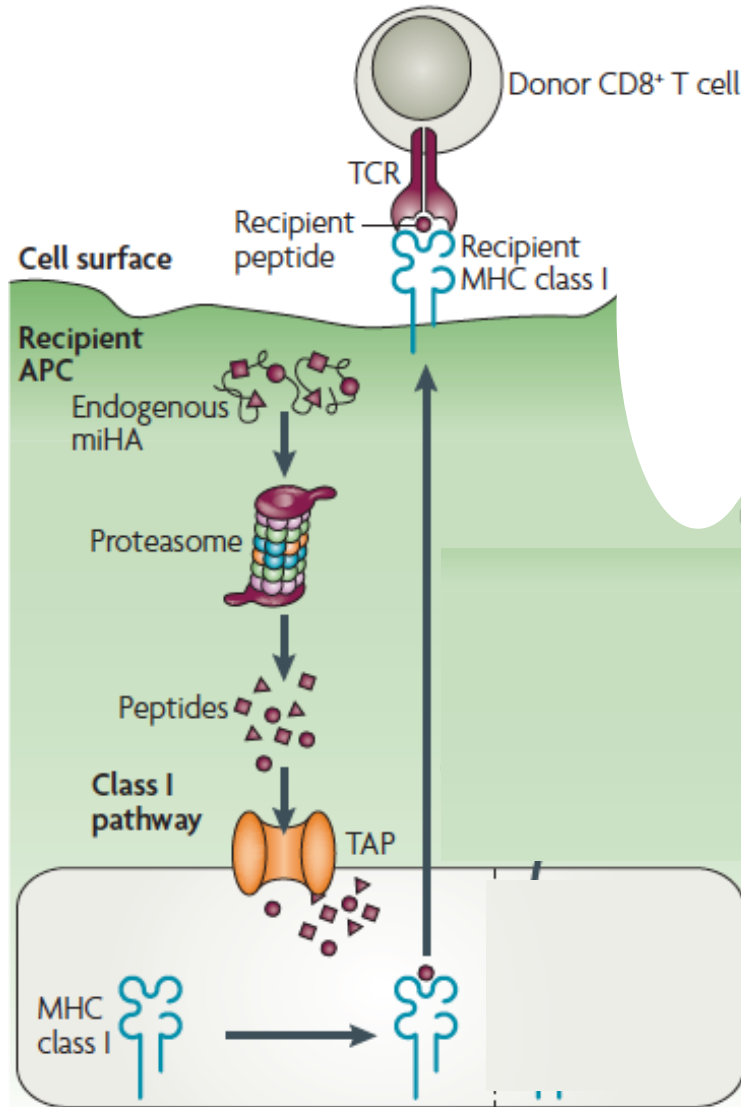


Non sviluppano o sviluppano
una forma lieve di GVHD

Per verificare quali APC (donatore o ricevente) fossero responsabili dell'attivazione delle cellule T alloreattive in grado di mediare il graft versus host disease sono stati generati topi le cui APC non esprimevano le molecole MHC di classe I. Per questo sono stati generati topi chimerici mediante trapianto di midollo da topi β_2 microglobulina deficienti ($\beta_2M^{-/-}$). I topi ottenuti sono stati trapiantati con midollo osseo di un topo normale con lo stesso MHC del ricevente. Modello MHC identico e diverso per gli antigeni minori di istocompatibilità.

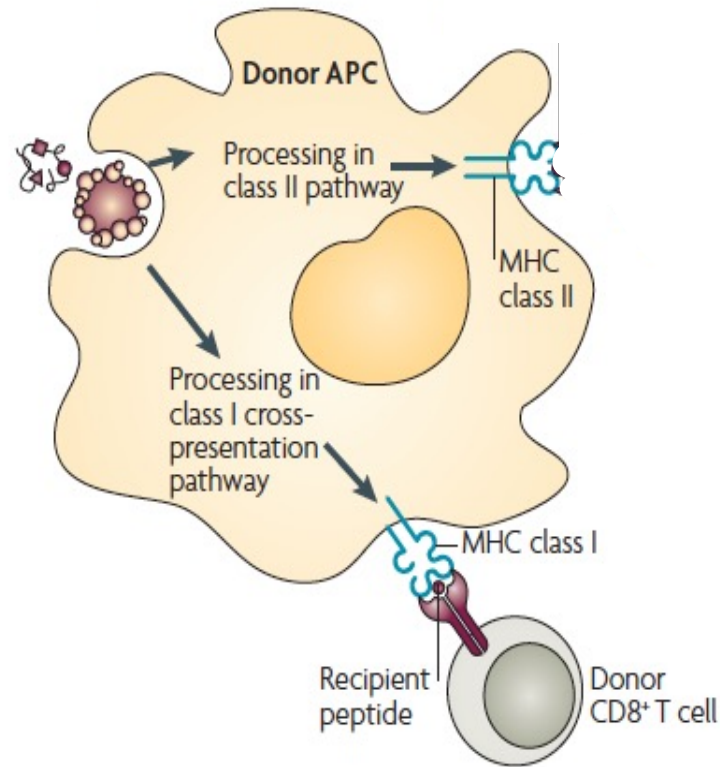
Priming dei linfociti T CD8+ nel GVHD

a Initiation phase of GVHD



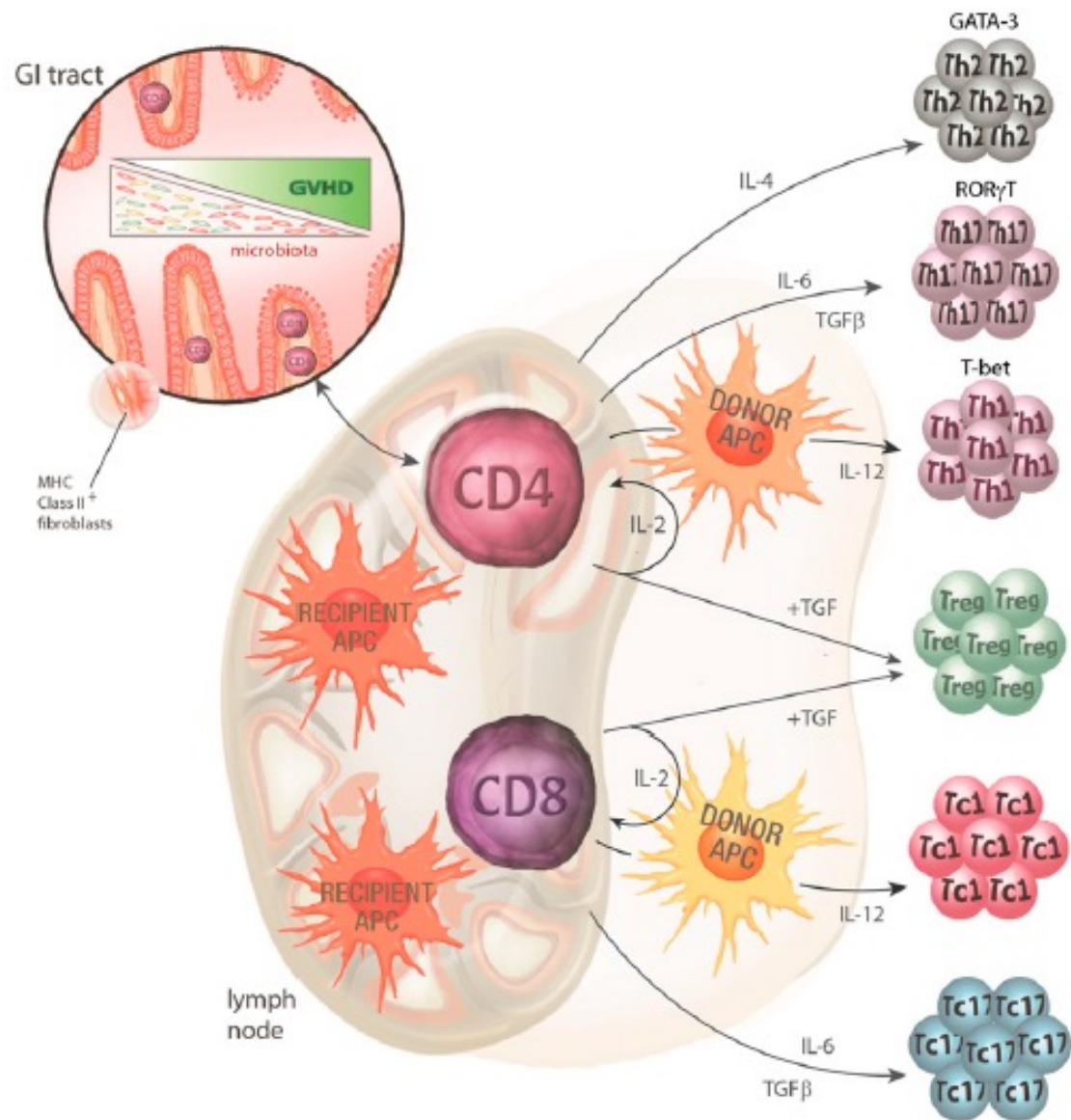
Nel modello murino di trapianto di midollo allogenico identico per le molecole MHC di classe I è stato dimostrato che il trasferimento di midollo e di linfociti T citotossici specifici per l'MHC di classe I e peptidi mHA non induce GVHD se le cellule dendritiche del ricevente non esprimono molecole MHC di classe I → Il GVHD mediato dalle cellule T CD8⁺ richiede la presenza delle APC di origine ematopoietica del ricevente.

Cellule presentanti l'antigene nel GVHD



Il trapianto di midollo da topi MHC classe I deficienti causa un GVHD meno grave di quello che si manifesta trapiantando midollo che esprime MHC classe I. Le APC del donatore aggravano il GVHD attraverso la cross-presentazione dell'antigene.

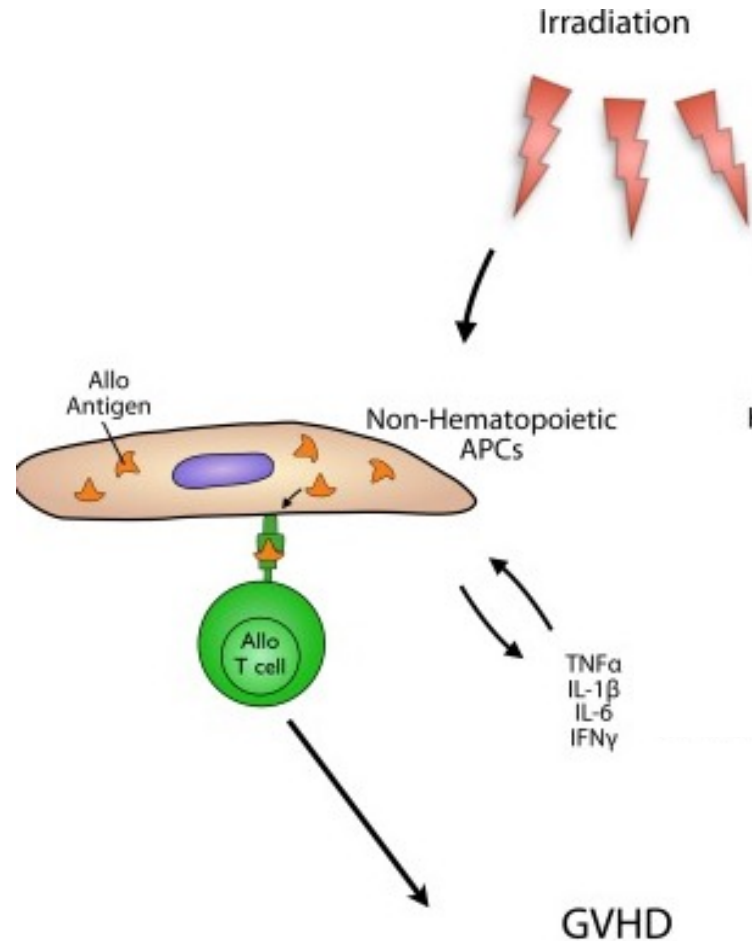
Priming dei linfociti T CD4+ nel GVHD



Inizialmente era stato proposto che similmente a quanto osservato per le risposte T CD8+ le DC del ricevente fossero essenziali nell'induzione del GVHD mediata dai linfociti T CD4+.

Studi successivi hanno dimostrato che la deplezione delle cellule dendritiche (DC), dei macrofagi e delle cellule B del ricevente non impedivano lo sviluppo del GVHD mediato dai linfociti T CD4+. Nel caso delle risposte T CD4+ alloreattive, queste cellule sono reclutate nei tessuti infiammati e nei tessuti quali l'intestino possono essere attivate dalle cellule del ricevente di origine non ematopoietica.

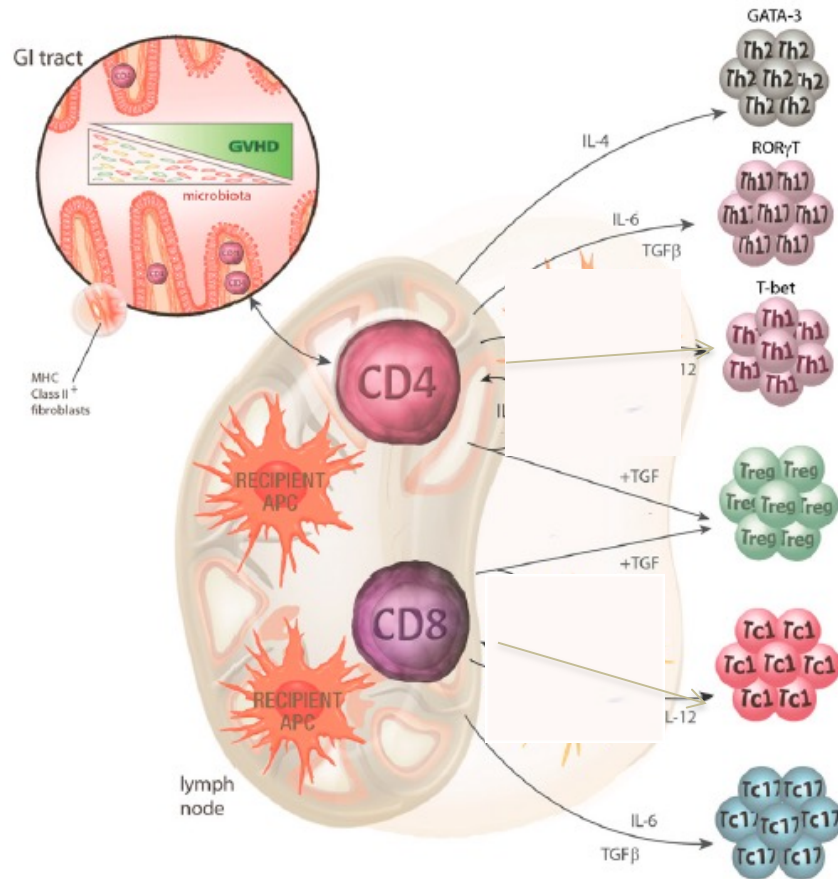
Il regime di condizionamento induce le cellule del tessuto che non hanno origine dal midollo osseo a acquisire la funzione di cellule presentanti l'antigene



Le cellule del ricevente di origine non ematopoietica una volta attivate dal regime di condizionamento (danno tissutale, azione delle citochine pro-infiammatorie) agiscono da cellule presentanti l'antigene e sono molto efficienti nel dare inizio alla GVHD.

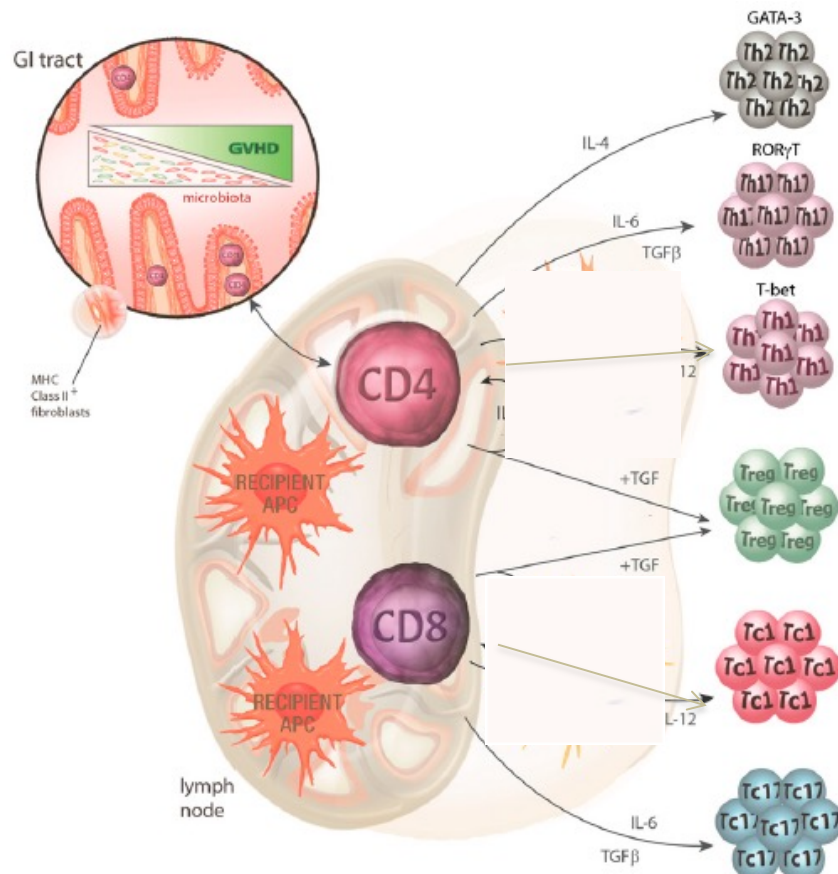
Il condizionamento induce l'espressione delle molecole costimolatorie e delle molecole MHC di classe II nelle cellule di origine non ematopoietica es: nelle cellule epiteliali intestinali l'IFN- γ induce l'espressione di MHC di classe II.

Cellule presentanti l'antigene nel GVHD



I linfociti T alloreattivi nei linfonodi differenziano in Th1 e nell'intestino proliferano grazie all'interazione con i fibroblasti e le cellule epiteliali che acquisiscono l'espressione delle molecole MHC di classe II. Il GVHD mediato dai linfociti T CD4+ necessita della presentazione dell'antigene da parte di cellule presentanti l'antigene del ricevente di origine non ematopoietica.

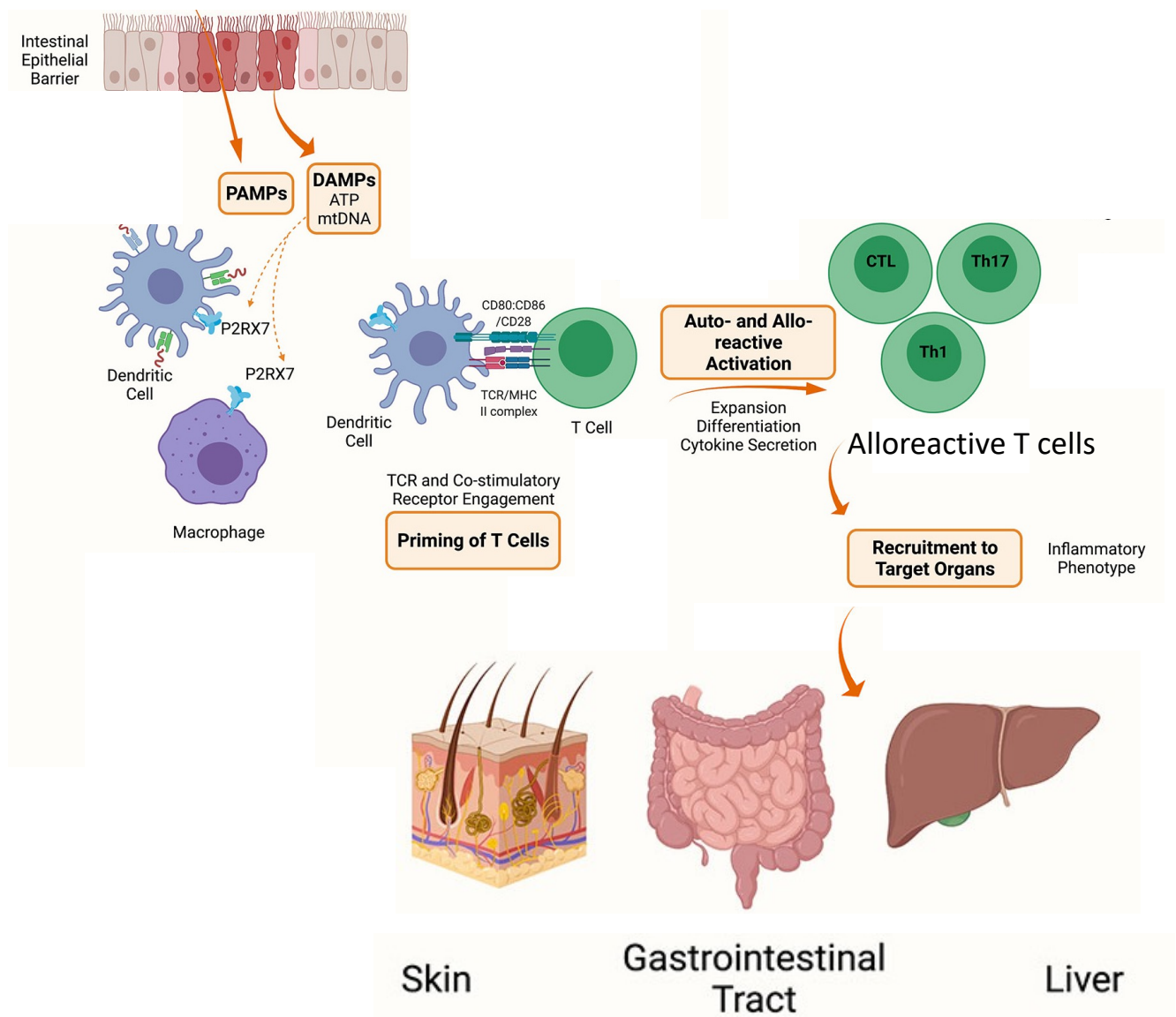
Fase 2 Espansione e proliferazione delle cellule T del donatore



L'attivazione e il differenziamento delle cellule T naive del donatore mediano la reazione di GVHD acuta.

Acute GVHD che interessa il tratto gastrointestinale è mediata dai linfociti T CD8+, Th1 e dalle classiche citochine prodotte da queste cellule (IFN γ e TNF- α).

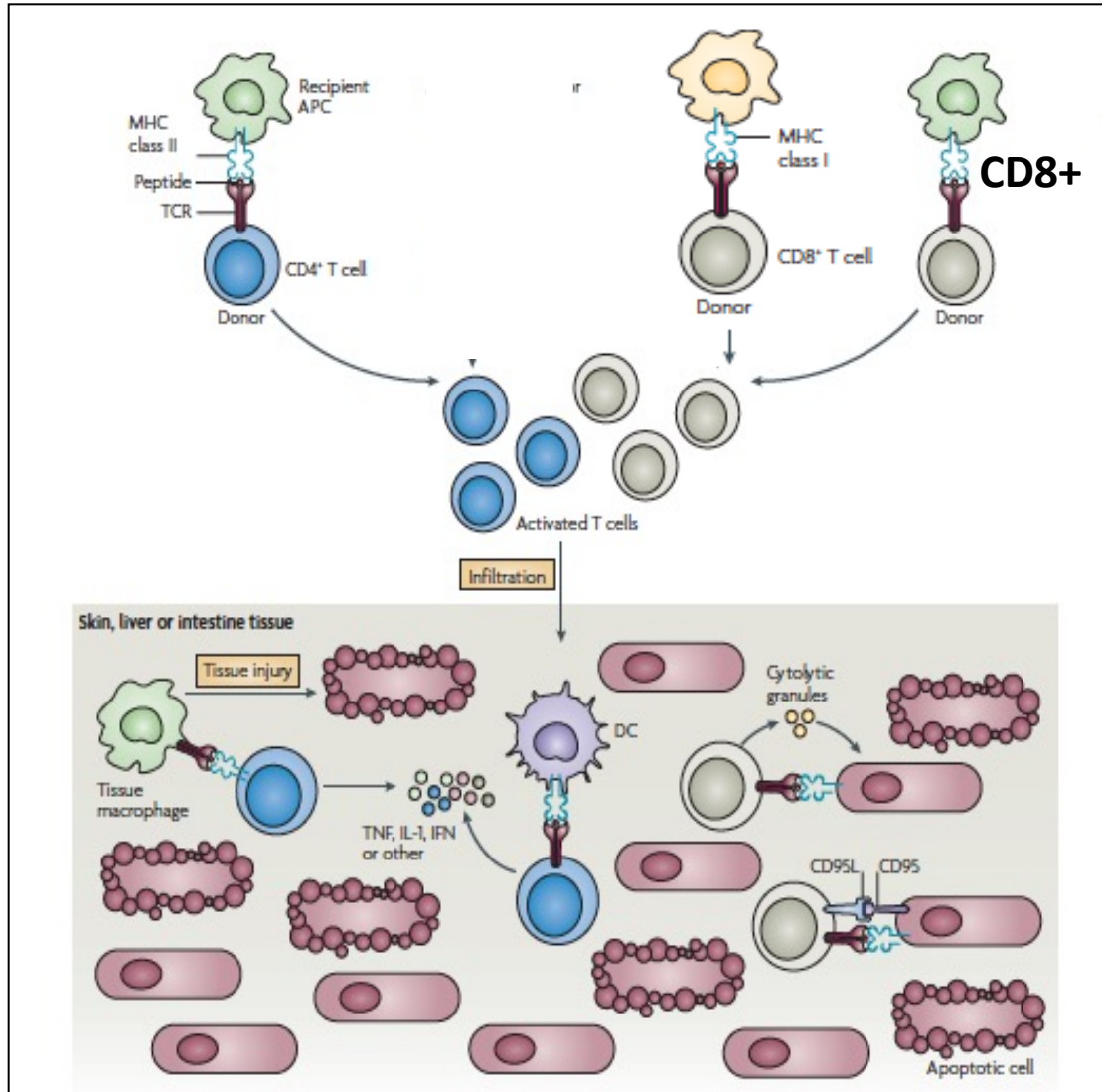
Fase 3: Fase effettrice



La risposta immune effettrice nell' aGVHD è caratterizzata dall'azione citolitica dei linfociti T CD8+ e delle citochine infiammatorie. Il danno tissutale mediato dai linfociti T CD8+ richiede il riconoscimento delle molecole MHC+peptide espresse dal tessuto. L'eliminazione delle cellule dei tessuti è mediata dal rilascio di perforine e granzimi o del TNF- α o dall'interazione Fas-FasL da parte dei linfociti T CD8+ che devono riconoscere le molecole MHC del tessuto.

Le citochine prodotte dai linfociti T CD4+ (TNF- α e IL-1) possono indurre la morte delle cellule bersaglio indipendentemente dal contatto del TCR con l'MHC.

Meccanismi di danno mediati dai linfociti T CD8+ e T CD4+

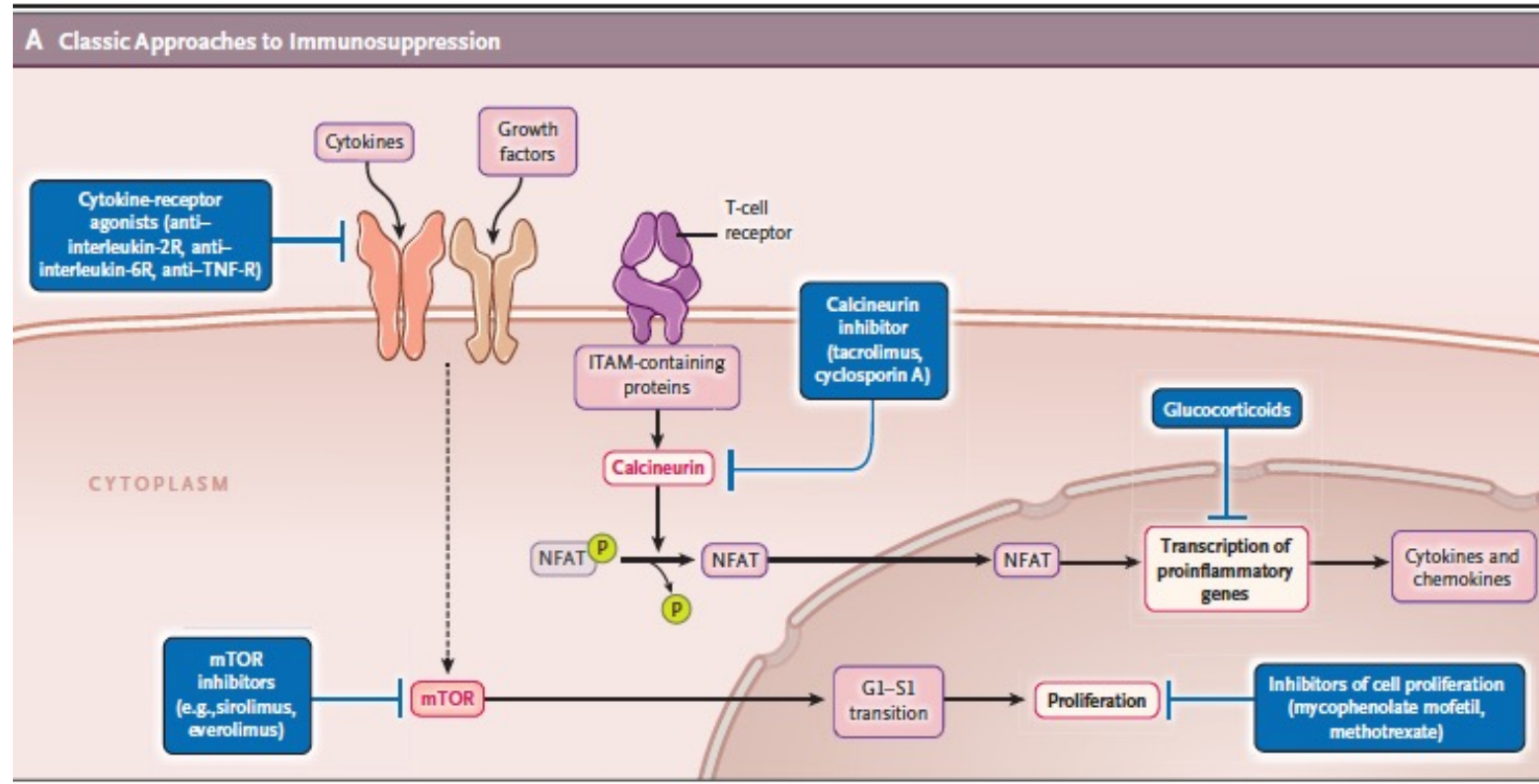


L'eliminazione delle cellule dei tessuti è mediata dal rilascio di perforine e granzimi o del TNF- α o dall'interazione Fas-FasL da parte dei linfociti T CD8+ che devono riconoscere le molecole MHC del tessuto.

I linfociti T CD4+ mediano il danno tissutale attraverso la produzione di TNF- α e IL-1.

La morte per apoptosi colpisce in particolare le cellule staminali dei tessuti bersaglio del GVHD come lo strato basale dell'epidermide e le cellule staminali dell'intestino con le cellule del Paneth.

Approcci immunosoppressivi nella prevenzione e trattamento del GVHD acuto



Prevenzione del GVHD

Tra il 1980 e il 1990 numerosi studi clinici hanno valutato la deplezione delle cellule T nella profilassi della GVHD attraverso:

- 1) Deplezione di cellule T dal midollo
- 2) Selezione delle cellule CD34+
- 3) Trattamento con anticorpi anti cellule T in vivo

Trapianto di cellule staminali

vantaggi: elimina l'insorgenza di reazioni GVHD

svantaggi: fallimento nell'attecchimento del trapianto
perdita dell'effetto graft versus tumor
ritardo nella ricostituzione del sistema immune