

GIORNATE EMATOLOGICHE VICENTINE

X edizione

12-13 Ottobre 2023
Palazzo Bonin Longare - Vicenza

La malattia di Castleman

Fabrizio Vianello

UOC Ematologia - DIMED - Università di Padova



MALATTIA DI CASTLEMAN

DEFINIZIONE

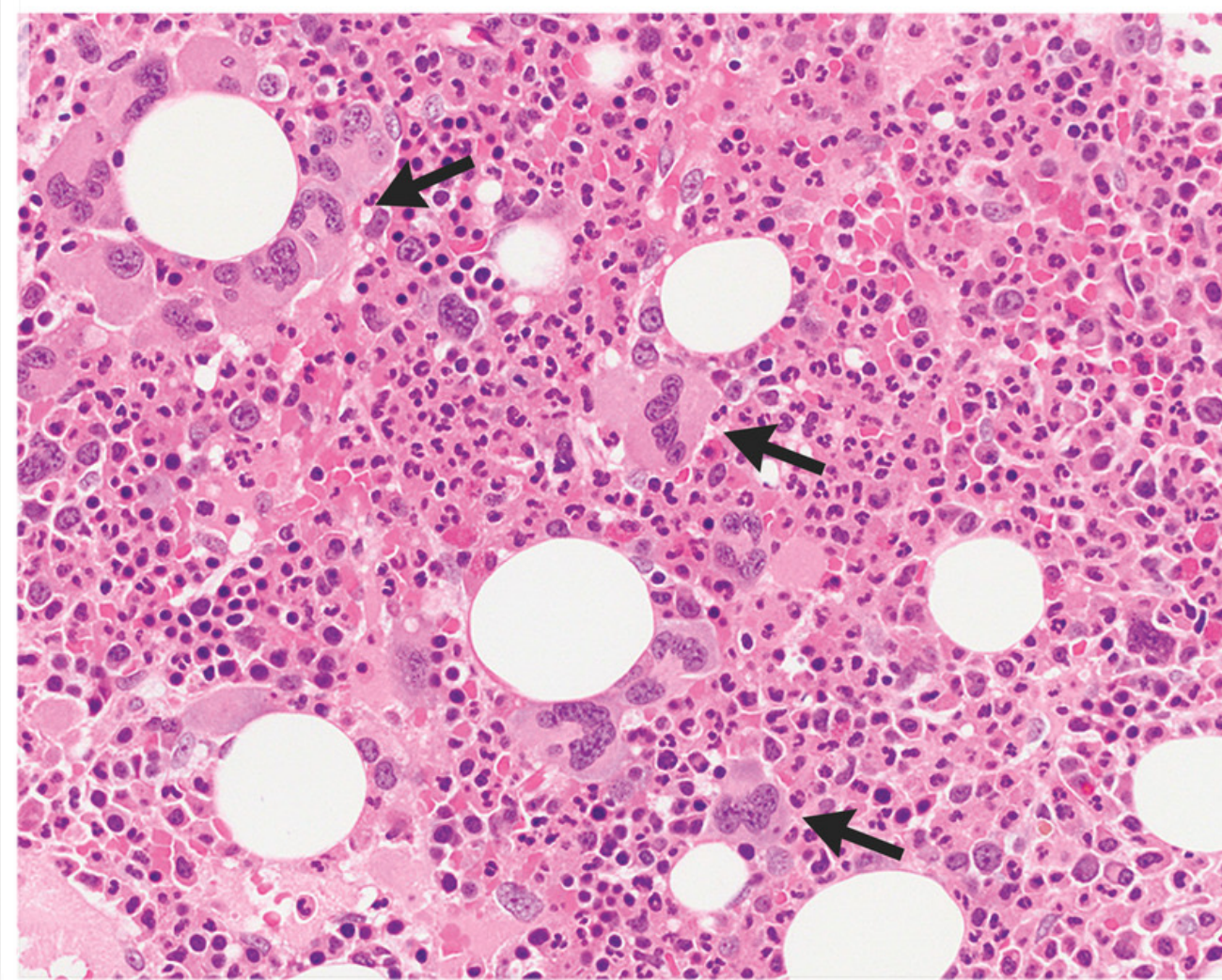
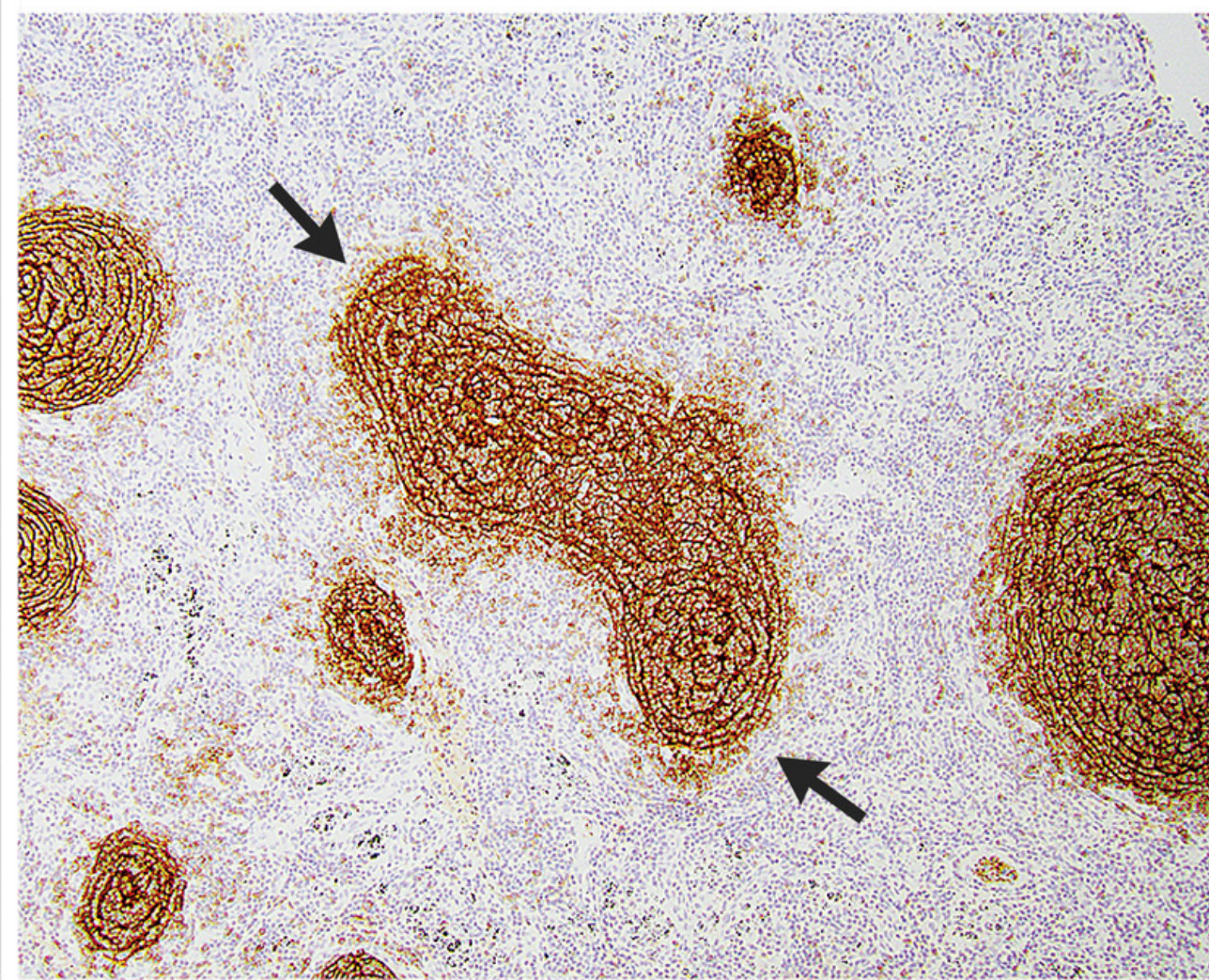
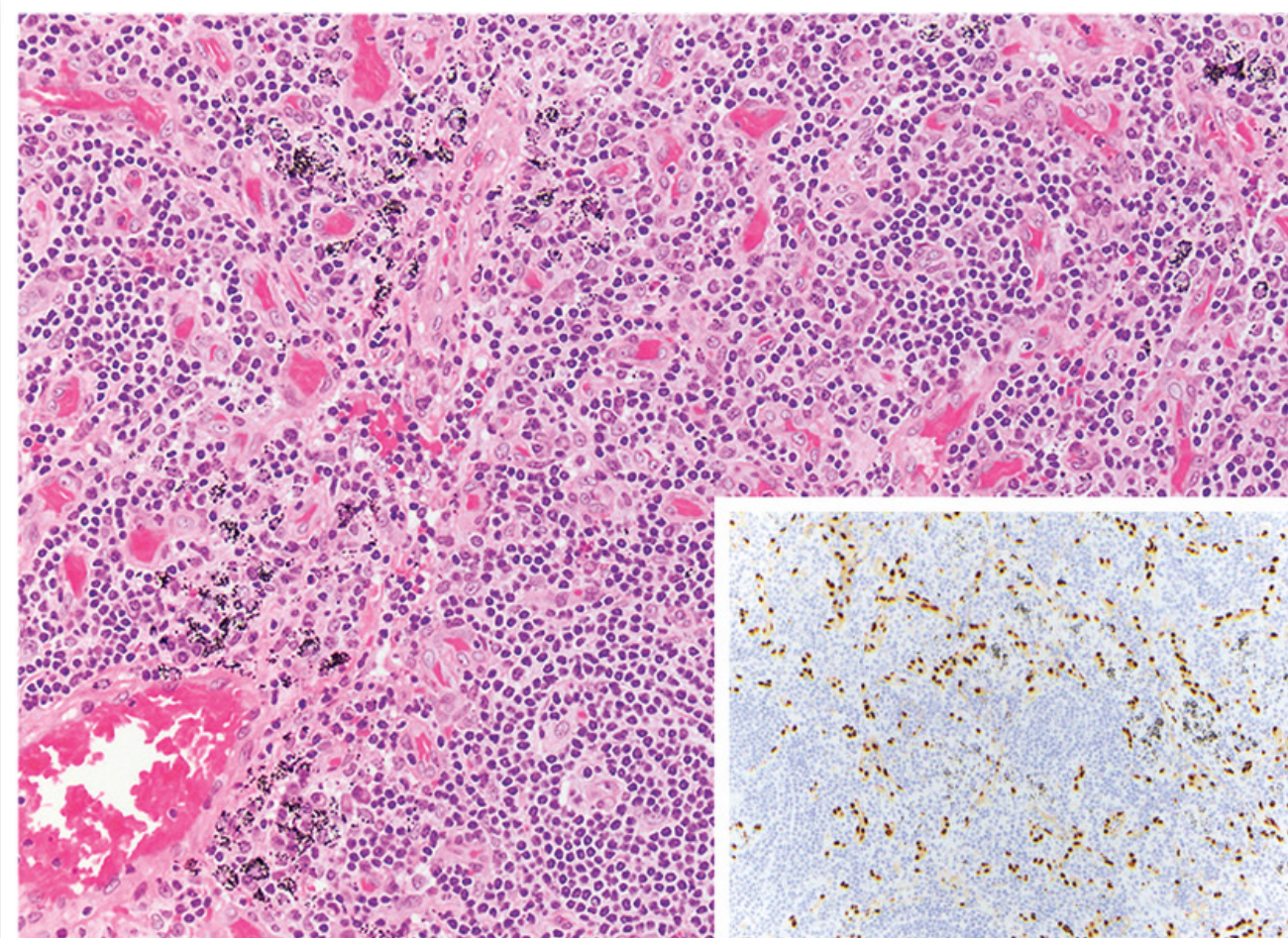
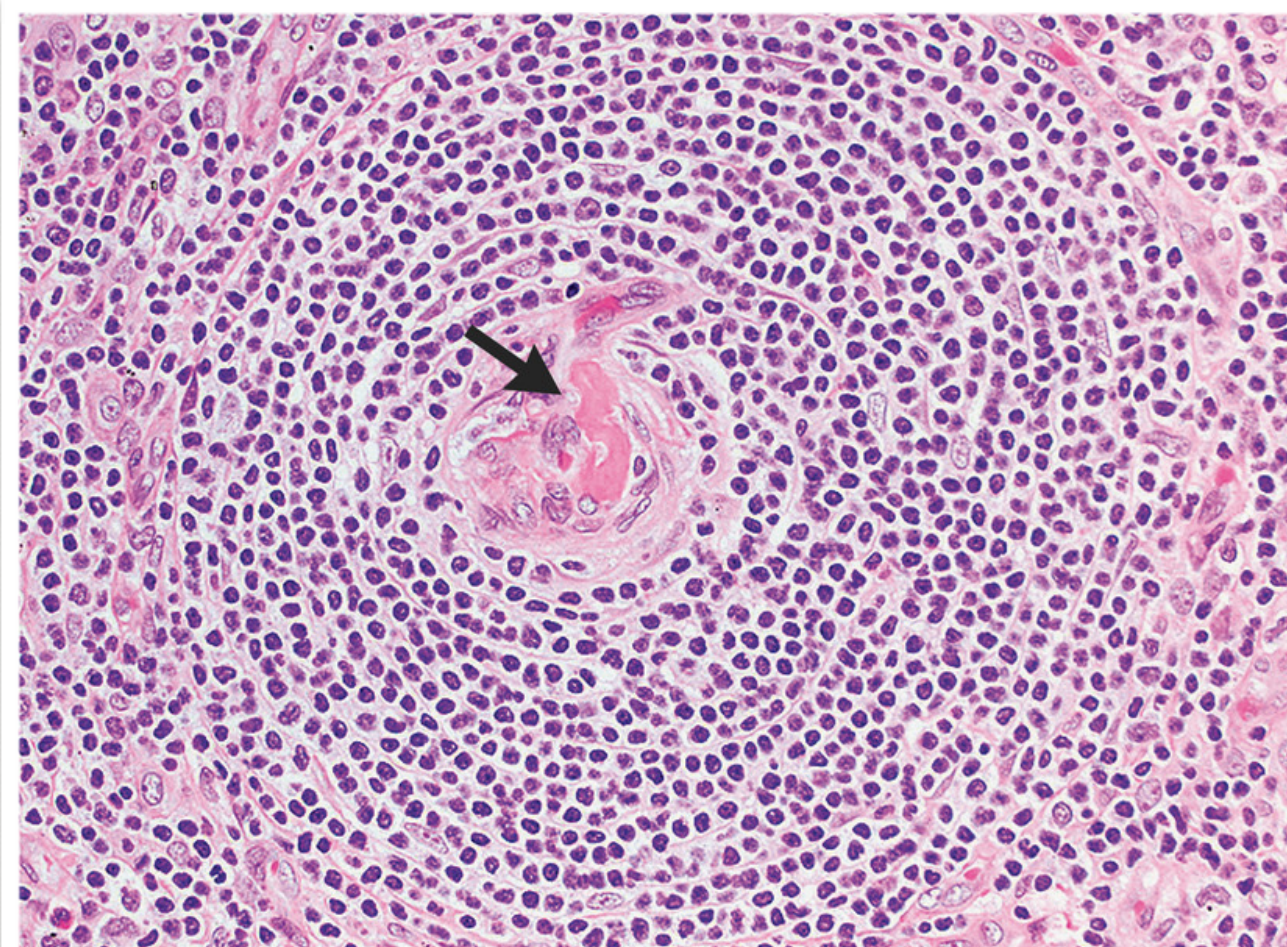
- GRUPPO ETEROGENEO DI DISORDINI LINFOPROLIFERATIVI CON ASPETTI ISTOPATOLOGICI COMUNI
- LE CARATTERISTICHE DELLA MALATTIA DI CASTLEMAN COMPREDONO ASPETTI CLINICO-PATOLOGICI CHE SI **SOVRAPPONGONO CON QUELLE DI PATOLOGIE EMATOLOGICHE, ONCOLOGICHE, REUMATOLOGICHE E VIROLOGICHE**

ASSENZA DI QUADRI CLINICI SPECIFICI

- INCIDENZA 4-6 CASI/MILIONE/ANNO, 30-50% IMCD
(IN ITALIA CIRCA 200 CASI/ANNO)

MALATTIA DI CASTLEMAN

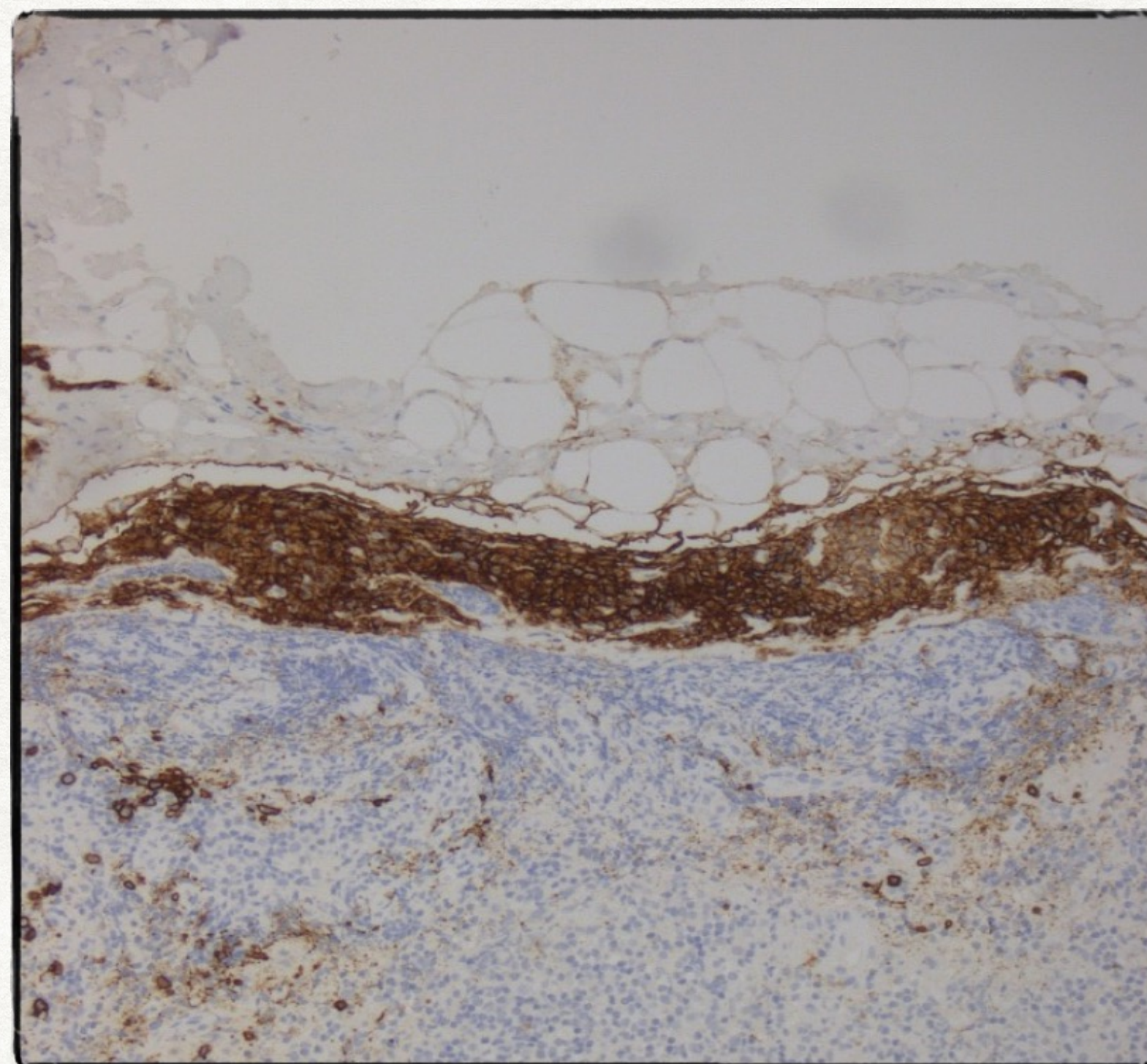
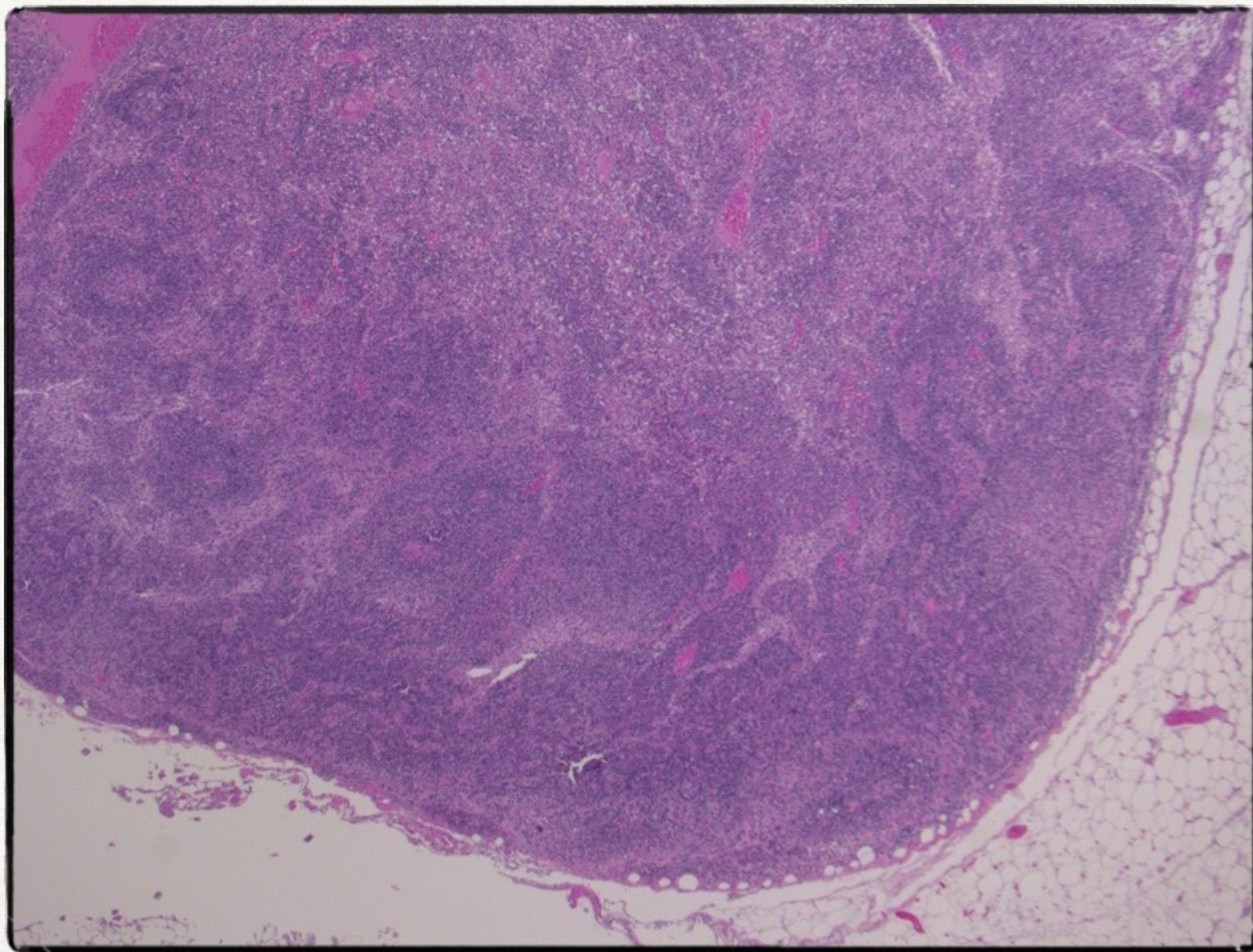
QUADRI ISTOLOGICI - VARIANTE IPERVASCOLARE



- follicoli con involuzione dei centri germinativi e aspetti di ialinizzazione
- aspetto "onion skin"
- aumento della componente vascolare interfollicolare
- "twinning" dei follicoli
- midollo osseo ipercellulare, aumento della componente mieloide e megacariocitaria

MALATTIA DI CASTLEMAN

QUADRI ISTOLOGICI - VARIANTE PLASMATICITA



- INTERFOLLICULAR PLASMACYTOSIS
- HYPERPLASTIC GERMINAL CENTERS
- FOLLICLE SIZE VARIABILITY
- INCREASED VASCULARITY
- PATENT SINUSES WITH NO ARCHITECTURAL DISRUPTION

MALATTIA DI CASTLEMAN

CLASSIFICAZIONE WHO 5

TUMOR-LIKE LESIONS WITH B-CELL PREDOMINANCE

Reactive B-cell-rich lymphoid proliferations that can mimic lymphoma

IgG4-related disease

Unicentric Castleman disease

Idiopathic multicentric Castleman disease

KSHV/HHV8-associated multicentric Castleman disease

MALATTIA DI CASTLEMAN

CLASSIFICAZIONE

Malattia di Castleman multicentrica (MCD)
multiple linfadenopatie

Malattia di Castleman unicentrica (UCD)
singola linfadenopatia

HHV8-associata
(*MCD HHV8+*)

HHV8-negativa
(*MCD HHV8-*)

iMCD-NOS

iMCD-TAFRO

MCD-POEMS

MALATTIA DI CASTLEMAN

CLASSIFICAZIONE

Malattia di Castleman multicentrica (MCD)
multiple linfadenopatie

Malattia di Castleman unicentrica (UCD)
singola linfadenopatia

HHV8-associata
(MCD HHV8+)

HHV8-negativa
(MCD HHV8-)

iMCD-NOS

iMCD-TAFRO

MCD-POEMS

MALATTIA DI CASTLEMAN UNICENTRICA

LINFOADENOPATIA IN UNO O PIÙ LINFONODI DI UNA SINGOLA STAZIONE CON
CARATTERISTICHE ISTOPATOLOGICHE CONSISTENTI CON MC

PIÙ SPESSO ASINTOMATICA MA UN SUBSET DI PAZIENTI PUÒ AVERE SINTOMI SISTEMICI

MALATTIA DI CASTLEMAN

CLASSIFICAZIONE

Malattia di Castleman multicentrica (MCD)
multiple linfadenopatie

Malattia di Castleman unicentrica (UCD)
singola linfadenopatia

HHV8-associata
(MCD HHV8+)

HHV8-negativa
(MCD HHV8-)

iMCD-NOS

iMCD-TAFRO

MCD-POEMS

MALATTIA DI CASTLEMAN

CLASSIFICAZIONE

Malattia di Castleman multicentrica (MCD)
multiple linfadenopatie

Malattia di Castleman unicentrica (UCD)
singola linfadenopatia

HHV8-associata
(MCD HHV8+)

HHV8-negativa
(MCD HHV8-)

iMCD-NOS

iMCD-TAFRO

MCD-POEMS

MALATTIA DI CASTLEMAN

CLASSIFICAZIONE

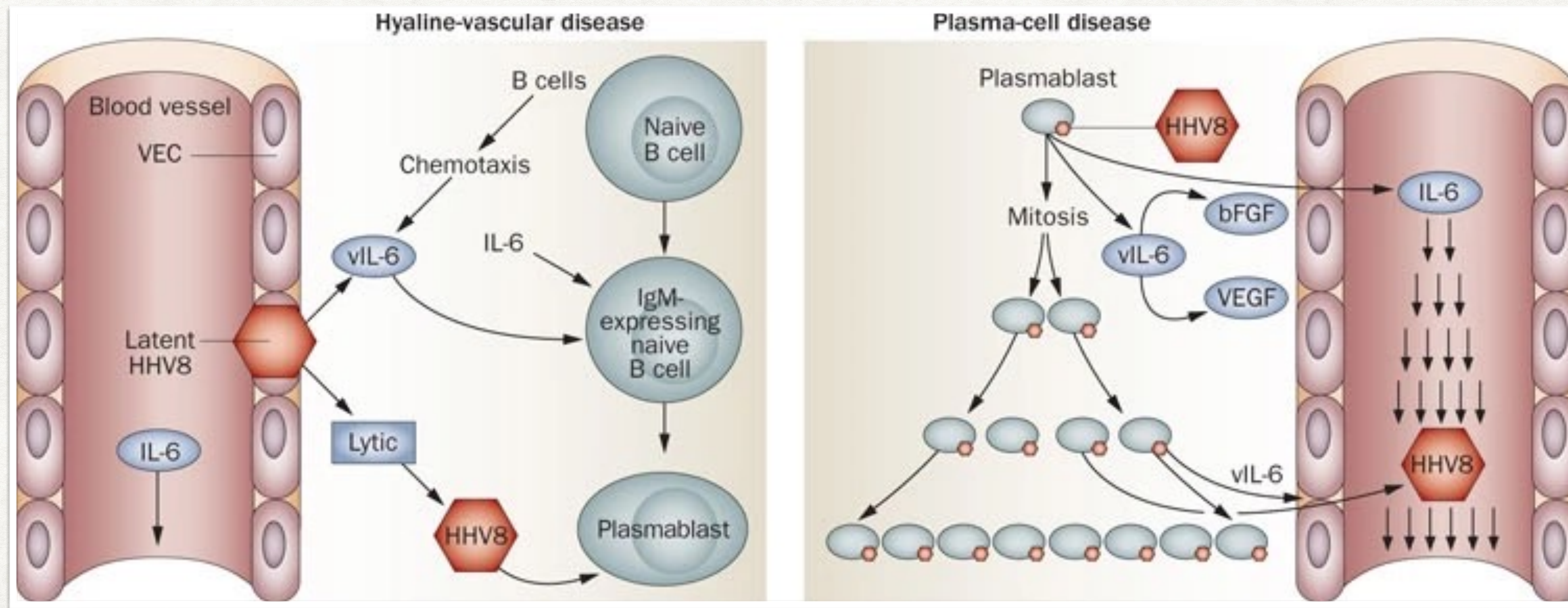
Malattia di Castleman multicentrica (MCD)
multiple linfadenopatie

HHV8-associata
(MCD HHV8+)

- ☑ PIU' SPESSO ASSOCIATA AD INFEZIONE DA HIV CHE RAPPRESENTA UN FATTORE PERMISSIVO
- ☑ QUADRO CLINICO RAPIDAMENTE PROGRESSIVO
- ☑ FEBBRE, LINFOADENOPATIA DIFFUSA, SPLENOMEGALIA, SEVERA CITOPENIA, ELEVATA VIREMIA HHV8, PLASMOCITOSI NEL LINFONODO E MIDOLLO OSSEO, OSTRUZIONE NASALE, SINTOMI RESPIRATORI, SARCOMA DI KAPOSÌ, TEST DI COOMBS POSITIVO, SINDROME EMOFAGOCITICA

MALATTIA DI CASTLEMAN E HHV8 (E HIV)

PATOGENESI



QUADRO EVOLUTIVO SECONDARIO ALLA DIFFUSIONE DI HHV8 DALLE CELLULE ENDOTELIALI VASCOLARI AI PLASMABLASTI PERIVASCOLARI CON INCREMENTO ESPONENZIALE DI IL-6 VIRALE

MALATTIA DI CASTLEMAN

CLASSIFICAZIONE

Malattia di Castleman multicentrica (MCD)
multiple linfadenopatie

Malattia di Castleman unicentrica (UCD)
singola linfadenopatia

HHV8-associata
(MCD HHV8+)

HHV8-negativa
(MCD HHV8-)

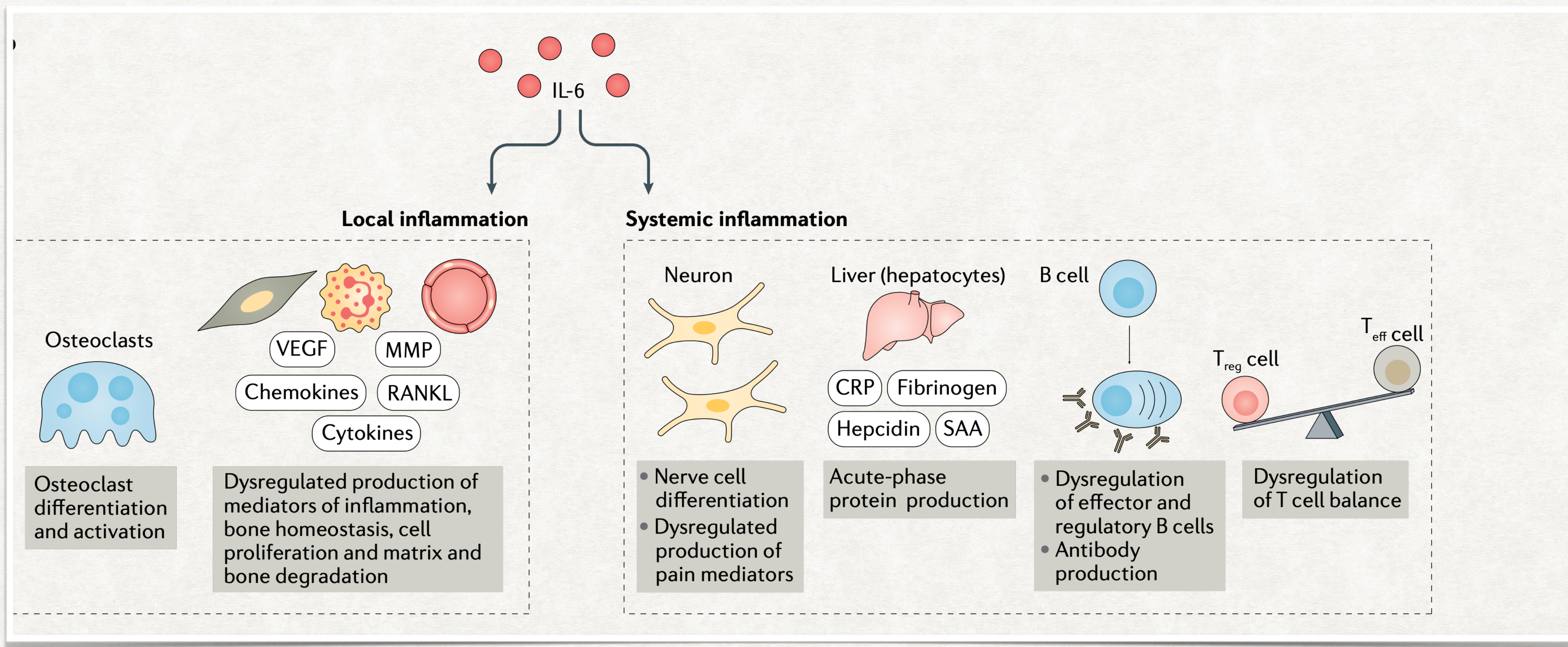
iMCD-NOS

iMCD-TAFRO

MCD-POEMS

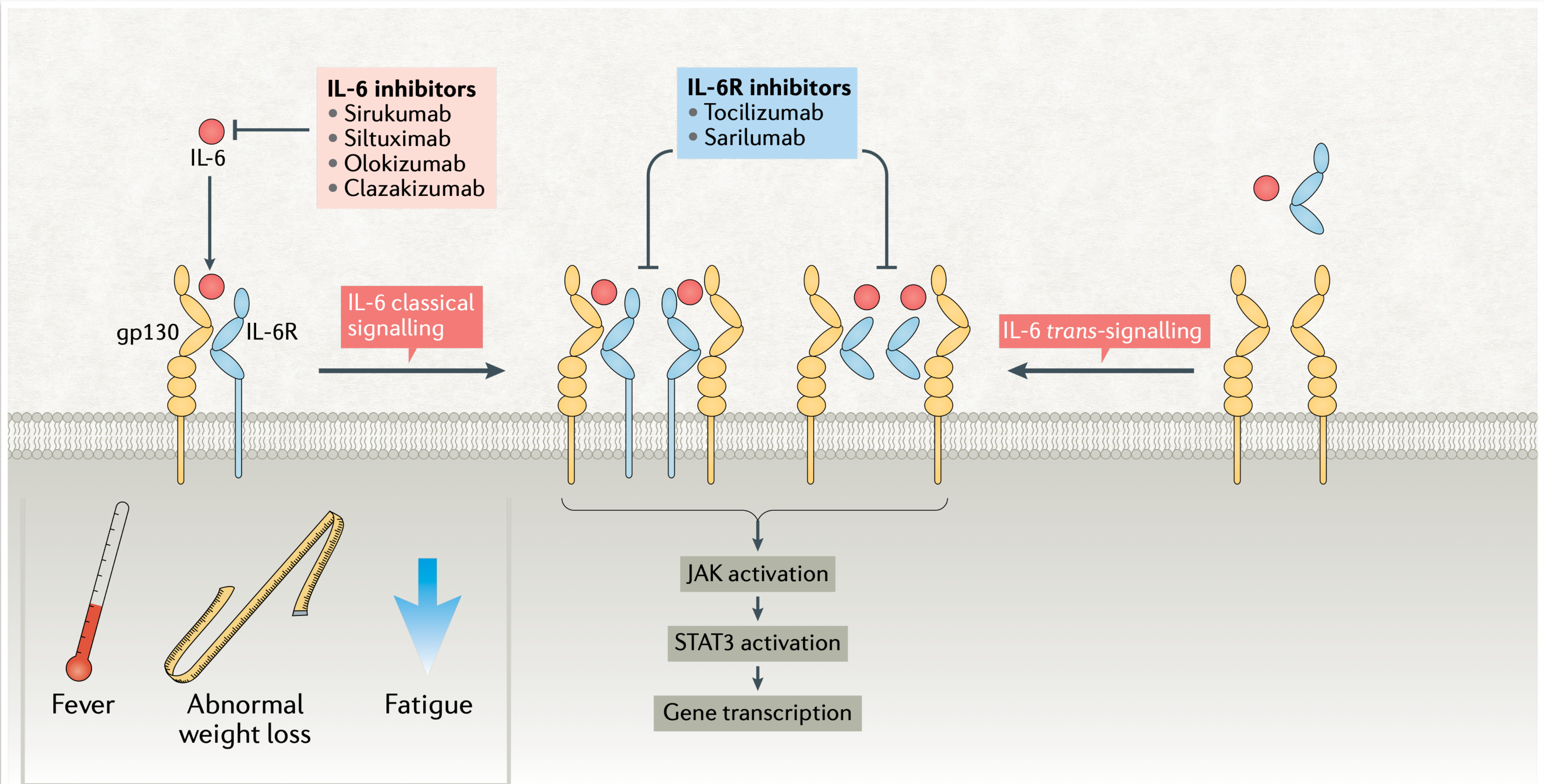
MALATTIA DI CASTLEMAN MULTICENTRICA IDIOPATICA

PATOGENESI - RUOLO CENTRALE DELL'IL-6



MALATTIA DI CASTLEMAN MULTICENTRICA IDIOPATICA

INIBIZIONE DI IL-6: CLASSIC AND TRANS- SIGNALING



MALATTIA DI CASTLEMAN IDIOPATICA

QUADRI CLINICI

- ☑ PAZIENTE ASINTOMATICO CON LINFOADENOPATIA ISOLATA O IN PIÙ SEDI (SOLITAMENTE NON MASSE BULKY)
- ☑ PAZIENTE CON QUADRI SIMILI A PATOLOGIE LINFOPROLIFERATIVE NEOPLASTICHE (FEBBRE, CALO PONDERALE, IPERDIAFORESI, ASTENIA, SPLENOMEGALIA)
- ☑ QUADRO CLINICO CARATTERIZZATO DA EDEMA, ASCITE, VERSAMENTO PLEURICO E PERICARDICO
- ☑ CYTOKINE STORM
- ☑ LABORATORIO CON ANEMIA, PIASTRINOSI O PIASTRINOPENIA, IPOALBUMINEMIA, IPERGAMMAGLOBULINEMIA POLICLONALE, AUMENTO INDICI DI FLOGOSI

MALATTIA DI CASTLEMAN IDIOPATICA

CRITERI DIAGNOSTICI

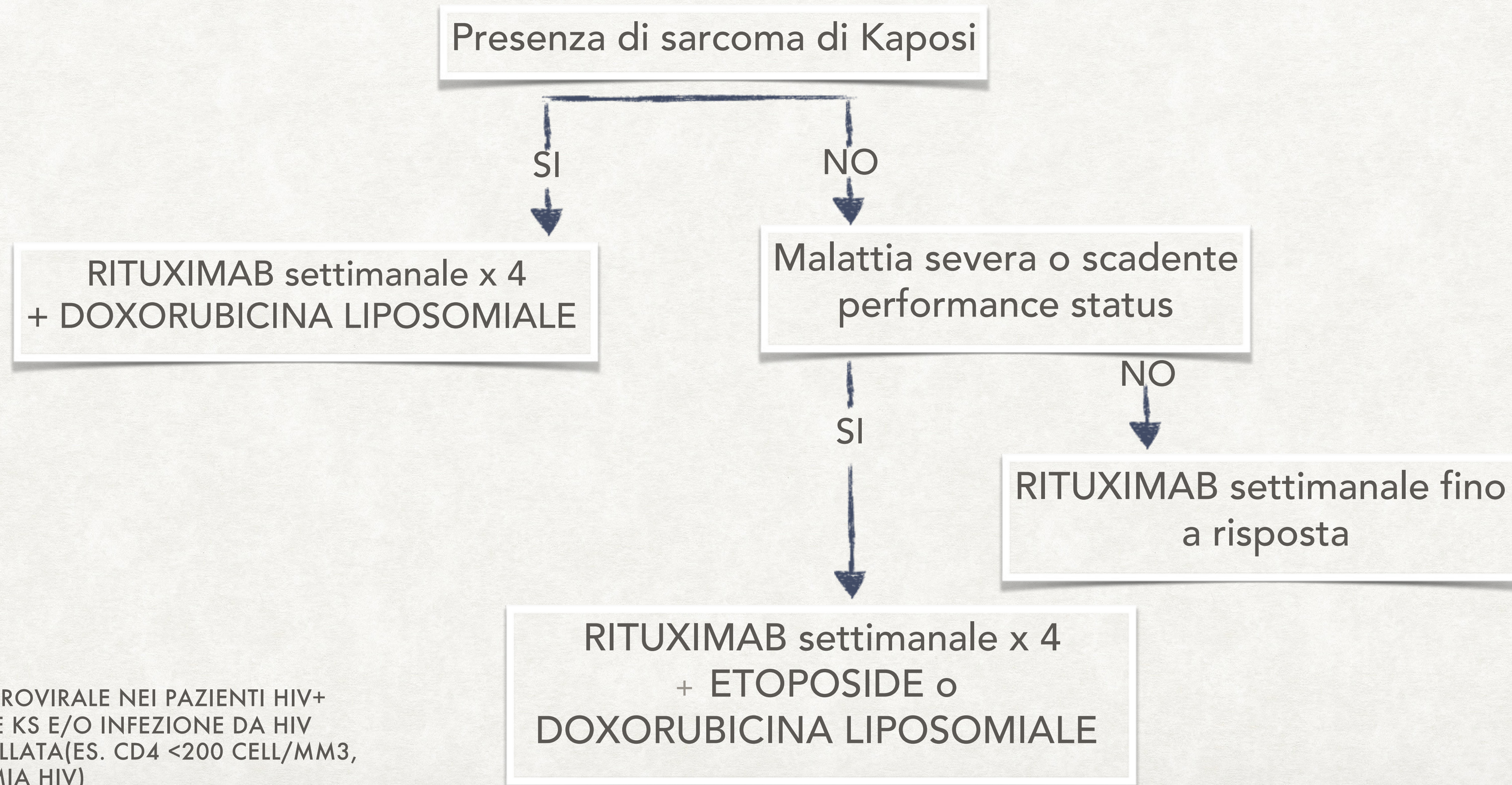
Inclusion criteria	Exclusion criteria
<p>I. Major criteria (need both)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Histopathologic lymph node 2. Enlarged lymph nodes in ≥ 2 lymph node stations <p>II. Minor criteria (need ≥ 2 of 11 with ≥ 1 laboratory criterion)</p> <p>Laboratory</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elevated ESR or CRP 2. Anemia 3. Thrombocytopenia/tosis 4. Renal dysfunction or proteinuria 5. Polyclonal hypergammaglobulinemia 6. Hypoalbuminemia <p>Clinical</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Constitutional symptoms 2. Large spleen and/or liver 3. Fluid accumulation 4. Eruptive cherry angiomas or violaceous papules 5. Lymphocytic interstitial pneumonitis 	<p>Infection-related disorders</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HHV8 2. EBV LPD 3. Inflammation and adenopathy by other infection <p>Autoimmune/inflammatory disease</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SLE 2. Rheumatoid arthritis 3. Adult-onset Still disease 4. Juvenile idiopathic arthritis 5. Autoimmune LPS <p>Malignant LPD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lymphoma 2. Multiple myeloma 3. Primary lymph node plasmacytoma 4. FDC sarcoma 5. POEMS syndrome

MALATTIA DI CASTLEMAN MULTICENTRICA HHV8-CORRELATA

TERAPIA

MALATTIA DI CASTLEMAN MULTICENTRICA HHV8-CORRELATA

TERAPIA



+ TERAPIA ANTIRETROVIRALE NEI PAZIENTI HIV+
+ GANCICLOVIR SE KS E/O INFEZIONE DA HIV
NON CONTROLLATA (ES. CD4 <200 CELL/MM3,
ELEVATA VIREMIA HIV)

MALATTIA DI CASTLEMAN MULTICENTRICA HHV8-CORRELATA

EVIDENZE DI EFFICACIA DI RITUXIMAB

HOFFMANN ET AL, BLOOD. 2011

- ☑ MULTICENTRIC RETROSPECTIVE STUDY IN 52 PAZIENTI CON HIV E HHV-8-MCD
- PAZIENTI TRATTATI CON **TERAPIA RITUXIMAB-BASED MAGGIORI REMISSIONI COMPLETE (91%)** RISPETTO A PAZIENTI TRATTATI CON CHEMIOTERAPIA +/- ANTIVIRALI (22, 4%) PERCENT)
- **MAGGIORE OS (SURVIVAL NOT REACHED VERSUS 5.1 ANNI)**

GÉRARD ET AL, BLOOD 2012:

- ☑ SINGLE-CENTER PROSPECTIVE STUDY IN 113 PAZIENTI HIV AND HHV-8- MCD
- NEL GRUPPO **RITUXIMAB, INCIDENZA DI NHL DEL 4.2% VS 69.6% DEI NON TRATTATI**
- **2 E 5 ANNI OS 93 AND 90 % VS 68 AND 47 %** RITUXIMAB TRATTATI O NON TRATTATI

RAMASWAMI ET AL, BLOOD ADV. 2021

- ☑ SINGLE-CENTER COHORT STUDY IN 62 PAZIENTI HIV E HHV-8 MCD
- **5 ANNI PFS 71 %** IN 8 PAZIENTI TRATTATI CON RITUXIMAB VS 73 % IN 36 PAZIENTI TRATTATI CON RITUXIMAB + DOXO LIPOSOMIALE, 26 % IN 17 PATIENTI TRATTATI CON SOLI ANTIVIRALI

PRIA ET AL, BLOOD. 2017

- ☑ RETROSPECTIVE STUDY, TERAPIA RITUXIMAB-BASED IN 84 PAZIENTI HIV E HHV-8-MCD
- **5 ANNI OS E RFS 92 E 82 %, MEDIAN TIME TO FIRST RELAPSE 30 MESI**

MALATTIA DI CASTLEMAN MULTICENTRICA IDIOPATICA

TERAPIA

iMCD clinical case series of 344 patients

Therapy	Patients (n)	Response/ m* (%)	No response/ m* (%)	Treatment failure/ m* (%)	Data combined from references
All therapies	344	281/461 (61)	180/461 (39)	163/367 (44)	11,21,32,33,39, supplementary appendix citations
Corticosteroid monotherapy	117	53/114 (46)	61/114 (54)	62/115 (54)	22,23,44, supplementary appendix citations
Corticosteroid or cytotoxic chemotherapy (not distinguished)	19	12/19 (63)	7/19 (37)	NA	21
Cytotoxic chemotherapy (any time used)	135	102/131 (78)	29/131 (22)	44/105 (42)	7,22,23, supplementary appendix citations
Anti-IL-6 mAb (without cytotoxic agent or rituximab)	147	88/144 (61)	56/144 (39)	32/100 (32)	7,22,23,43,44, supplementary appendix citations
Immunomodulator (without cytotoxic agent)	27	18/26 (69)	8/26 (31)	10/26 (38)	23, supplementary appendix citations
Other	16	8/13 (62)	5/13 (38)	12/15 (80)	23, supplementary appendix citations
No treatment/follow-up only	18	0/14 (0)	14/14 (100)	11/14 (79)	7,22,23, supplementary appendix citations

MALATTIA DI CASTLEMAN MULTICENTRICA IDIOPATICA

TERAPIA: DEFINIZIONE DI SEVERITÀ

Criteri di malattia di Castleman severa

- ECOG ≥ 2
- Insufficienza renale stadio IV (eGFR < 30 ml/min; Creatinina >264 $\mu\text{mol/L}$)
- Anasarca e/o ascite e/o versamento pleurico/pericardico (secondario alla condizione iperinflammatoria e/o ipoalbuminemia).
- Emoglobina $\leq 80\text{g/L}$
- Coinvolgimento polmonare / polmonite interstiziale sintomatico per dispnea.

La presenza di almeno 2 dei 5 criteri definiscono una malattia di Castleman severa.

MALATTIA DI CASTLEMAN MULTICENTRICA IDIOPATICA

TERAPIA

Valutare criteri di malattia severa

SI

SILTUXIMAB settimanale +
STEROIDE ad alte dosi

risposta

SILTUXIMAB
(MANTENIMENTO)

NON risposta

CHEMIOTERAPICO +
IMMUNOMODULAZIONE

NO

SILTUXIMAB +/- STEROIDI
Valuta risposta a 4 settimane

Malattia severa

RITUXIMAB
+ STERODI +/-
IMMUNOMODULANTI

risposta
non sufficiente

risposta

SILTUXIMAB
(MANTENIMENTO)

MALATTIA DI CASTLEMAN MULTICENTRICA IDIOPATICA

EVIDENZE DI EFFICACIA DI TERAPIA CON INIBITORI DI IL-6

KURZROCK R ET AL. CLIN CANCER RES. 2013;19:3659-3670

- STUDIO DI FASE I SINGLE ARM: 34 PAZIENTI CON IMCD
- SILTUXIMAB 3-12 MG/KG OGNI 2 SETTIMANE
- CR IN 1 PAZIENTE, PR IN 11, NR IN 3 - ORR 33%

VAN RHEE F. ET AL- LANCET ONCOLOGY 2014 E 2020 (+POST-HOC ANALYSIS 2015)

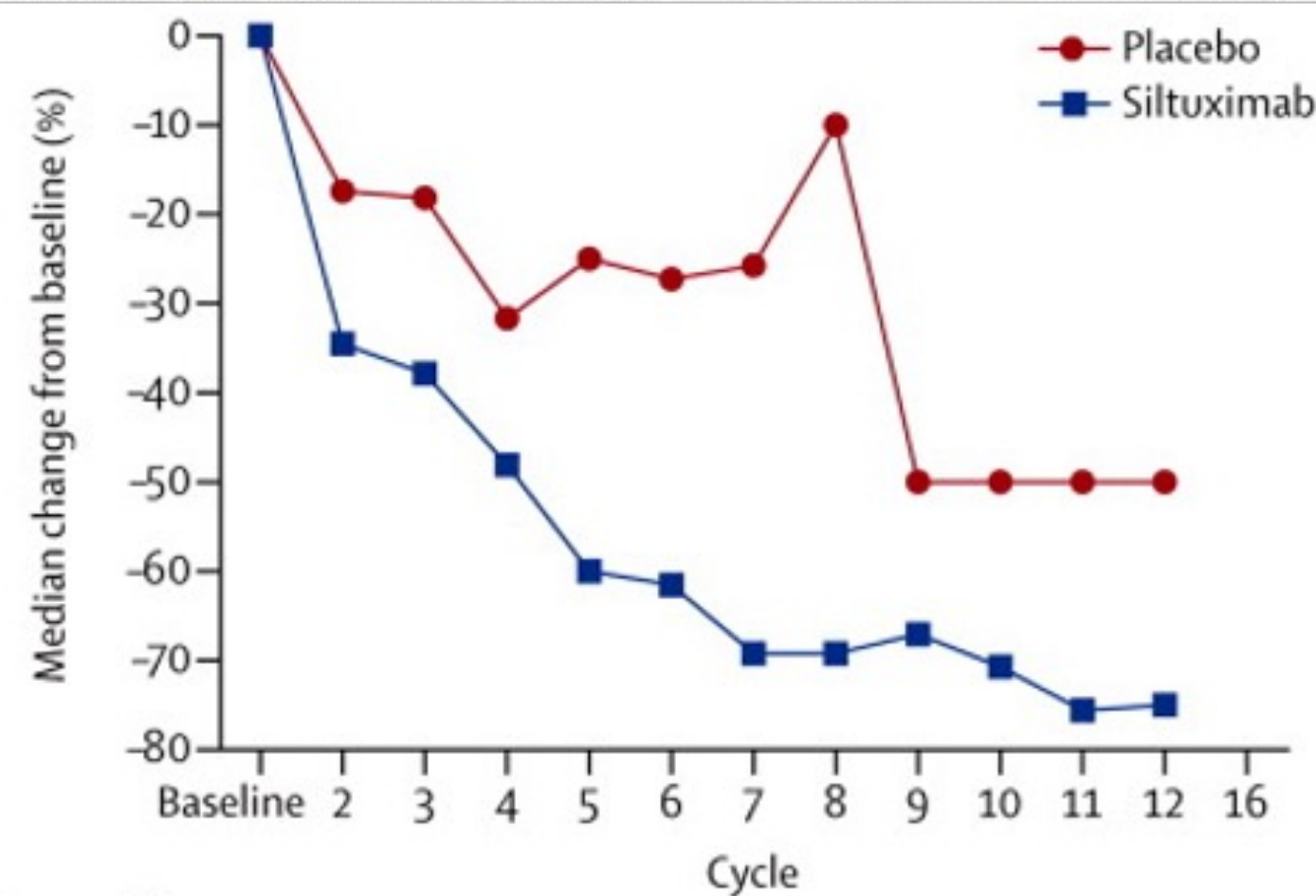
- STUDIO MULTICENTRICO RANDOMIZZATO, DOUBLE-BLIND, FASE II: 79 PAZIENTI HIV-NEG:
- SILTUXIMAB VS PLACEBO: OVERALL STABLE RESPONSE RATE 34 % VS 0 %;
- MEDIAN TIME TO TREATMENT FAILURE NON RAGGIUNTO VS 134 GIORNI
- RISPOSTA DURATURA NEL GRUPPO SILTUXIMAB (57%)

- NEL 2° TRIAL, 60 PAZIENTI, TRATTATI PER UN TEMPO MEDIO DI 5.5 ANNI
- EFFETTI AVVERSI NEL 60% DEI PAZIENTI (IPERTENSIONE, E NAUSEA)
- RISPOSTA DURATURA NEL 70% DEI PAZIENTI
- INTERVALLO TRA LE SOMMINISTRAZIONI DI SILTUXIMAB ESTESO A 6 SETTIMANE



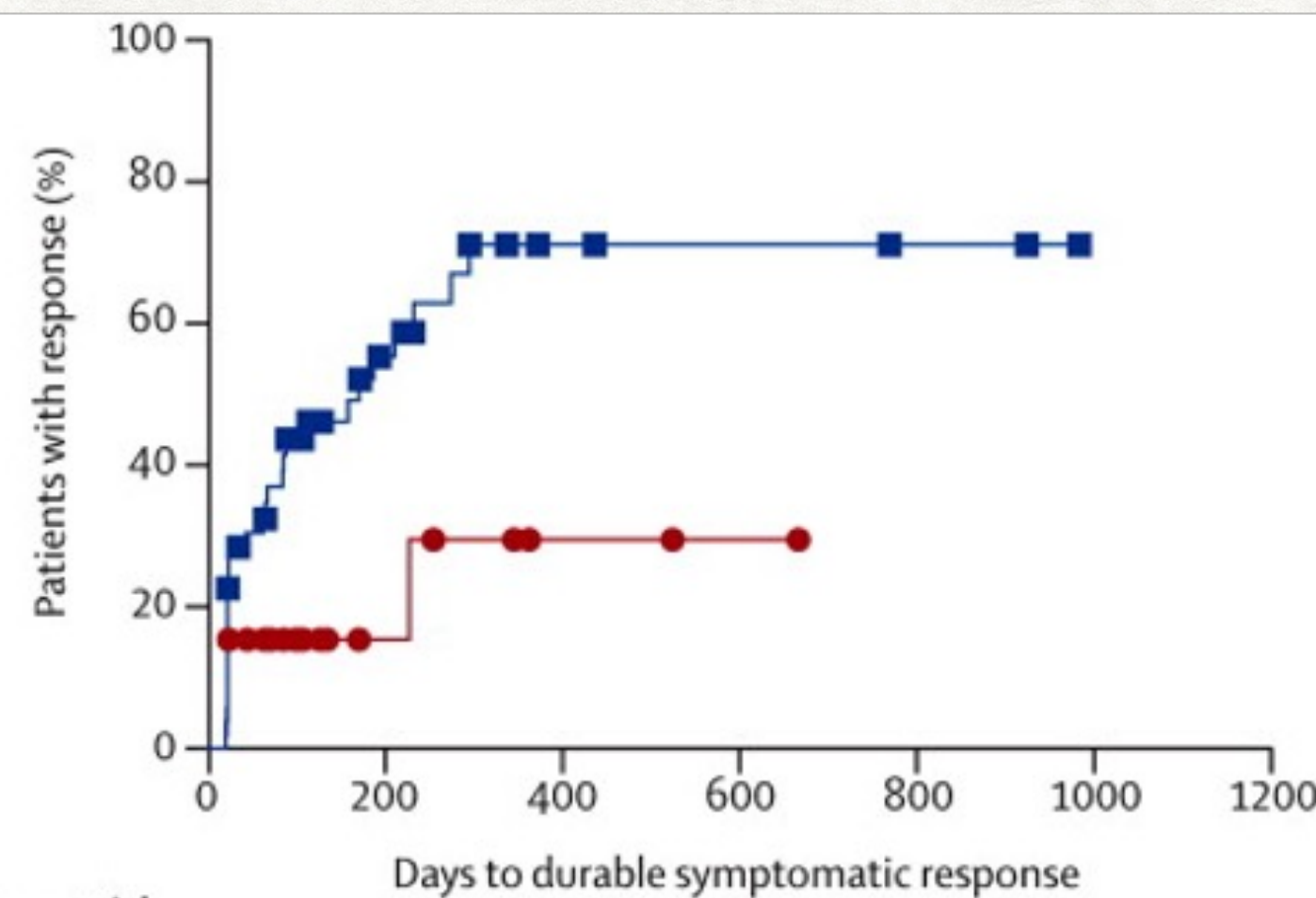
Siltuximab for multicentric Castleman's disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial

Frits van Rhee, Raymond S Wong, Nikhil Munshi, Jean-Francois Rossi, Xiao-Yan Ke, Alexander Fossá, David Simpson, Marcelo Capra, Ting Liu, Ruey Kuen Hsieh, Yeow Tee Goh, Jun Zhu, Seok-Goo Cho, Hanyun Ren, James Cavet, Rajesh Bandekar, Margaret Rothman, Thomas A Puchalski, Manjula Reddy, Helgi van de Velde, Jessica Vermeulen, Corey Casper



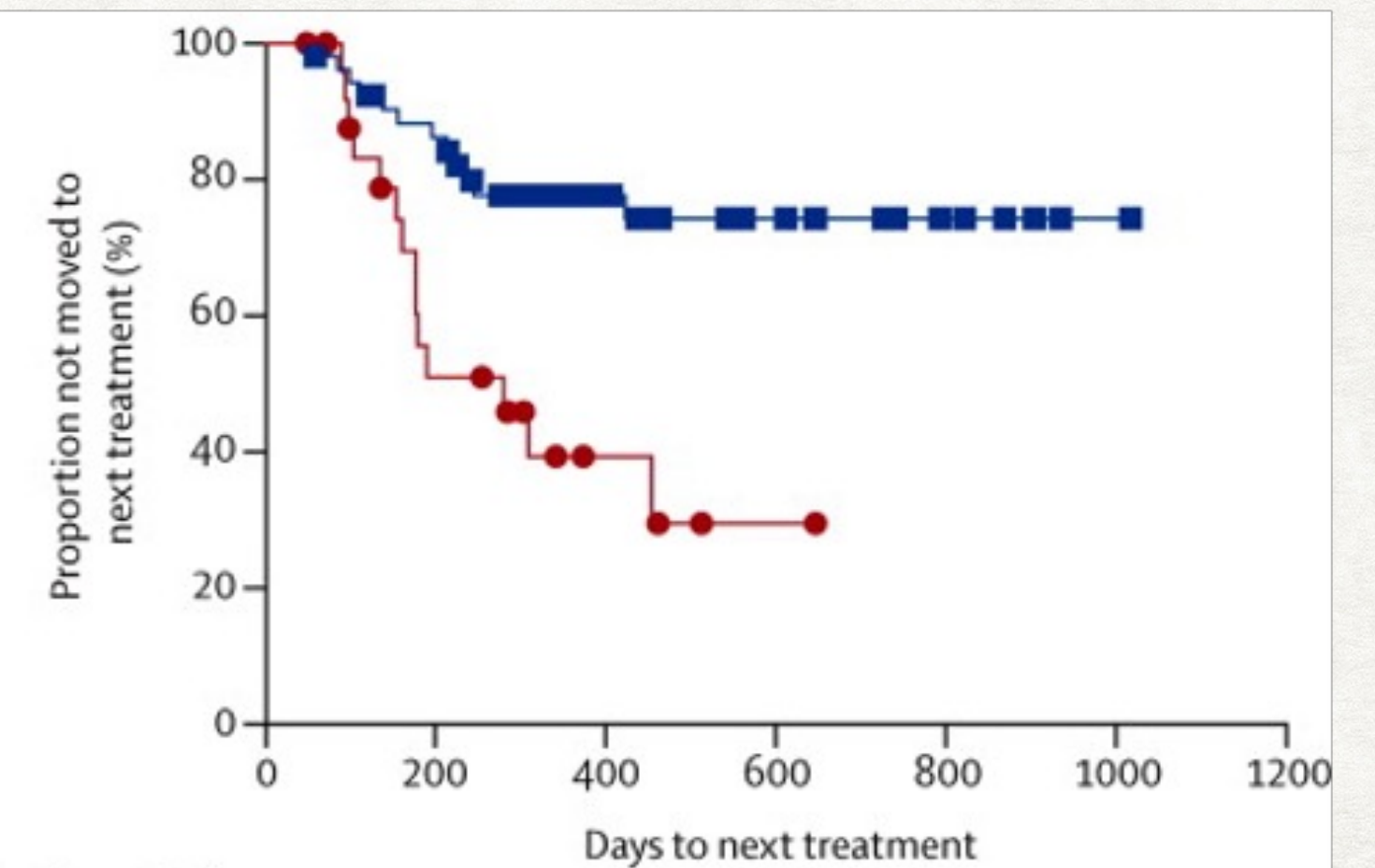
Number at risk

Placebo	26	26	25	24	19	17	16	15	12	12	12	12
Siltuximab	53	52	52	52	49	47	45	43	42	42	38	36



Number at risk

Placebo	26	12	6	4	2	2	1	0	0	0	0
Siltuximab	53	24	13	6	4	3	3	3	2	2	0



Number at risk

Placebo	26	11	4	1	0	0	0
Siltuximab	53	42	24	13	5	1	0

MEDIAN DISEASE-RELATED
OVERALL SYMPTOM SCORE

MEDIAN TIME TO DURABLE
SYMPTOMATIC
RESPONSE
170 DAYS WITH SILTUXIMAB

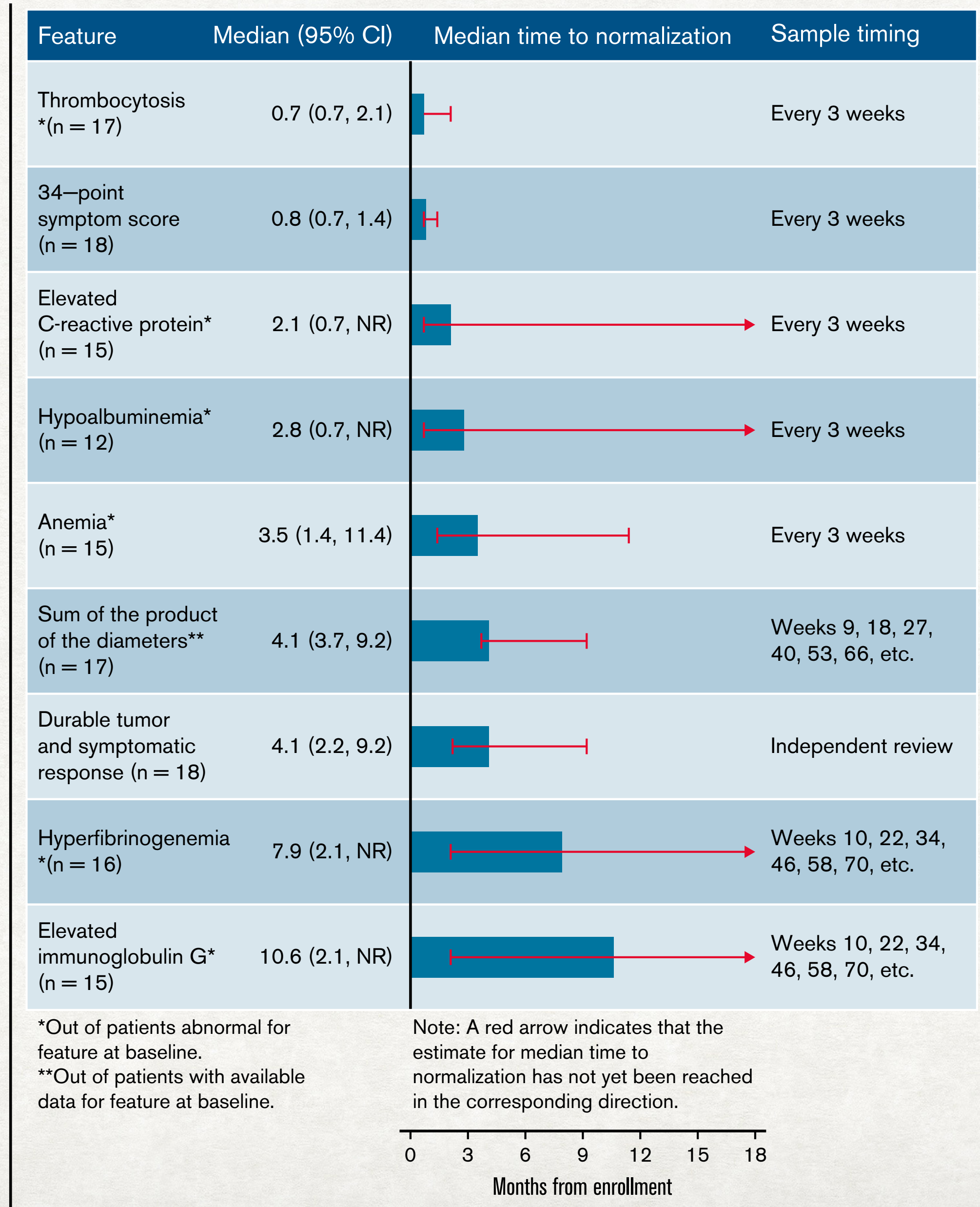
MEDIAN TIME TO NEXT TREATMENT
NOT REACHED
WITH SILTUXIMAB

IDIOPATHIC MULTICENTRIC CASTLEMAN'S DISEASE

EXPECTED RESPONSE TO ANTI-IL6 TREATMENT

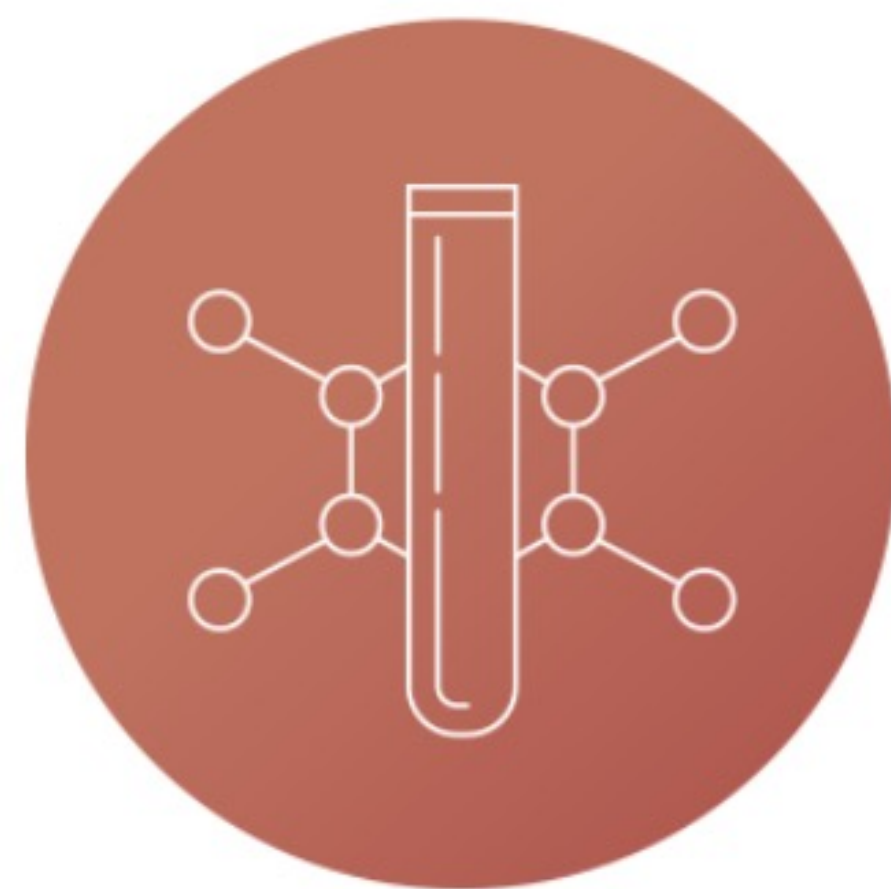
Post hoc analyses of data from the phase 2 randomized double-blind placebo-controlled trial of siltuximab

18 patients with iMCD who achieved durable tumor (radiologic) and symptomatic responses while treated with siltuximab



MALATTIA DI CASTLEMAN MULTICENTRICA IDIOPATICA

TAFRO



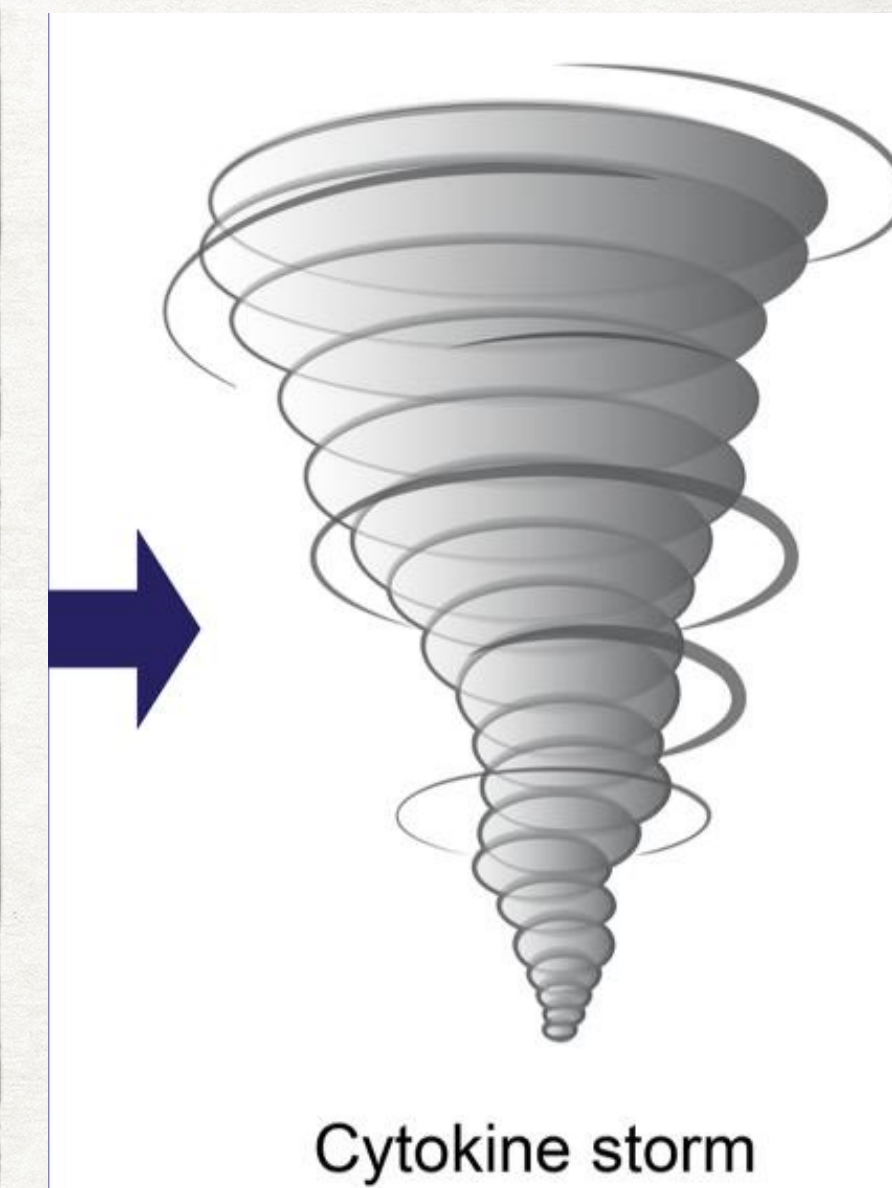
THROMBOCYTOPENIA

ANASARCA

FEVERS

RETICULIN FIBROSIS OF BONE MARROW

ORGANOMEGALY



- Più spesso sottotipo istologico ipervascolare o misto piuttosto che plasmacitico
- Spesso pazienti piastrinopenici
- Prognosi peggiore (OS 85% vs 92% della forma non-TAFRO)

SEVERE IMCD – TREATMENT SPECIAL CONSIDERATION ON TAFRO SUBTYPE

- SEVERE IMCD OFTEN PRESENTS AS THE TAFRO SUBTYPE
- DIVERSE CHEMOKINES/CYTOKINES DRIVING THE SYMPTOMATOLOGY ACROSS THE IMCD SPECTRUM
- 49 PUBLISHED IMCD-TAFRO CASES
- TREATMENT STILL DEPENDENT ON DISEASE SEVERITY
- CORTICOSTEROIDS, ANTI-IL-6 MABS, CYTOTOXIC CHEMOTHERAPIES, AND CYCLOSPORINE-A ARE MOST OFTEN USED
- ANTI-IL-6 MAB THERAPY WITH OR WITHOUT CORTICOSTEROIDS SHOULD BE CONSIDERED AS FIRST LINE
- CYCLOSPORINE A CAN BE USEFUL THERAPY FOR ANTI-IL-6-REFRACTORY CASES PARTICULARLY TO IMPROVE PERSISTENT ASCITES AND THROMBOCYTOPENIA.
- THE JAPANESE TAFRO RESEARCH GROUP RECOMMENDS HIGH-DOSE STEROIDS, TOCILIZUMAB, AND CYCLOSPORINE A FOR PATIENTS WITH TAFRO SYNDROME
- A COMPREHENSIVE ANALYSIS OF A TREATMENT-REFRACTORY IMCD-TAFRO PATIENT WHO SUSTAINED MULTIPLE RELAPSES AFTER REPEATED CYCLES OF CHEMOTHERAPY SHOWED UPREGULATION OF THE MTOR PATHWAY, AND REMISSION WAS SUCCESSFULLY MAINTAINED WITH SIROLIMUS.

MALATTIA DI CASTLEMAN MULTICENTRICA

CRITERI DI RISPOSTA

Overall Response	Biochemical	Lymph Node	Symptoms
CR	Normal CRP, Hemoglobin, Albumin, GFR	CR	Normalization to baseline
PR	>50% improvement in all of CRP, Hemoglobin, Albumin, GFR	PR	Improvement in all 4 symptom categories, but not to baseline
SD	<50% improvement (or < 25% worsening) in all of CRP, Hemoglobin, Albumin, GFR	No PR or CR	Improvement in at least 1 (but not all) symptoms
PD	>25% worsening in any of CRP, Hemoglobin, Albumin, GFR	>25% increase	Any symptoms worse on ≥ 2 assessments

Symptom	Improvement Criteria
Fatigue	Decrease of ≥ 1 CTC grade point relative to baseline
Anorexia	Decrease of ≥ 1 CTC grade point relative to baseline
Fever	Decrease of $\geq 1^\circ\text{C}$ relative to baseline
Weight	Increase of $\geq 5\%$ relative to baseline

- LA RISPOSTA CLINICA VIENE VALUTATA SECONDO I CRITERI DEL NCI (COMMON TERMINOLOGY CRITERIA OF ADVERSE EVENTS)
- LA RISPOSTA SULLA LINFADENOPATIA VIENE VALUTATA SECONDO I CRITERI DI CHESON
- UNA RISPOSTA BIOUMORALE COMPLETA RICHIEDE LA NORMALIZZAZIONE DEI PARAMETRI BIOCHIMICI.
- OBIETTIVO: CR O PR

ALTERNATIVE TO SILTUXIMAB IN iMCD – ongoing clinical trials

Clinical trial identifier	Country	Recruitment status	Study population	Regimen	Estimated enrollment	Estimated completion date
NCT02817997	Worldwide	Recruiting	Castleman Disease	Not specified	500	September 2021
NCT04743687	China	Recruiting	R/R iMCD	Zanubrutinib	30	January 2025
NCT03982771	China	Recruiting	Newly diagnosed iMCD	BCD	30	January 2023
NCT03933904	USA	Recruiting	R/R iMCD	Sirolimus	24	December 2022
NCT04585893	Malawi	Not yet recruiting	MCD	Rituximab + etoposide	27	August 2025
NCT04968288	USA	Not yet recruiting	HHV8-associated MCD	Not specified	135	January 2035
jRCT2071190029	Japan	Recruiting	Tocilizumab-resistant iMCD	Sirolimus	20	Nr
NCT03717844	USA	Recruiting	Plasma cell disorders	Not specified	2000	February 2029
NCT01552434	USA	Recruiting	Malignant or benign diseases	Bevacizumab + temsirolimus	216	March 2021
NCT03864419	Uganda	Recruiting	Aggressive B-cell lymphoma (including HHV8-associated MCD)	Rituximab hyaluronidase	40	May 2023

ALTERNATIVE TO SILTUXIMAB IN iMCD



Received: 9 May 2023 | Accepted: 16 July 2023

DOI: 10.1111/bjh.19000

SHORT REPORT



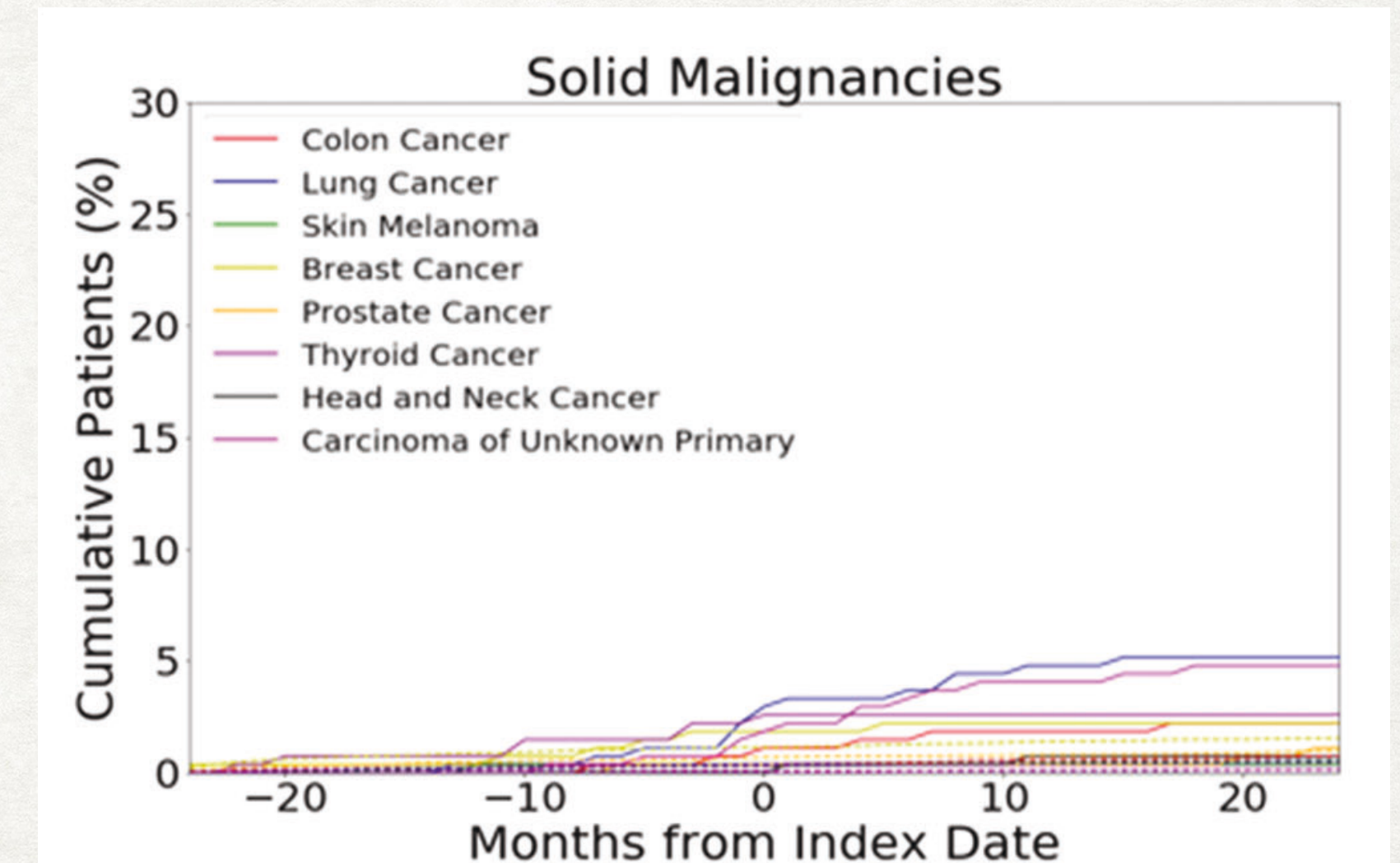
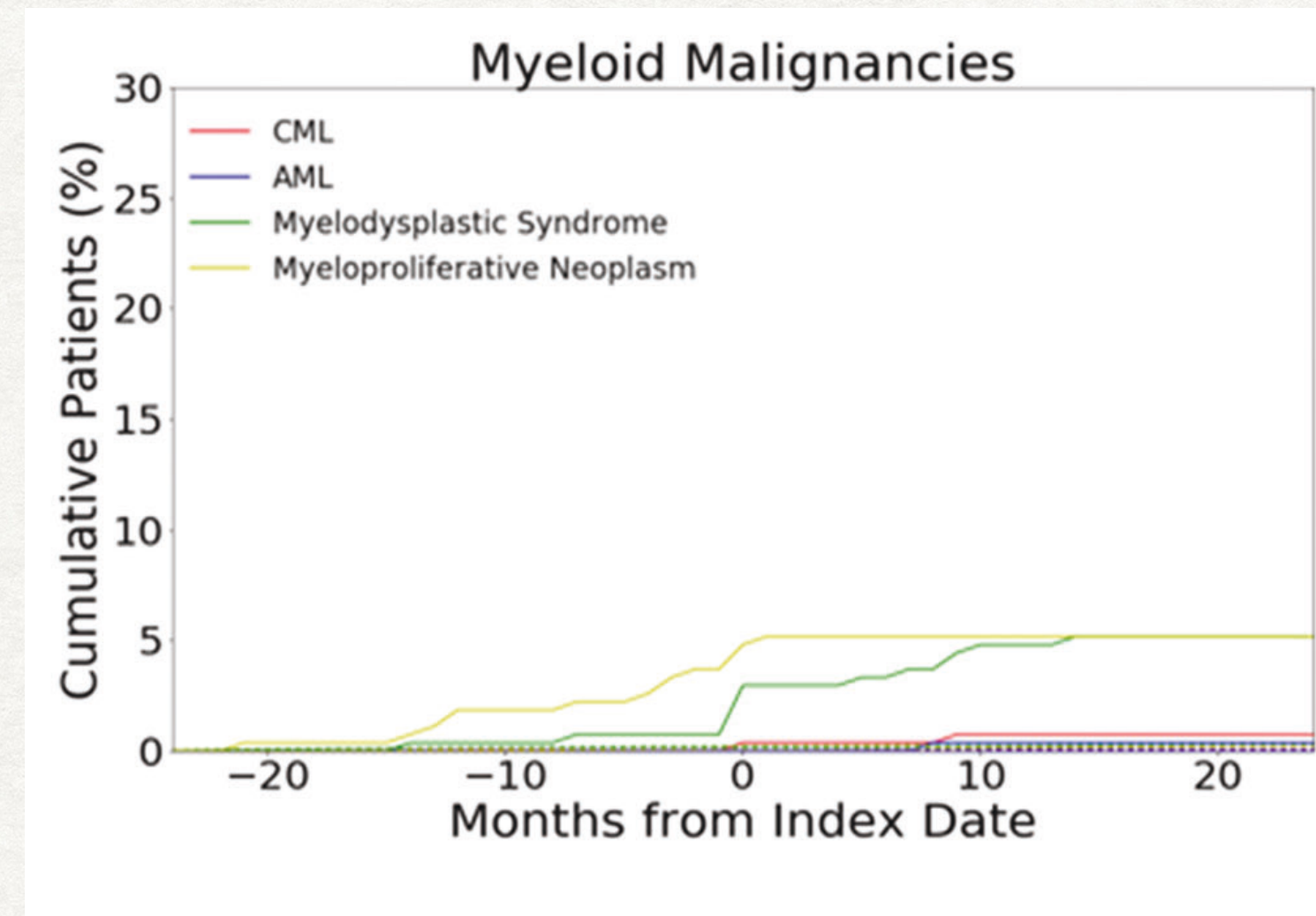
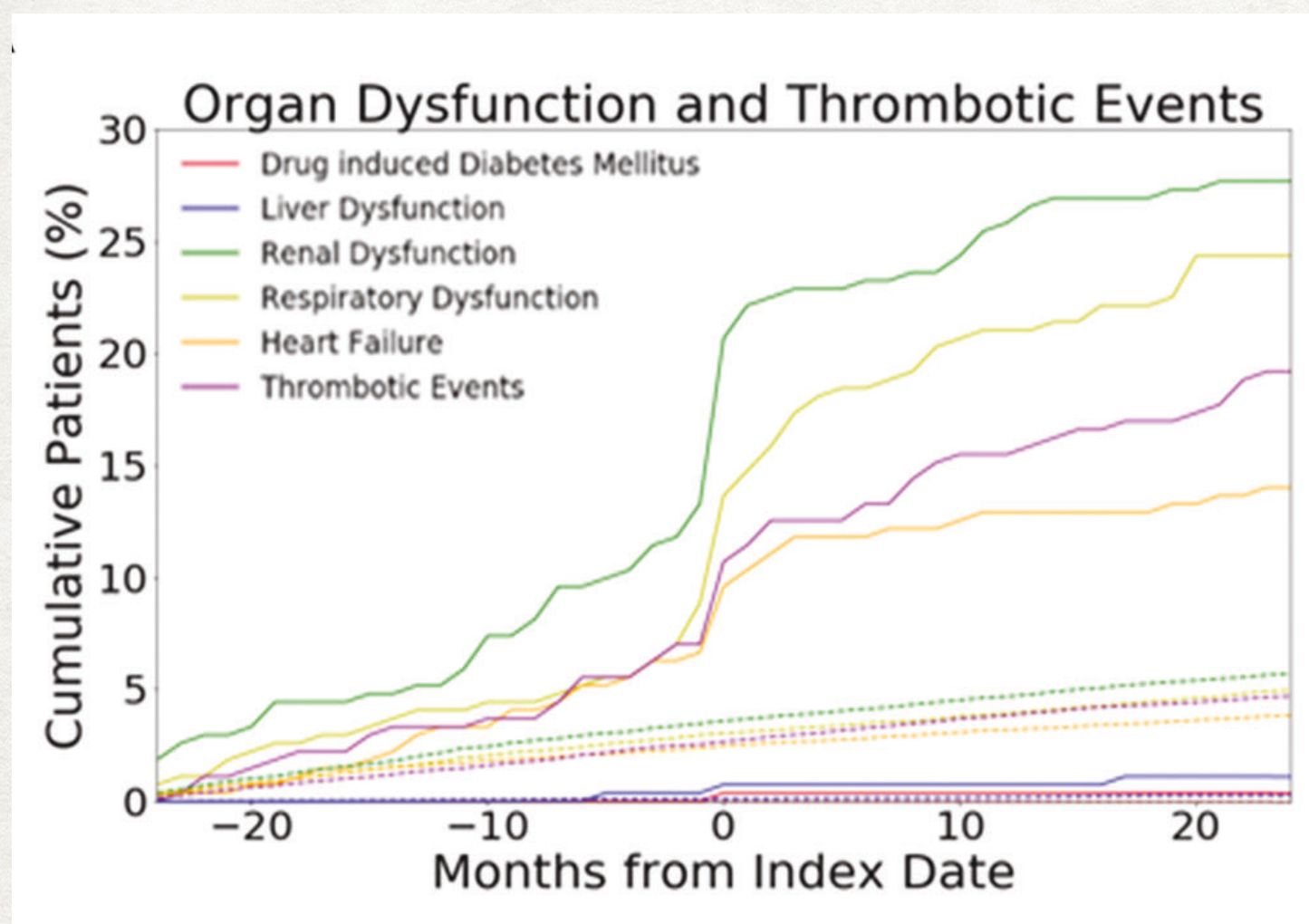
Rituximab–bortezomib–dexamethasone induce high response rates in iMCD in clinical practice

Xuejiao Yin^{1,2,3} | Yi Liu^{1,2} | Chengli Zhong^{1,2} | Yunfei Lv^{1,2} | Dan Xu⁴ | Li Zhu^{1,2} |
Jie Jin^{1,2,3}  | Haitao Meng^{1,2,3} | Liangshun You^{1,2,3} 

- Five patients with iMCD (one with TAFRO syndrome)
- RVD regimen x 4
- 3 (60%) patients achieved PR
- 1 (20%) achieved a complete response

- Stable response for a median follow-up of 11 months
- None of the patients experienced grade ≥ 3 adverse events during the observation period

DEVELOPMENT OF MORBIDITIES OVER TIME IN IMCD PATIENTS BEFORE AND AFTER DIAGNOSIS RELATIVE TO NON-DISEASE CONTROLS



MALATTIA DI CASTLEMAN MULTICENTRICA

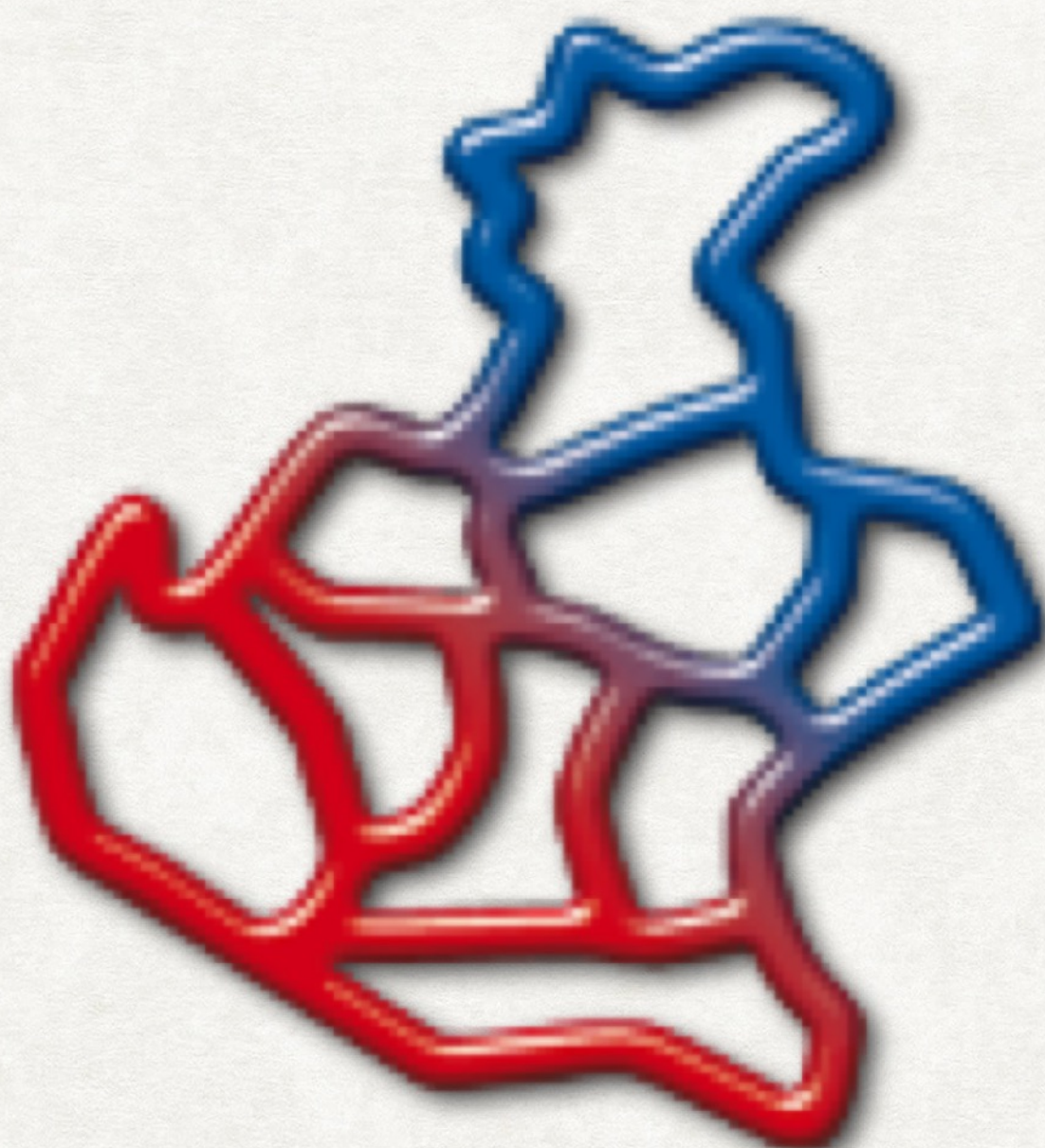
Unmet Clinical Needs

- COME TRATTARE CHI NON RISPONDE O NON TOLLERA SILTUXIMAB
 - RITUXIMAB ? RITUXIMAB +CT ? ALTRI IMMUNOSOPPRESSORI ? SIROLIMUS ?
INIBITORI DI JAK 1-2 ?
- COME PREDIRE RISPOSTA A SILTUXIMAB (IL SUO EFFETTO PUÒ RICHIEDERE SETTIMANE A FRONTE DI QUADRI CLINICI SEVERI CHE RICHIEDONO DECISIONI IMMEDIATE)
- DEFINIRE SE IL SOTTOTIPO ISTOPATOLOGICO PUÒ CORRELARE CON LA RISPOSTA AL SILTUXIMAB (QUELLO IPERVASCULARE POTREBBE ESSERE RESISTENTE) – SERVONO DATI DI REAL-WORLD)
- STEM CELL TRANSPLANTATION AS A VERY LAST ALTERNATIVE ?

PDTA MALATTIA DI CASTLEMAN

Documentazione Allegata

PDTA Malattia di Castleman



Malattia di Castleman – GRUPPO DI LAVORO

Componente	Struttura di riferimento	Qualifica	Contatto mail
Fabrizio Vianello	UOC Ematologia AOU PADOVA	Professore Associato Coordinatore	fabrizio.vianello@unipd.it
Monica Bettio	UOC Farmacia AOU PADOVA	Dirigente medico di 1^ livello	monica.bettio@aopd.veneto.it
Emanuele D'Amore	UOC Anatomia Patologica AULSS 8 VICENZA	Dirigente Medico di 2^ livello	emanuele.damore@gmail.com
Fabio D'Amore	UOC Ematologia, AOU PADOVA	Dirigente medico di 1^ livello	fdam08@libero.it
Isacco Ferrarini	Dipartimento di Medicina, Sezione di Ematologia AOUI VERONA	Assegnista di ricerca	isacco.ferrarini@univr.it
Anna Furlan	UOC Ematologia, AULSS 2 TREVISO	Dirigente medico di 1^ livello	anna.furlan@aulss2.veneto.it
Rossella Paolini	UOC Ematologia, AULSS 5 ROVIGO	Dirigente Medico di 1^ livello	rossella.paolini@aulss5.veneto.it
Alice Parisi	UOC Anatomia Patologica AOUI VERONA	Dirigente medico di 1^ livello	alice.parisi@aovr.veneto.it
Elisa Piva	UOC Medicina di Laboratorio AOU PADOVA	Dirigente medico di 1^ livello	elisa.piva@aopd.veneto.it
Marco Pizzi	UOC Anatomia Patologica, AOU PADOVA	Ricercatore	marco.pizzi.1@unipd.it
Piero Maria Stefani	UOC Ematologia, AULSS 2 TREVISO	Dirigente medico di 1^ livello	pieromaria.stefani@aulss2.veneto.it
Carlo Visco	Dipartimento di Medicina, Sezione di Ematologia AOUI VERONA	Professore Associato	carlo.visco@univr.it



GIORNATE EMATOLOGICHE VICENTINE

X edizione

12-13 Ottobre 2023

Palazzo Bonin Longare - Vicenza

La malattia di Castleman

Fabrizio Vianello

UOC Ematologia - DIMED - Università di Padova

