



Medexpress, 2021-05-24 09:54

Czas zmienić standardy leczenia DLBCL



Fot. MedExpress TV

O możliwościach leczenia chłoniaka z dużych komórek typu B, najczęstszego spośród chłoniaków mówi prof. Iwona Hus, prezes Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów.

Pani Profesor, co jest największym wyzwaniem w leczeniu chłoniaka z dużych komórek typu B?

Chłoniak z dużych komórek typu B stanowi około 30 procent rozpoznanych chłoniaków. Około dwóch trzecich chorych ma powyżej 60 lat. Należy podkreślić, że chorych leczymy z intencją wyleczenia, niezależnie czy pacjent ma 30 czy 80 lat, o ile może tolerować odpowiednie dla niego leczenie. Pierwsza linia leczenia, czyli połączenie chemioterapii z przeciwciałem monoklonalnym anti-CD20, to standard od lat. Około 55-60 procent chorych można już po pierwszej linii wyleczyć. Problemem jest pozostałe 40 procent chorych, którzy są oporni na leczenie pierwszej linii albo mają nawrót.

Jakie są wtedy możliwości?

Dalsze postępowanie będzie zależało od tego, czy taki pacjent może otrzymać wysokodawkowaną chemioterapię i autologiczną transplantację komórek krwiotwórczych, ponieważ część z tych chorych można jeszcze przy pomocy tej metody wyleczyć. Jednak tylko połowa z nich odpowie na to leczenie i też u

części po transplantacji autologicznej choroba nawróci. To też jest trudna sytuacja kliniczna. Czyli chorzy oporni na terapię tzw. ratunkową drugiej linii, ci którzy nawrócą szybko po transplantacji, to również chorzy, dla których wcześniej skutecznej opcji leczenia nie było. I wreszcie jest grupa pacjentów, którzy z powodu wieku czy chorób współistniejących nie kwalifikują się do transplantacji autologicznej komórek krwiotwórczych. Do niedawna opcją leczenia dla tych pacjentów był inny rodzaj chemioterapii z przeciwciałem anti-CD20, czyli rytuksymabem niż ten stosowany w pierwszej linii. Niestety schematy te nie były skuteczne, a mediana czasu przeżycia wynosiła tylko kilka miesięcy. Wcześniejsze badania z nowymi cząsteczkami skutecznymi w innych chłoniakach nie przyniosły specjalnej poprawy rokowania. Natomiast od niedawna mamy nowe możliwości. Pierwsza to terapia Car-t, czyli immunoterapia przy pomocy chimerycznych receptorów limfocytów T z ekspresją receptorów skierowanym przeciw odpowiednim antygenom na komórce nowotworowej. Takie leczenie zgodnie z badaniami klinicznymi pozwala na uzyskanie trwałej remisji u około 40 procent chorych i może być prowadzona w aktywnej chorobie, a także u osób starszych. Ale ma też trochę ograniczeń: pacjent musi doczekać do kwalifikacji do takiej terapii i do wytworzenia tych komórek. Zdarzało się, że chorzy ginęli, nie doczekując tego leczenia. Trzeba wspomnieć, że cały czas toczą się rozmowy, aby ta terapia była refundowana. Drugim przełomem jest nowe przeciwciało monoklonalne sprzężone z lekiem cytostatycznym, czyli polatuzumab wedotyny. To jest lek, w którym przeciwciało monoklonalne, w odróżnieniu od „nagich” przeciwciał, które mają uruchamiać mechanizmy układu immunologicznego niszczące komórki nowotworowe, ma za zadanie doprowadzić cytostatyczny lek do komórki nowotworowej. Ten kompleks zostaje wchłonięty do komórki i uwalniany jest (przeciwciało) lek, który niszczy komórkę nowotworową. Lek ten jest zarejestrowany w połączeniu ze schematem immunochemioterapii BR (bendamustyna, rytuksymab). Zastosowanie takiego leczenia prowadzi do wydłużenia całkowitego czasu przeżycia u chorych na oporną, nawrotową postać DLBCL, czyli coś, czego nie udało się uzyskać przez wiele lat przy pomocy innych leków. Bardzo istotne są odsetki całkowitej odpowiedzi, bo przekraczają 40 procent vs. 17 przy samym schemacie BR. Jest to więc bardzo wartościowe leczenie, które co warto podkreślić, możemy zastosować od razu, czyli nie musimy czekać. Tzn. moglibyśmy zastosować, gdyby terapia była w Polsce dostępna, ale niestety nie jest refundowana. Schemat jest zarejestrowany dla chorych na oporną nawrotową postać chłoniaka DLBCL, którzy nie kwalifikują się do wysokodawkowej chemioterapii i transplantacji autologicznej już po pierwszej linii leczenia. I zastosowany jako druga linia pozwala uzyskać najlepsze wyniki, chociaż jest skuteczny również po kilku liniach terapii. Jest to ważna opcja zarówno dla starszych chorych, ale również dla młodszych, których z powodu aktywnej choroby nie można zakwalifikować do autologicznej transplantacji.

Jak ważny jest czas w przypadku tej choroby?

Chłoniak z dużych komórek B jest agresywnym nowotworem i postęp choroby, zwłaszcza w postaci opornej/nawrotowej często jest gwałtowny. Czas ma tu zatem ogromne znaczenie. Z tego powodu ważne jest, aby mieć do dyspozycji leczenie ratunkowe, które można mieć „na półce” (*of the shelf*) i od razu zastosować.