

## **Monoclonal gammopathy of undetermined significance: a consensus statement**

*Berenson JR, Anderson KC, Audell RA et al., BJH 150, 2010, 28-38*

### Úvod

Monoklonální gamapatie nejasného významu (MGUS) je benigní proliferativní onemocnění plazmatické buňky s potenciální progresí do mnohočetného myelomu či jiné maligní B-buněčné choroby. Současně jsou tyto pacienti zatíženi vyšším rizikem vzniku periferní neuropatie, venózního tromboembolismu nebo rozvoje osteoporózy či osteopenie spojenými se zvýšeným rizikem vzniku fraktur. Následující shrnutí je vůbec prvním doporučením pro management pacientů s MGUS.

### Doporučení

U koho provést screening na MGUS?

Na přítomnost MGUS by měli být otestováni pacienti s výskytem osteoporózy či osteopenie nepřiměřeně k věku (tj. ženy před menopauzou, muži < 65 let s klinickým nálezem susp. ze snížení kostní hmoty), nevysvětlitelné proteinurie či elevace celkové bílkoviny v krvi či ne vysvětlitelné periferní neuropatie a všichni Afroameričané.

Jaké testy by měly být provedeny?

Základním testem je elektroforéza a imunofixace séra a moče. Pokud je tímto testem přítomnost monoklonálního imunoglobulinu (mIg) potvrzena, měl by být určen jeho typ a množství, jejichž pomocí lze určit riziko progresu do závažnější choroby. Dále vždy krevní obraz a základní biochemie. Vhodné může být i provedení testu na volné lehké řetězce (free light chains, FLC). Ohledně vyšetření kostní dřeně nepanuje mezi odborníky shoda, lze doporučit její vyšetření u pacientů s vysokým rizikem.

Laboratorní sledování?

V iniciační fázi je vhodné testy opakovat co 3-6 měsíců. Další intervaly se mohou lišit dle množství mIg a dalších rizikových faktorů pro progresi do závažnější choroby (RF).

Posouzení postižení kostí?

Iniciálně je vhodné určit postižení kostí u všech pacientů, minimálně však u pacientů s bolestmi kostí, vyššími hodnotami mIg či jinými RF. Vhodné je provedení RTG snímků (zjištění lytických lézí, fraktur), zásadní je však provedení denzitometrie nejlépe centrální oblasti k určení osteoporózy či osteopenie. V dalším průběhu jsou tato vyšetření doporučena jen při podezření na progresi kostního postižení či progresi MGUS do závažnější choroby.

Léčba

Dosud nebyla definována léčba, která by zabránila rozvoji závažnější choroby u pacientů s MGUS.

Vhodná je optimalizace příjmu vitamínu D a kalcia. Všichni pacienti s MGUS a T-score  $\leq 1$  by měli mít denní příjem vitamínu D 800-1000 IU a kalcia 1200-1500 mg. Při přítomnosti deficitu vitamínu D musí být denní dávky přiměřeně zvýšeny a hladina pravidelně monitorována.

U pacientů s MGUS a osteoporózou či osteopenií by měla být zvážena terapie kostní antiresorptivní terapie, nejlépe bisfosfonáty. Pokud u pacienta vznikne fraktura, měl by být ošetřen u specialisty; vhodnou možností léčby symptomatické kompresivní fraktury obratle může být kyfoplastika.

Ačkoli je u pacientů s MGUS pozorováno vyšší riziko vzniku tromboembolismu, není rutinní antikoagulační terapie doporučována, je však nutné být si vyššího rizika vědomi.

Zpracovala: MUDr. Marie Langová