

Management of post-transplant lymphoproliferative disorder in adult solid organ transplant recipients – BCSH and BTS guidelines

Parker A, Bowles K, Bradley JA et al., BJH 149, 2010, 693-705

Úvod

Potransplantační lymfoproliferativní choroba je nejčastější příčinou s rakovinou souvisejícího úmrtí u pacientů po transplantaci solidních orgánů. Optimální léčba není jasně definovaná pro nedostatek randomizovaných studií fáze III. Proto British Committee for Standards in Haematology (BCSH) a British Transplantation Society (BTS) vytvořily doporučení pro management PTLD u dospělých po transplantaci solidních orgánů vycházející z klíčové literatury publikované do roku 2007 a několika dalších relevantních publikací. Diagnostika PTLD je shrnuta v jiném dokumentu.

Doporučení

U každého pacienta s PTLD je nutno před zahájením léčby určit klinické stádium nemoci, PTLD histologicky verifikovat a klasifikovat dle WHO a určit EBV status tumoru.

Je-li PTLD lokalizována na stadium I, může být dostačující chirurgická resekce či radioterapie.

Vždy by měla být redukována imunosupresivní léčba na nejnížší tolerovatelnou mez (většinou o 25 až 50 % výchozí hodnoty), a to pod dohledem transplantačního specialisty tak, aby byl transplantovaný orgán zachován.

Pacienti jsou dále rozděleni dle klinického rizika určeného dle přítomnosti jednotlivých rizikových faktorů: věk > 60 let, zvýšená laktátdehydrogenáza (LDH), performance status ECOG 2-4.

- Nízké riziko – 0 rizikových faktorů
- Vysoké riziko – více než 1 rizikový faktor

PTLD s nízkým rizikem a nedostatečnou odpovědí na redukci imunosuprese by měla být léčena rituximabem v monoterapii. Pacienti s vysokým rizikem či s ohrožením životně důležitého orgánu, nebo pacienti s nízkým rizikem, u nichž se nepodařilo dosáhnout remise rituximabem v monoterapii, by měli být směřováni k léčbě chemoterapií založené na antracyklinech (v kombinaci s rituximabem u B-lymfoproliferací).

U PTLD postihující CNS je doporučována redukce imunosuprese následovaná lokální radioterapií (fakultativně s kortikoterapií). U mladých pacientů v dobré kondici může být zvažována i terapie vysokodávkovaným methotrexátem.

V podpůrné léčbě při probíhající chemoterapii je doporučeno profylaktické podávání G-CSF, antibiotik, antivirotik a antimykotik.

Ostatní léčebné postupy (EBV-specifické cytotoxické T-lymfocyty, antivirotika s arginin butyrátem, interferon alfa či intravenózní imunoglobuliny) nejsou doporučeny mimo užití v rámci klinických studií.

Při dosažení odpovědi na léčbu by měla být imunosuprese udržována v co nejnížší dávce zamezující rejekci orgánu. U pacientů, u nichž štěp selhal, či byl resekován, je nutno zvažovat retransplantaci. Pokud to klinická situace dovolí, interval od zvládnutí PTLD po retransplantaci by neměl být kratší 1 roku, aby riziko rekurence PTLD bylo co nejnížší.