

Reccomendations for Initial Evaluation, Staging, and Response assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma: The Lugano Classification

Cheson BD, Fisher RI, Barington SF et al., J Clin Oncol 2014; 32: 3059-3067

Úvod:

Stážování (staging) definuje místo a rozsah onemocnění, nabízí prognostické informace, dovoluje srovnání mezi studiemi a poskytuje základ, vůči kterému je hodnocena léčebná odpověď. Původní stážovací systém (dle Ann Arbor) byl vytvořen před zavedením výpočetní tomografie (CT) pro Hodgkinův lymfom (HL), zahrnoval čtyři stadia a subklasifikaci celkových příznaků A a B (přítomnost horečky, nočního pocení, váhového úbytku). Tzv. Cotswoldská klasifikace formálně zahrnula do stagingu CT a zavedla „X“ označení pro bulky nemoc a termín nepotvrzené kompletní remise „CRu“. První všeobecně přijatá kritéria léčebné odpovědi pro Nehodgkinovy lymfomy (NHL), byla publikována v roce 1999. Revize z roku 2007 zahrnula vyšetření pozitronovou emisní tomografií (PET), imunohistochemické a flowcytometrické vyšetření kostní dřeně, přičemž eliminovala kategorii „CRu“. Smyslem aktuální revize je optimalizace parametrů stagingu i hodnocení léčebné odpovědi pro lymfomy, které bude relevantní pro lékaře-specialisty, investigátory i pro kooperativní skupiny.

Doporučení pro vstupní vyšetření

Základem je přesná diagnóza lymfomu, která závisí na morfologickém, imunohistochemickém a flowcytometrickém vyšetření zkušeným patologem. Jehlová biopsie je pokládána za nedostačující (lze ji indikovat jen při nemožnosti provést klasickou biopsii). Dle aktivity na PET/CT lze zvolit místo optimální biopsie.

PET/CT by měl být doporučen pro rutinní staging FDG-avidních lymfomů jako „zlatý standard“. U ostatních lymfomů je metodou volby CT. CT lépe než PET také zobrazuje struktury plicních hilů, umožňuje dobré měření lézí a také je vhodnější pro plánování radioterapie.

Veškeré nodální i extranodální léze s akumulací aktivity na PET/CT jsou považovány za postižené lymfomem. U lézí posuzovaných na CT je rozhodující měření tzv. „targetových“ (měřitelných) uzlin/ infiltrátů v nejdelší ose (LDi). Targetová uzlina má LDi alespoň 1.5cm (alespoň 1.0 cm u extranodálních infiltrátů). Menší nebo neměřitelné léze jsou kvalifikovány jako „non-target“ (neměřitelné). Zpravidla se volí maximálně šest reprezentativních targetových lézí.

„Bulk“ je u HL definován jako léze alespoň 10cm, nebo alespoň třetina transtorakálního průměru hrudníku. U NHL naproti tomu bývá bulk definován různě mezi 6-10cm. Splenické postižení je lépe definováno na PET/CT a znamená splenomegalii (≥ 13 cm) s difúzní, fokální nebo miliární PET aktivitou. Postižením jater se rozumí difúzní nebo fokální aktivita na PET, klinické nebo CT měření prosté hepatomegalie není průkazem infiltrace lymfomem. U

pacientů s HL a DLBCL při negativním PET se již nemusí provádět trepanobiopsie. U ostatních lymfomů se nadále doporučuje unilaterální biopsie kostní dřeně, velikost kostního válce by měla být alespoň 2.5cm.

Modifikovaná Ann Arbor klasifikace považuje za limitovaná stadia I a II, pokročilá stadia jsou potom II bulky, III a IV. Označení „E“ je relevantní jen pro extranodální léze u stadií I a II. Přítomnost B–symptomů je relevantní pouze u HL, u ostatních lymfomů není třeba symboly A/B uvádět (nemají dopad na prognózu).

Hodnocení léčebné odpovědi

Hodnocení léčebné odpovědi po ukončení léčby je přesnější dle PET/CT, speciálně pro pacienty s parciální odpovědí dle CT u DLBCL, FL a HL. Hodnocení aktivity PET by mělo být s použitím 5-bodové škály (Deauville). Kompletní metabolická odpověď s perzistentní masou je považována za kompletní remisi. Parciální odpověď je definována jako zmenšení sumy součinů kolmých rozměrů lézí o více než 50%, přičemž se měří maximálně 6 reprezentativních lézí. Progrese je definována dle CT jako zvětšení součinu kolmých lézí o alespoň 50% oproti nejmenšímu dřívějšímu rozměru jediné uzliny/infiltrátu. Kontrolní CT nebo CT/PET v remisi nejsou indikovány u pacientů s DLBCL nebo HL, naopak měli by být zváženy u pacientů s reziduální intraabdominální či retroperitoneální chorobou.

Závěr:

Přesné vyšetření před léčbou a hodnocení léčebné odpovědi jsou klíčové pro optimální péči o pacienty s lymfomy. Nejvýznamnějšími změnami aktuální revize je zavedení PET/CT do stagingu, opuštění trepanobiopsie u pacientů s negativním PET u HL, DLBCL a hodnocení léčebné odpovědi pomocí 5-bodové škály. Současná doporučení přinášejí potřebnou standardizaci hodnocení pro klinickou praxi i studie.