

ZMĚNY V KLINICKÉ PRAXI S DOPADEM NA PACIENTY TRPÍCÍ CLL

Některé odborné společnosti vydaly k léčbě o něco odlišná doporučení. V příslušných případech nahlédněte do místních doporučení.

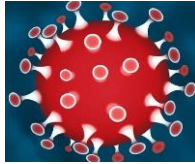
USA - American Society of Hematology (ASH):

ASH jednoznačně doporučuje léčbu odložit, pokud je to možné. Pokud jde o pacienty, kteří léčbu potřebují bezodkladně, ASH potvrzuje, že s ohledem na faktory související s chorobou a konkrétními pacienty dosud představuje nejlepší možnost léčby. Pokud je k dispozici více než jedna možnost, měla by být upřednostněna ta, kterou lze poskytovat ambulantně a jež zahrnuje méně návštěv na klinice a laboratorních testů. ASH zdůrazňuje, že dochází k pokusům vyhnout se léčbě zahrnující monoklonální protilátky (rituximab, obinutuzumab) nebo ji vynechat, obzvláště pokud probíhá v kombinaci s cílenými preparáty. K zahájení léčby venetoclaxem je potřeba dostavit se na bezpečet rozsáhlých klinických vyšetření, jež zahrnují laboratorní testy. Za předpokladu, že se v případě daného pacienta nejedná o tu nejvhodnější metodu léčby, by se venetoclax pokud možno nasazovat neměl.

Co se týče otázek, zda se něco mění pro pacienty s COVIDem-19, kteří již kvůli CCL podstupují léčbu: ASH uvádí, že kdykoli je to možné, usiluje o to minimalizovat počet prohlídek těch, kdo jsou ve stabilním stavu a vedou si dobře. Pokud je nutná kontrolní prohlídka, doporučuje se využít laboratoře, které jsou blíže pacientovu domovu, a využít možnosti telemedicíny. S výjimkou monoklonálních protilátek anti-CD20 a nitrožilního podávání imunoglobulinu se u nezasažených pacientů v nepřetržité terapii proti CCL většinou pokračuje.

Pokud jde o otázky, zda by pacienti s CLL měli pokračovat v imunoglobulinové substituční léčbě, ASH shrnuje své aktuální praktiky následovně: u pacientů s CLL a bez COVIDu-19 se s nitrožilním podáváním imunoglobulinu pokračuje pouze v pečlivě vybraných případech, jejichž anamnéza zahrnuje hypogamaglobulinémii a aktivní či opakující se těžké infekce, přičemž nad potenciálními klady převažují rizika spojená s příchodem na kliniku za účelem infuze. I v těchto případech by však měla být zvažena nižší četnost infuzí, pokud je to možné (např. každých 6–8 týdnů), s cílovou hladinou IgG 400-500 mg/dl. U pacientů s CLL a COVIDem-19 lze v nitrožilním podávání pokračovat. Vzhledem k vysokému riziku tromboembolických příhod (TE) v kombinaci s COVID-em 19 ASH doporučuje vyhodnotit u každého pacienta rizika a přínosy a pozorně monitorovat, zda se neobjeví příznaky TE.

A konečně na otázky, zda by pacientovi, který se léčí na CLL a při testu mu vyšel pozitivní výsledek na SARS-COV2, měla by být změněna/upravena léčba a zda se nový přístup bude určovat v závislosti na typu terapie (BTKi, PI3Ki, venetoclax, protilátky, chemoimunoterapie atd.), nebo na vážnosti virové infekce, odpovídá ASH následovně: „U pacientů, kteří trpí mírnými příznaky a léčí se ambulantně, terapii neupravujeme. Rozhodnutí ohledně úpravy léčby u pacientů se závažnějšími symptomy závisí na porovnání agresivity CLL a anamnézy četných infekcí s teoretickým rizikem závažnějších



komplikací spojených s nemocí COVID. V současnosti není dostatek důkazů, z nichž by vyplývalo, že k různým třídám cílených léků na CLL by se mělo přistupovat odlišně, a rozhodnutí ohledně pozdržení nebo pokračování léčby probíhají v závislosti na daném případě. Panuje obecná shoda o pozastavení monoklonálních protilátek u pacientů, kteří byli pozitivně otestováni na COVID+. Pokud byl pacientovi nasazen inhibitor BCR signalizace (ibrutinib, acalabrutinib, idelalisib, duvelisib), může mít vysazení za následek zhoršení CLL a uvolnění cytokinu, který umí napodobit jisté symptomy COVID-u 19. Obecně vzato tyto symptomy pominou krátce po opětovném nasazení inhibitoru BCR signalizace.“

Spojené království – CLL Forum – Praktické zásady organizace UK CLL Forum pro léčbu CLL během pandemie nemoci COVID:

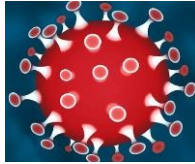
Tyto rady jsou výsledkem shodného hlediska odborníků na CLL s ohledem na aktuální praktiky pro zmírnění následků pandemie COVIDu-19 ve Spojeném království. Nepředstavují součást běžné praxe, nýbrž snahu snížit riziko nákazy u pacientů s poruchami krve.

Praktické zásady organizace [UK CLL Forum](#) pro léčbu CLL během pandemie COVIDu-19 jasně uvádějí, že v léčbě britských pacientů s CLL a péči o ně dojde k významným změnám, aby bylo riziko po dobu trvání pandemie sníženo. Podstatou mnoha změn je snížení rizika nákazy koronavirem, a to omezením zbytečných ošetření a chemoterapie, které mohou riziko zvyšovat, nebo odložením léčby, je-li to možné, tj. za předpokladu, že odložení léčby pacientovi neškodí.

Změny si dále kladou za cíl snížit dobu, již pacienti tráví na klinice, a snížit tak i riziko nákazy. Z toho důvodu jsou upřednostňovány terapie, které mají za následek menší docházku do nemocnice. Po dobu trvání krize je v souladu s aktuální praxí nabízet léčbu BTKi.

Obecný postřeh: Klíčový problém, s nímž se lékaři a zdravotníci budou ve Spojeném království potýkat, je informování a pozorování pacientů. Mnoho poskytovatelů zdravotní péče bude během pandemie pravděpodobně přeřazeno, jelikož běžná zařízení budou vyhrazena boji s COVIDem-19. Je pravděpodobné, že komunitní přístup k primární péči v souvislosti s krví atp. bude narušen, poněvadž COVID-19 bude mít dopad na místní služby.

Veškerá aktuální doporučení, jež organizace UK CLL Forum britským lékařům udílí, jsou k dispozici [zde](#).



Německo - Německé hematologické a onkologické sdružení (DGHO):

Německé hematologické a onkologické sdružení (DGHO) vydalo ohledně pacientů s CLL po dobu pandemie následující doporučení:

- Jakákoli léčba indikovaná v souladu s aktuálními zásadami by měla být provedena nebo by se v ní mělo pokračovat. DGHO se domnívá, že pro kontrolu infekcí je obecně vzato lepší, pokud je nádorová choroba řízena.
- V případě asymptomatických chorob a nízkého tlaku na terapii, např. při pomalém růstu počtu lymfocytů, lze zahájení léčby v první linii nebo léčby recidivy odložit. Zde je třeba vzít v potaz další rizikové faktory, dynamiku choroby a situaci, která panuje na poli regionální péče.
- Při hypogamaglobulinémii s funkčním nedostatkem protilátek se doporučuje imunoglobulinová substituční léčba. Pokud panuje riziko, že kvůli léčbě dojde k neutropenii, indikuje se podpůrné podávání G-CSF (faktoru stimulujícího granulocytární kolonie).