

DIAGNOSTICKÉ A LÉČEBNÉ POSTUPY U NEMOCNÝCH S MALIGNÍMI LYMFOMY

XI. VYDÁNÍ

David Belada, Marek Trněný
a kolektiv autorů Kooperativní lymfomové skupiny

CLSG  KLS
Czech Lymphoma Study Group
Kooperativní lymfomová skupina



Česká hematologická
společnost ČLS JEP

Září 2020

jedenácté (9. tištěné), doplněné a přepracované vydání

Editoři:

MUDr. David Belada, Ph.D.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.

IV. interní hematologická klinika, FN a LF UK Hradec Králové
I. interní klinika 1.LF UK a VFN Praha

Spoluautoři:

MUDr. Vít Campr
prof. MUDr. Michael Doubek Ph.D.
MUDr. Kateřina Dědečková
doc. MUDr. Andrea Janíková Ph.D.
MUDr. Pavel Jindra Ph.D.
doc. MUDr. Pavel Klener Ph.D.
MUDr. Ondřej Kopecký
MUDr. Michal Kouba
MUDr. Zdeněk Král CSc.
MUDr. Kateřina Kopečková
MUDr. Jana Marková
MUDr. Heidi Móciková Ph.D.
MUDr. Aleš Obr Ph.D.
MUDr. Jindřich Polívka
prof. MUDr. Vít Procházka Ph.D.
MUDr. Robert Pytlík Ph.D.
MUDr. MgA Kateřina Rusinová Ph.D.
prof. MUDr. Lukáš Smolej Ph.D.
MUDr. Alice Sýkorová Ph.D.
MUDr. Cyril Šálek Ph.D.
MUDr. David Šálek
MUDr. Lenka Šmardová
MUDr. Martin Špaček Ph.D.
MUDr. Veronika Válková CSc.
prof. MUDr. Samuel Vokurka Ph.D.

Ústav patologie a molekulární medicíny, FN v Motole
Interní hematologická a onkologická klinika FN Brno
Proton Therapy Center Czech, Praha
Interní hematologická a onkologická klinika FN Brno
Hemato-onkologické oddělení, FN Plzeň
I. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha
Centrum podpůrné a paliativní péče, VFN Praha
ÚHKT Praha
Interní hematologická a onkologická klinika FN Brno
Onkologická klinika FN v Motole
Interní hematologická klinika FNKV, Praha
Interní hematologická klinika FNKV, Praha
Hematoonkologická klinika FN Olomouc
I. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha
Hematoonkologická klinika FN Olomouc
ÚHKT Praha
KAR – VFN Praha
IV. interní hematologická klinika, FN a LF UK HK
IV. interní hematologická klinika, FN a LF UK HK
ÚHKT Praha
Interní hematologická a onkologická klinika FN Brno
Interní hematologická a onkologická klinika FN Brno
I. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha
ÚHKT Praha
Onkologická a radioterapeutická klinika FN Plzeň

Spoluautoři pediatrických témat:

MUDr. Hana Bučková Ph.D.
MUDr. Edita Kabičková Ph.D.
prof. MUDr. Jaroslav Štěrba Ph.D.

Kožní odd. I. Dětské kliniky FN sP Brno
Klinika dětské hematologie a onkologie, FN Motol
Klinika dětské onkologie, FN Brno

Diagnostické a léčebné postupy uvedené v této publikaci jsou příkladem, jak lze u nemocných postupovat. Autoři však nenesou odpovědnost za volbu konkrétního postupu u konkrétního nemocného. Za ten je plně zodpovědný ošetřující lékař. Platí to plně i pro dávkování jednotlivých léků. Diagnostické a léčebné postupy jsou také umístěny na stránkách Kooperativní lymfomové skupiny – www.lymphoma.cz, kde probíhá jejich pravidelná aktualizace.

Tato publikace byla podpořena výzkumným záměrem PROGRES Q40/08 (FN HK), MZ ČR – RVO (FNOL, 00098892), PROGRES Q28/LF1 (I. IK-hematologie, VFN a LF1 UK) a projektem institucionálního výzkumu MZČR – FNPI, 00669806.

Vydavatel: KAP CZ, s.r.o.
ISBN 978-80-86780-61-0
Náklad: 500 ks

Obsah

| | | |
|----------|---|----|
| I. | Úvod | 9 |
| II. | Epidemiologie lymfomů | 10 |
| III. | Diagnostika a staging lymfomů | 14 |
| III.1 | Odběr vzorku | 14 |
| III.1.1 | Obecné poznámky k odběru vzorku | 14 |
| III.1.2 | Morfologická diagnostika lymfomů | 14 |
| III.1.3 | Minimální doporučený postup při diagnostice high-grade B lymfomu s přestavbami genů MYC a BCL2 anebo BCL6 (tzv. double hit lymfom, DHL) | 15 |
| III.1.4 | Doporučený postup při odběru a zpracování diagnostického vzorku | 16 |
| III.1.5 | Opakovaný odběr..... | 17 |
| III.1.6 | Bioptický nález | 17 |
| III.1.7 | Vyšetření volné nádorové DNA (ctDNA) – tekutá biopsie lymfomů | 18 |
| III.2 | Klasifikace lymfomů podle WHO | 19 |
| III.3 | Vstupní vyšetření – přehled..... | 22 |
| III.3.1 | Soubor základních vyšetření | 22 |
| III.3.2 | Fakultativní vyšetření prováděná v indikovaných případech..... | 24 |
| III.3.3 | Specifická stagingová vyšetření u primárních kožních lymfomů..... | 25 |
| III.3.4 | Mini-mental state examination (MMSE)..... | 27 |
| III.3.5 | Vyšetření k posouzení potenciální toxicity léčby | 29 |
| III.3.6 | Opatření k zachování fertility | 29 |
| III.3.7 | Hodnocení celkového stavu – WHO klasifikace, Karnofsky | 30 |
| III.3.8 | Hodnocení schopnosti denních aktivit – ADL (activities of daily living) ... | 31 |
| III.3.9 | Hodnocení přidružených komorbidit..... | 32 |
| III.4 | Stanovení klinického stádia (KS)..... | 33 |
| III.4.1 | Ann-Arbor klasifikace (revidovaná Lugano klasifikace 2014) | 33 |
| III.4.2 | Postižení s extralymfatickým šířením = klinické stádium dle modifikované Ann Arbor klasifikace (dle dohody KLS)..... | 36 |
| III.4.3 | Lymfomy GIT – revidovaná Blackledge klasifikace..... | 38 |
| III.4.4 | Klasifikace Mycosis fungoides a Sézaryho syndromu (MF/SS) | 39 |
| III.4.5 | Klasifikace primárních kožních lymfomů jiných než MF/SS..... | 41 |
| III.4.6 | Klinická stádia maligních lymfomů u dětí..... | 43 |
| III.5 | Stanovení rizika – prognostické faktory..... | 45 |
| III.5.1 | Prognostické faktory pro agresivní lymfomy..... | 45 |
| III.5.2 | Vyšetření ke stanovení prognosticky odlišných podskupin u DLBCL a high-grade B-lymfomů..... | 49 |
| III.5.3 | PIT – Prognostický index pro periferní T-lymfomy | 50 |
| III.5.4 | Prognostické faktory pro indolentní lymfomy | 51 |
| III.5.5 | MIPI pro lymfom z buněk pláštěvé zóny..... | 54 |
| III.5.6 | Stanovení prognózy u Waldenströmovy makroglobulinémie | 56 |
| III.5.7 | Prognostické faktory pro vysoce agresivní lymfomy | 58 |
| III.5.8 | Prognostická skóre pro PCNSL | 58 |
| III.5.9 | Prognostická skóre pro primární kožní lymfomy | 60 |
| III.5.10 | Prognostické faktory a stádia Hodgkinova lymfomu | 63 |

| | | |
|-------------|---|------------|
| IV. | Klasifikace léčebné odpovědi | 67 |
| IV.1 | Revidovaná Chesonova kritéria | 67 |
| IV.1.1 | Některé změny z roku 2014 (Cheson JCO 2014) oproti kritériím z roku 2007 | 68 |
| IV.1.2 | Doporučení pro použití PET nebo PET/CT | 69 |
| IV.2 | Definice léčebné odpovědi dle platných doporučení | 70 |
| IV.2.1 | Kompletní remise (CR) | 70 |
| IV.2.2 | Parciální remise (PR)..... | 71 |
| IV.2.3 | Stabilní choroba (SD)..... | 72 |
| IV.2.4 | Relaps / progrese choroby..... | 72 |
| IV.2.5 | Léčebná odpověď zjednodušeně dle PET/CT a CT | 74 |
| IV.2.6 | Hodnocení léčebné odpovědi pro nemocné s lymfomy u léků ovlivňujících imunitní systém | 75 |
| IV.3 | Klasifikace léčebná odpovědi pro Waldenströmovu makroglobulinémii, | 76 |
| IV.4 | Klasifikace léčebné odpovědi pro PCNSL | 77 |
| IV.5 | Klasifikace léčebné odpovědi pro CTCL | 78 |
| IV.6 | Definice základních parametrů pro hodnocení léčby a prognózy | 80 |
| V. | Indolentní lymfomy | 81 |
| V.1 | Charakteristika skupiny a obecné poznámky..... | 81 |
| V.2 | Folikulární lymfom | 84 |
| V.2.1 | Klinické stádium I a II – léčba 1. Linie | 85 |
| V.2.2 | Klinické stádium II (vysoké riziko*) – IV, léčba 1. linie | 85 |
| V.2.3 | Léčba nemocných s FL pokročilého stádia s malou nádorovou masou . | 86 |
| V.2.4 | Léčba nemocných s FL pokročilého stádia s velkou nádorovou masou dle GELF | 86 |
| V.2.5 | Léčba relapsu FL | 87 |
| V.3 | Lymfom z malých lymfocytů/chronická lymfocytární leukémie (SLL/CLL)..... | 88 |
| V.3.1 | SLL/CLL – terapie | 89 |
| V.3.2 | Principy léčby relapsu SLL/CLL..... | 91 |
| V.4 | Lymfomy z marginální zóny | 93 |
| V.4.1 | Splenický difúzní B-lymfom z malých buněk (splenický lymfom z marginální zóny – SMZL) | 93 |
| V.5 | Waldenströмова makroglobulinémie /lymfoplazmocytární lymfom | 95 |
| V.5.1 | WM – principy léčby | 95 |
| VI. | Agresivní lymfomy | 97 |
| VI.1 | Difúzní velkobuněčný B-lymfom a příbuzné entity | 97 |
| VI.1.1 | DLBCL – léčba 1. linie | 100 |
| VI.1.2 | Léčba nemocných s relapsem DLBCL | 102 |
| VI.2 | Zralé T/NK lymfomy | 103 |
| VI.2.1 | Léčba periferních T lymfomů v 1. linii | 105 |
| VI.2.2 | Léčba relapsů periferních T-lymfomů | 106 |
| VII. | Lymfom z plášťových buněk – mantle cell lymphoma (MCL) | 107 |
| VII.1 | MCL – Léčba 1. linie | 108 |
| VII.1.1 | Pacienti schopní vysokodávkované terapie (do 65 let) | 108 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| VII.1.2 | Pacienti schopní středně intenzivní chemoterapie (R-CHOP-like)..... | 109 |
| VII.1.3 | Pacienti nevhodní k středně dávkované terapii (typu R-CHOP-like)..... | 110 |
| VII.1.4 | Pacienti neschopní žádné chemoterapie | 110 |
| VII.2 | Léčba relapsu/progrese onemocnění | 111 |
| VII.2.1 | Pacienti schopní podstoupit alogenní transplantaci | 111 |
| VII.2.2 | Pacienti nevhodní k intenzifikované chemoterapii | 112 |
| VII.2.3 | Pacienti neschopní žádné chemoterapie | 113 |
| VII.3 | Léčba pacientů s postižením CNS | 113 |
| VIII. | Vysoce agresivní lymfomy | 114 |
| VIII.1 | Prekurzorové lymfoidní neoplázie | 114 |
| VIII.1.1 | Léčba první linie..... | 115 |
| VIII.1.2 | Léčba relapsu a refrakterního onemocnění | 116 |
| VIII.2 | Burkittův lymfom (BL)..... | 118 |
| VIII.2.1 | Léčba první linie..... | 119 |
| VIII.2.2 | Léčba relapsu | 119 |
| IX. | Lymfomy u imunokompromitovaných nemocných | 120 |
| IX.1 | B-NHL spojené s AIDS..... | 120 |
| IX.2 | Posttransplantační lymfoproliferativní stavy (PTLD) | 121 |
| X. | Primární extranodální lymfomy | 122 |
| X.1 | Primární GIT lymfomy | 123 |
| X.1.1 | Indolentní lymfomy GIT (MALT):..... | 123 |
| X.1.2 | Agresivní lymfomy GIT (DLBCL, MCL, PTCL)..... | 124 |
| X.2 | Primární lymfomy CNS | 125 |
| X.3 | Primární lymfomy oka..... | 129 |
| X.4 | Primární testikulární lymfomy | 129 |
| X.5 | Primární lymfomy orbity a očních adnex | 129 |
| X.5.1 | Terapie indolentního lymfomu (MZL) | 129 |
| X.5.2 | Terapie agresivního lymfomu | 129 |
| X.6 | Primární lymfomy štítné žlázy | 130 |
| X.6.1 | Terapie indolentního lymfomu (MZL) | 130 |
| X.6.2 | Terapie agresivního lymfomu (DLBCL), včetně případů indolentní varianty s okrsky difúzního růstu | 130 |
| X.7 | Primární kožní lymfomy..... | 131 |
| X.7.1 | Mycosis fungoides | 132 |
| X.7.2 | Sézaryho syndrom | 135 |
| X.7.3 | Primární kožní CD30+ lymfoproliferativní onemocnění | 137 |
| X.7.4 | Primární kožní periferní T-buněčný lymfom – nespecifikovaný a vzácné podtypy CTCL..... | 139 |
| X.7.5 | Primární kožní B-buněčné lymfomy (CBCL) | 139 |
| XI. | Hodgkinův lymfom..... | 145 |
| XI.1 | Hodgkinův lymfom s predominancí lymfocytů (NLPHL)..... | 145 |
| XI.1.1 | NLPHL – léčba 1. linie | 146 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| XI.1.2 | NLPHL – léčba relapsu/refrakterního onemocnění | 147 |
| XI.1.3 | NLPHL – transformace do DLBCL | 147 |
| XI.2 | Klasický Hodgkinův lymfom | 148 |
| XI.2.2 | Hodgkinův lymfom – léčba 1.linie | 149 |
| XI.2.3 | Klasický Hodgkinův lymfom – léčba relapsu | 151 |
| XI.2.4 | Léčba relapsu/progrese HL po ASCT: | 152 |
| XII. | Postavení transplantací v léčbě lymfomů..... | 153 |
| XII.1 | Autologní transplantace v léčbě lymfomů..... | 153 |
| XII.1.1 | Standardní indikace: | 153 |
| XII.1.2 | Individuální indikace (klinická možnost): | 153 |
| XII.1.3 | Podmínky pro autologní transplantaci..... | 153 |
| XII.2 | Alogenní transplantace v léčbě lymfomů..... | 154 |
| XII.2.1 | Podmínky pro alogenní transplantaci | 154 |
| XII.2.2 | Způsob provedení | 154 |
| XII.3 | Indikace k transplantaci krvetvorných buněk dle doporučení ČHS a ČOS | 155 |
| XII.4 | Indikace k transplantaci krvetvorných buněk EBMT | 156 |
| XIII. | Radioterapie u maligních lymfomů | 157 |
| XIII.1 | Obecný úvod | 157 |
| XIII.2 | Základní principy radioterapie..... | 157 |
| XIII.2.1 | Definice cílových objemů (extended-field, involved-field, involved-node) | 158 |
| XIII.2.2 | Doporučení pro jednotlivé extranodální lymfomy | 164 |
| XIII.2.3 | Dávky RT pro jednotlivé typy a stadia lymfomů | 173 |
| XIII.3 | Provedení RT | 174 |
| XIII.3.1 | Plánování RT | 174 |
| XIII.3.2 | Rizikové orgány..... | 175 |
| XIII.3.3 | Ozařovací techniky | 177 |
| XIV. | Diagnostické a léčebné postupy u dětí a dospívajících s maligními lymfomy | 178 |
| XIV.1 | Nehodgkinské lymfomy u dětí a dospívajících | 178 |
| XIV.1.1 | Prekurzorový T- a B- lymfoblastický lymfom | 179 |
| XIV.1.2 | Difúzní B-velkobuněčný lymfom, lymfomy Burkittova typu | 181 |
| XIV.1.3 | Primární mediastinální B-buněčný lymfom (PMBCL)..... | 184 |
| XIV.1.4 | Anaplastický velkobuněčný lymfom (ALCL)..... | 185 |
| XIV.1.5 | Vzácné formy NHL u dětí | 185 |
| XIV.1.6 | Kožní NHL u dětí..... | 185 |
| XIV.1.7 | Folikulární lymfom, pediatrický typ..... | 186 |
| XIV.1.8 | Periferní T-buněčné lymfomy u dětí..... | 186 |
| XIV.1.9 | Primární lymfomy CNS (PCNSL) u dětí | 186 |
| XIV.2 | Hodgkinův lymfom u dětí | 187 |
| XIV.2.1 | Severoamerický systém léčby (COG schéma) | 188 |
| XIV.2.2 | Evropský systém léčby (Studie EuroNet-PHL-C2)..... | 191 |
| XIV.2.3 | Hodgkinův lymfom s lymfocytární predominancí | 193 |
| XIV.2.4 | Hodgkinův lymfom – léčba relapsů onemocnění u dětí | 193 |
| XIV.2.5 | Kardioprotekce u dětí s Hodgkinovým lymfomem | 193 |
| XIV.3 | Perspektivy v oblasti léčby lymfomů dětí..... | 194 |

| | |
|---|------------|
| XV. Podpůrná léčba, profylaxe a řešení vybraných komplikací léčby | 195 |
| XV.1 Cytostatika se specifickým opatřením při aplikaci | 195 |
| XV.2 Hydratace, nefroprotektce a uroprotektce | 195 |
| XV.3 Prevence tumor lysis syndromu | 196 |
| XV.4 Profylaxe tromboembolie | 196 |
| XV.5 Transfuze erytrocytů a trombokoncentrátů | 196 |
| XV.5.1 Deleukotizace transfuze erytrocytů a trombocytů | 196 |
| XV.5.2 Iradiace (ozáření) | 197 |
| XV.5.3 CMV negativní přípravek | 197 |
| XV.6 Neutropenie a růstové faktory granulocyty (G-CSF) | 197 |
| XV.7 Anémie a růstové faktory erythropoiezy (EPO) | 198 |
| XV.8 Antiinfekční profylaxe | 198 |
| XVI. Léčba lymfomů v graviditě | 199 |
| XVII. Lymfomy u starších nemocných | 201 |
| XVIII. Časná podpůrná a paliativní péče u pacientů s lymfomy | 204 |
| XVIII.1 Pojmy a koncepty | 204 |
| XVIII.2 Souhrn literatury | 206 |
| XVIII.3 Pro které pacienty s lymfomem indikovat specializovanou paliativní péči? | 207 |
| XVIII.4 Jak zjistit potřebu specializované podpůrné a paliativní péče? | 208 |
| XIX. Sledování nemocných po terapii lymfomů | 209 |
| XIX.1 Obecná pravidla pro sledování po léčbě | 209 |
| XIX.1.1 Kurabilní lymfomy | 209 |
| XIX.1.2 Nekurabilní lymfomy | 210 |
| XIX.1.3 Obecná pravidla pro nemocné s lymfomy bez léčby (strategie „watch and wait“) | 210 |
| XIX.2 Nežádoucí účinky protilymfomové léčby – chemoterapie a radioterapie | 211 |
| XIX.3 Přehled nežádoucích účinků léčby u lymfomů | 212 |
| XIX.3.1 Sekundární malignity | 212 |
| XIX.3.2 Kardiovaskulární (KV) komplikace | 213 |
| XIX.3.3 Porucha fertility – u mladých pacientů ve fertilním věku | 214 |
| XIX.3.4 Plicní toxicita | 214 |
| XIX.3.5 Poškození činnosti ledvin | 214 |
| XIX.3.6 Poškození kostí | 215 |
| XIX.3.7 Poškození nervového systému | 217 |
| XIX.3.8 Poškození štítné žlázy | 217 |
| XIX.3.9 Imunosuprese a manifestace infekčních komplikací | 217 |
| XIX.4 Sledování dlouhodobých následků po léčbě Hodgkinova lymfomu | 219 |
| XX. Léčebné režimy | 221 |
| XX.1 Standardní chemoterapie | 221 |
| XX.2 Záchrané (salvage) režimy a mobilizační režimy | 226 |
| XX.3 Režimy pro vysoce agresivní lymfomy | 231 |

| | | |
|---------------|--|------------|
| XX.4 | Přípravné režimy pro transplantace..... | 236 |
| XX.5 | Režimy pro CNS lymfomy | 237 |
| XX.6 | Vybraná schémata chemoterapie pro děti a dospívající | 242 |
| XXI. | Vybrané informace k cílené/biologické léčbě..... | 243 |
| XXI.1 | Rituximab | 243 |
| XXI.2 | Brentuximab vedotin | 244 |
| XXI.3 | Ibrutinib | 245 |
| XXI.4 | Idelalisib | 245 |
| XXI.5 | Lenalidomid | 245 |
| XXI.6 | Romidepsin | 245 |
| XXI.7 | Bendamustin | 245 |
| XXI.8 | Obinutuzumab..... | 246 |
| XXI.9 | Nivolumab | 246 |
| XXI.10 | Venetoklax..... | 246 |
| XXI.11 | Pembrolizumab..... | 247 |
| XXI.12 | Copanlisib | 247 |
| XXI.13 | Bortezomib | 247 |
| XXI.14 | Akalabrutinib | 247 |
| XXI.15 | Ibritumomab tiuxetan s radioaktivním ⁹⁰ Yttriem | 247 |
| XXII. | Doporučení pro léčbu CAR-T lymfocyty u pacientů s nehodgkinskými lymfomy .. | 248 |
| XXII.1 | Tisacel (tisagenlecleucel) | 248 |
| XXII.2 | Axixel (axicaptagene ciloleucel)..... | 248 |
| XXII.3 | Bezpečnost CAR-T..... | 249 |
| XXII.4 | Doporučený postup indikace pacienta a vyšetření před aferézou/podáním CAR-T lymfocytů..... | 249 |
| XXIII. | Kontaktní adresy | 250 |
| XXIII.1 | Datacentrum Kooperativní lymfomové skupiny..... | 250 |
| XXIII.2 | Centra intenzivní hematologické péče (CIHP) pro dospělé | 251 |
| XXIII.3 | Komplexní onkologická centra (KOC), která spolupracují s KLS | 253 |
| XXIII.4 | Dermatologická centra s možností preskripce bexarotenu pro léčbu T-lymfomů..... | 255 |
| XXIII.5 | Centra poskytující komplexní péči včetně transplantační dětem a dospívajícím.. | 256 |
| XXIII.6 | Referenční pracoviště patologie | 257 |
| XXIII.7 | Referenční pracoviště paliativní medicíny | 258 |



I. Úvod

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

po dvou letech se vám dostává do rukou již **11. vydání** diagnostických a léčebných postupů (jedná se o 9. tištěnou verzi). Předkládaná doporučení vycházejí z mezinárodních doporučení pro léčbu lymfomů, na druhou stranu se stále snažíme, aby byla přizpůsobena na podmínky a možnosti České republiky.

Novinek oproti minulé verzi je opět celá řada – nově je zařazena kapitola o terapii geneticky modifikovanými T-lymfocyty (CAR-T terapie), objevila se znovu celá řada nových léků nebo rozšíření jejich indikací. Bohužel u celé řady nových léků trvá nezbytnost schválení úhrady, i toto je v textu zdůrazněno. Na druhou stranu nutno připomenout, že systém úhrady je poměrně dynamický, proto velmi doporučujeme orientovat se v oblasti úhrad prostřednictvím oficiálních dokumentů SÚKL. Na konci textu je opět zařazena kapitola „Vybrané informace k cílené/biologické léčbě“, kde jsou shrnuty aktuální poznatky k této moderní terapii. Novinkou v této verzi je zařazování citací přímo do textu dané kapitoly, aby vyhledávání literárních zdrojů bylo jednodušší. Součástí doporučení již není přehled aktuálně běžících klinických hodnocení – vzhledem k častým změnám v běžících nebo nových klinických hodnoceních nyní odkazujeme všechny zájemce na webové stránky www.lymphoma.cz.

Věříme, že předkládaný text vám bude jako v minulosti opět cenným pomocníkem při rozhodování o správné diagnostice a léčbě nemocných s lymfomy v České republice.

David Belada a Marek Trněný za kolektiv autorů

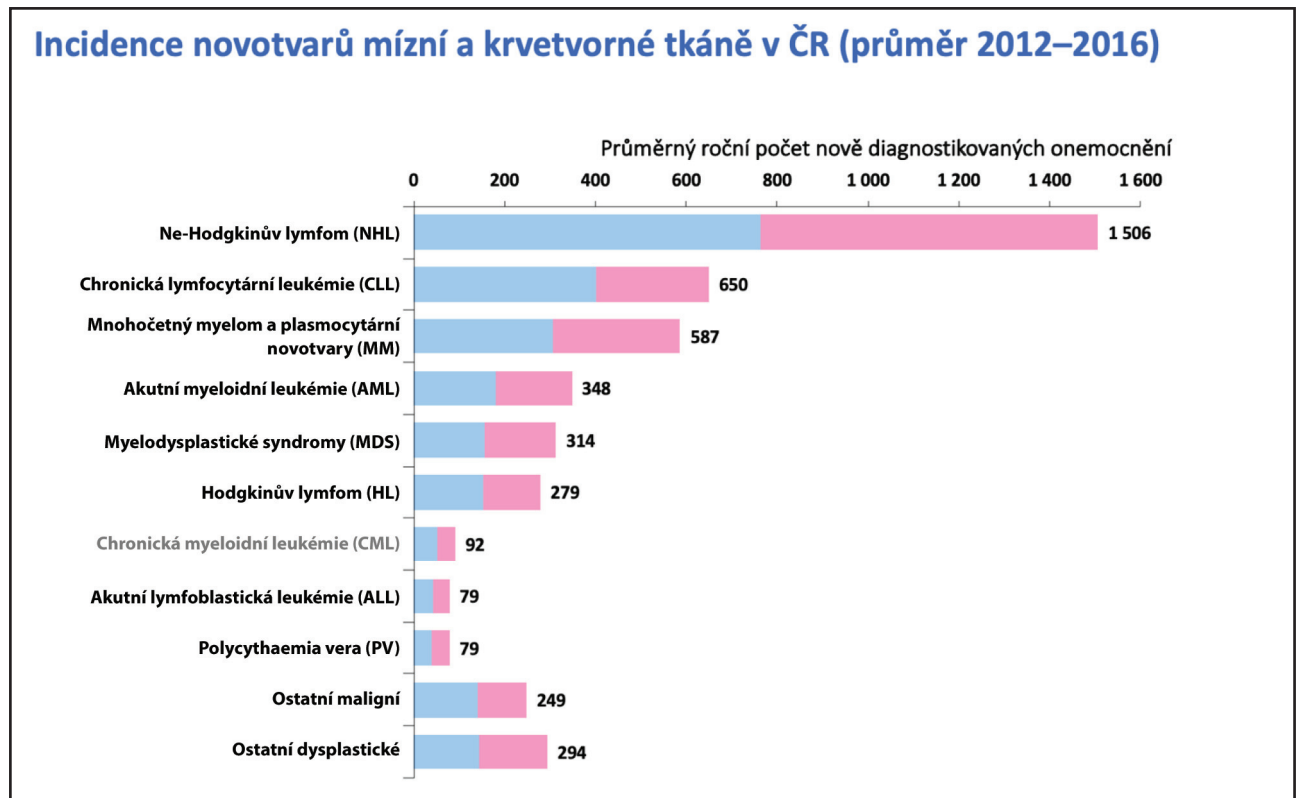
II. Epidemiologie lymfomů

Lymfomy a chronická lymfatická leukémie jako heterogenní skupina nádorů vycházejících z periferních lymfocytů zaujímají po kolorektálním karcinomu, karcinomu plic, prsu a dělohy páté místo v incidenci. Ročně je v ČR diagnostikováno cca 2500 nových pacientů, což představuje prakticky každé 3,5 hodiny nový diagnostikovaný případ.

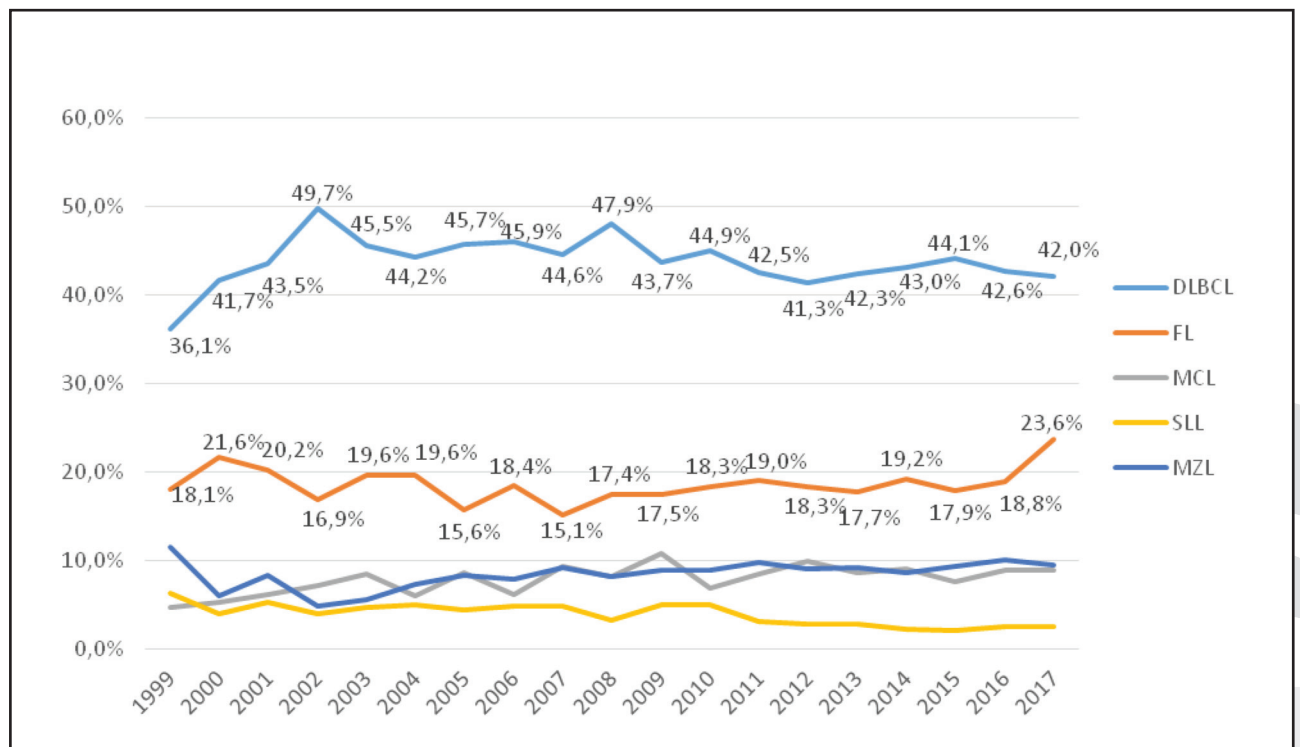
Mezi krevními nádory pak Ne-Hodgkinovy lymfomy (NHL) pak tvoří nejčastější skupinu (Graf 1). Jedná se o heterogenní skupinu onemocnění, která je klasifikována podle WHO klasifikace dělicí lymfoproliferativní nádory na nádory vycházející z prekursorových resp. periferních B či T lymfocytů. Incidence maligních lymfomů v posledních desetiletích stoupala a stoupá i v ČR, tento jev byl zaznamenán jak v Evropě, tak v severní Americe, i když existují zprávy o tom, že vzestup se v posledních letech zastavil. Příčina stoupající incidence není zcela jasná, uvažuje se o vlivu prodlužujícího se věku populace, vzrůstající imunokompromitace populace, ale jednoznačnou odpověď nemáme.

Na základě údajů Ústavu zdravotnických informací ČR lze odhadnout incidenci Hodgkinova lymfomu (HL) na 2,7/100 000 obyvatel, pro NHL to je 14,4 na 100 000 obyvatel (údaje za rok 2016). Odhadem pak v současnosti žije v ČR více než 18 000 obyvatel, u nichž byla učiněna někdy v minulosti diagnóza maligního lymfomu nebo chronické lymfocytární leukémie/malobuněčného lymfomu. v ČR patří k nejčastějším podtypům lymfomu difúzní velkobuněčný lymfom z B lymfocytů (DLBCL) s více než 40% a dále folikulární lymfom (FL) se zhruba 20% podílem ze všech NHL. Tato distribuce jednotlivých podtypů je v průběhu let celkem stacionární a je ilustrována na následujících grafech. Na grafu č.3 je dokumentována vzrůstající incidence a prevalence NHL a HL. V posledních 20 letech došlo k výraznému zlepšení celkového přežití jak nemocných s HL, u něž se 5leté relativní přežití všech diagnostikovaných pacientů zlepšilo z 64,5% (v letech 1990–1994) na 81,4% (v letech 2010–2015). Totéž platí i pro NHL, u nichž došlo ke zlepšení z 41,5% (v letech 1990–1994) na 63,7% (v letech 2010–2015), jak ukazuje obrázek 4.

Graf 1: Incidence krevních nádorů (data Národního onkologického registru)

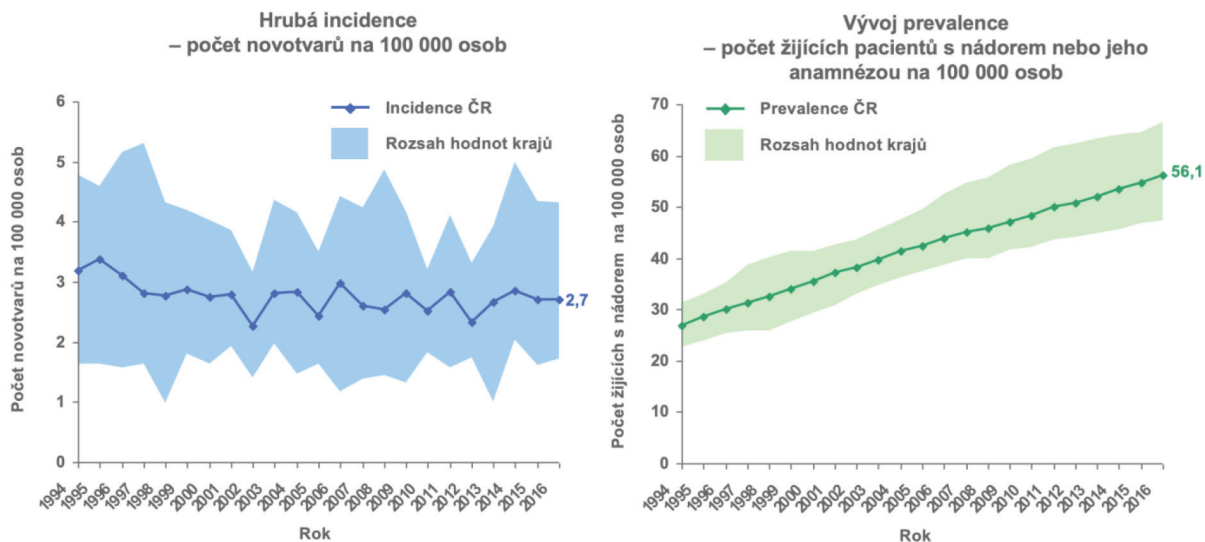


Graf 2: Zastoupení nejčastějších podtypů B lymfomů v ČR v % (data z registru KLS)



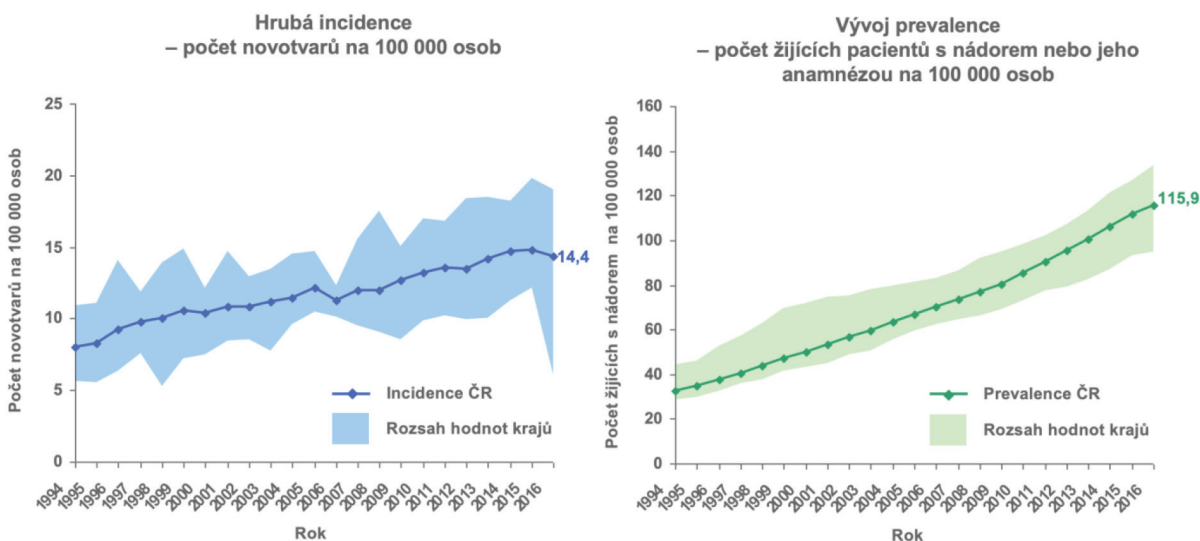
Graf 3: Vývoj incidence a prevalence lymfomů v České republice (data Národního onkologického registru); A: Non-Hodgkinovy lymfomy B: Hodgkinův lymfom

B: Hodgkinův lymfom (HL)



Hodnoty **incidence** (tedy počet nově zjištěných onemocnění) Hodgkinova lymfomu (HL) v České republice i přes mírné kolísání vykazují stagnaci trendu. V roce 2016 bylo v ČR nově diagnostikováno **285 onemocnění**, což je **2,7 na 100 000 osob**. **Prevalence** (tedy počet žijících osob s onemocněním nebo jeho historií k 31. 12. daného roku) Hodgkinova lymfomu v České republice setrvale roste. K 31. 12. 2016 žilo v ČR **5 932 osob** s tímto onemocněním, což je **56,1 na 100 000 osob**.

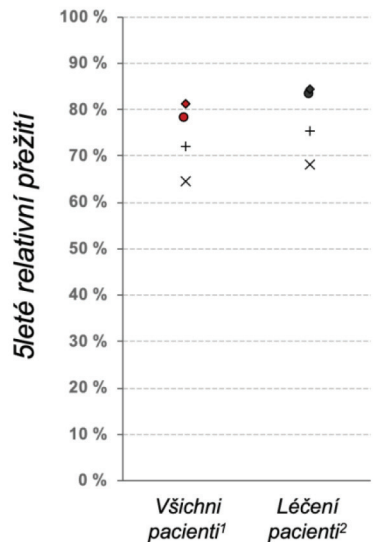
A: Ne-Hodgkinův lymfom (NHL)



Hodnoty **incidence** (tedy počet nově zjištěných onemocnění) Ne-Hodgkinova lymfomu (NHL) v České republice vykazují rostoucí trend, výjimku tvoří poslední roky, kdy je patrná stagnace trendu. V roce 2016 bylo v ČR nově diagnostikováno **1 520 onemocnění**, což je **14,4 na 100 000 osob**. **Prevalence** (tedy počet žijících osob s onemocněním nebo jeho historií k 31. 12. daného roku) Ne-Hodgkinova lymfomu v České republice setrvale roste. K 31. 12. 2016 žilo v ČR **12 247 osob** s tímto onemocněním, což je **115,9 na 100 000 osob**.

Graf 4: Vývoj relativního 5letého přežití od roku 1990. A: Ne-Hodgkinovy lymfomy, B: Hodgkinův lymfom (data Národního onkologického registru)

B: 5leté relativní přežití: Hodgkinův lymfom



5leté relativní přežití v daném období (95% intervaly spolehlivosti)

| | Kohortní analýza ³ 1990–1994 | Kohortní analýza ³ 1995–1999 | Analýza periody ⁴ 2005–2009 | Analýza periody ⁴ 2010–2015 |
|------------------|---|---|--|--|
| Všichni pacienti | 64,5 (61,9–67,0) | 71,8 (69,1–74,2) | 78,4 (75,7–80,9) | 81,4 (79,2–83,3) |
| Léčení pacienti | 67,9 (65,2–70,5) | 75,1 (72,4–77,6) | 83,1 (80,1–85,7) | 84,4 (82,2–86,4) |

- ◇ Analýza periody³ 2010–2015
- Analýza periody³ 2005–2009
- + Kohortní analýza⁴ 1995–1999
- × Kohortní analýza⁴ 1990–1994

Uváděné hodnoty 5letého přežití jsou věkově standardizovány.

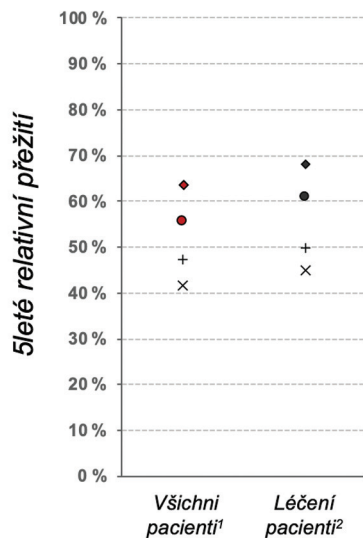
¹ Hodnocení dle záznamů NOR ČR: všichni onkologičtí pacienti s danou diagnózou.

² Hodnocení dle záznamů NOR ČR: onkologičtí pacienti se zaznamenanou protinádorovou léčbou.

³ Kohortní analýza pacientů diagnostikovaných v daném časovém období.

⁴ Analýza periody zahrnující do výpočtu informaci o přežití pacientů diagnostikovaných v recentním období.

A: 5leté relativní přežití: Ne-Hodgkinovy lymfomy



5leté relativní přežití v daném období (95% intervaly spolehlivosti)

| | Kohortní analýza ³ 1990–1994 | Kohortní analýza ³ 1995–1999 | Analýza periody ⁴ 2005–2009 | Analýza periody ⁴ 2010–2015 |
|-------------------------------|---|---|--|--|
| Všichni pacienti ¹ | 41,5 (39,5–43,5) | 47,3 (45,5–49,2) | 55,5 (53,9–57,0) | 63,7 (62,4–65,0) |
| Léčení pacienti ² | 45,0 (42,8–47,3) | 49,9 (47,8–51,9) | 61,0 (59,2–62,7) | 68,0 (66,5–69,4) |

- ◇ Analýza periody³ 2010–2015
- Analýza periody³ 2005–2009
- + Kohortní analýza⁴ 1995–1999
- × Kohortní analýza⁴ 1990–1994

Uváděné hodnoty 5letého přežití jsou věkově standardizovány.

¹ Hodnocení dle záznamů NOR ČR: všichni onkologičtí pacienti s danou diagnózou.

² Hodnocení dle záznamů NOR ČR: onkologičtí pacienti se zaznamenanou protinádorovou léčbou.

³ Kohortní analýza pacientů diagnostikovaných v daném časovém období.

⁴ Analýza periody zahrnující do výpočtu informaci o přežití pacientů diagnostikovaných v recentním období.

III. Diagnostika a staging lymfomů

III.1 Odběr vzorku

Předpokladem ke správné volbě léčebného postupu je co nejpřesnější stanovení diagnózy lymfomu a jeho podtypu. K tomu je nutné odebrat reprezentativní vzorek.

III.1.1 Obecné poznámky k odběru vzorku

Mezi základní pravidla odebírání vzorku patří¹:

- Na prvním místě volíme exstirpaci celé zvětšené periferní uzliny, částečná excize z velkého nádorového paketu je méně vhodná.
- V případě, že není periferní uzlina k dispozici k exstirpaci, je možné získat histologický vzorek pomocí biopsie navigované pod CT nebo UZ (tzv. „core-cut“ biopsie), eventuálně provést diagnostickou laparotomii nebo laparoskopii, thorakotomii či thorakoskopii.
- Exstirpaci uzliny volíme i v případě, pokud byla diagnóza lymfomu stanovena na základě imunohistologického vyšetření kostní dřeně. Jen ve výjimečných případech se spokojíme s diagnózou stanovenou na základě vyšetření kostní dřeně.
- Ke stanovení správné diagnózy **nestačí** jen vyšetření aspirátu cytologicky nebo imunofenotypizačně.
- V případě relapsu choroby doporučujeme ve většině případů histologickou revizi, zejména pokud byl původně diagnostikován tzv. indolentní lymfom (např. FL) z důvodu možné transformace do agresivního lymfomu.
- V každém případě je nezbytné se při odběru vyhnout dělení odebrané tkáně mezi dvě pracoviště patologie. Z původně reprezentativního odběru se snadno mohou stát dva nereprezentativní a riziko poškození pacienta oddálením či znemožněním přesné diagnózy je velké.

III.1.2 Morfologická diagnostika lymfomů

Základní diagnóza lymfomů se provádí histologicky z materiálu fixovaného ve formolu a zatíženého do parafínu (formalin-fixed paraffin-embedded, FFPE) s využitím imunohistologické typizace nádorových buněk, případně v indikovaných případech s doplněním *in situ* hybridizace.

Při podezření na lymfoproliferaci je během odběru diagnostické tkáně velmi **VHODNÉ** zajistit i **nativní materiál** na další pomocná speciální vyšetření, která mohou v problematických případech potvrdit, usnadnit či upřesnit diagnózu. Z nativní nefixované tkáně se provádí imunofenotypizace pomocí průtokové cytometrie (FCM) a tkáň může být vyšetřena cytogeneticky. Ze zmraženého materiálu je oproti vzorkům fixovaným ve formolu vyšší a spolehlivější výtěžnost molekulárních metod (polymerázová řetězová reakce PCR event. sekvenace a další), jejichž výsledky lze využít např. při monitoraci minimální reziduální nemoci.

¹ Hussong JW et al., for the Members of the Cancer Committee, College of American Pathologists. Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Non-Hodgkin Lymphoma/Lymphoid Neoplasms. Arch Pathol Lab Med. 2010;134:e40-e47.

III.1.3 Minimální doporučený postup při diagnostice high-grade B lymfomu s přestavbami genů *MYC* a *BCL2* anebo *BCL6* (tzv. double hit lymfom, DHL)

Diagnóza DHL se opírá o průkaz přestaveb genů *MYC* a současně *BCL2* anebo *BCL6* metodou interfázické fluorescenční *in situ* hybridizace (iFISH)^{2,3}. Vyšetření se provádí v případech, kdy je morfologicky zastižen jeden z těchto nádorů:

- high-grade B lymfom (HGBL) blíže neurčený,
- Burkittův lymfom (BL),
- transformovaný folikulární lymfom (tFL),
- plazmoblastický lymfom (PBL),
- difuzní velkobuněčný B lymfom (DLBCL).

S ohledem na vysokou frekvenci DLBCL a obvyklý imunofenotyp DHL je možné omezit vyšetřování pouze na případy DLBCL s GCB-like imunofenotypem (určeným např. pomocí schématu dle Hansové⁴) a tzv. double expresí proteinů *MYC* a *BCL2* (stanovenou imunohistologicky), které tvoří zhruba 10 % všech DLBCL.

2 Sesques P et Johnson NA. Approach to the diagnosis and treatment of high-grade B-cell lymphomas with *MYC* and *BCL2* and/or *BCL6* rearrangements. *Blood* 2017;129:280-288

3 Qing Ye et al. Prognostic impact of concurrent *MYC* and *BCL6* rearrangements and expression in de novo diffuse large B-cell lymphoma. *Oncotarget* 2015;7:2401-2416

4 Hans CP et al. Confirmation of the molecular classification of diffuse large B-cell lymphoma by immunohistochemistry using a tissue microarray. *Blood* 2004;103:275-282

III.1.4 Doporučený postup při odběru a zpracování diagnostického vzorku

1. Transport vzorku na patologii.

Reprezentativní (nikoli nejdostupnější!) tkáň, nejčastěji zvětšená lymfatická uzlina, je při snaze vyhnout se jakémukoli zhmoždění při odběru a následné manipulaci **NEPRODLENĚ v NATIVNÍM STAVU** dopravena na oddělení patologie. Materiál je transportován v mulu navlhčeném fyziologickým roztokem, aby byla vyloučena možnost zaschnutí vzorku. Patolog ihned při makroskopickém popisu vzorku rozhodne o dalším postupu.

2. Odběr tkáně na speciální vyšetření.

Pokud je objem tkáně dostatečný, patolog část vzorku zmrazí v tekutém dusíku, na zmraženém řezu barveném hematoxylinem a eozinem posoudí reprezentativnost odběru a potvrdí suspekci na lymfoproliferaci. Jestli to rozsah vzorku dovoluje, může být část tkáně nativně případně v transportním médiu (fyziologický roztok, PBS, aj. podle specifikace dané laboratoře) odeslána na vyšetření FCM event. na kultivaci pro cytogenetické vyšetření. Zmražený blok je uchován.

3. Fixace tkáně.

Zbytek materiálu je po prokrájení na max. 5 mm široké lamely (aby se vyloučily autolytické artefakty při fixování velkého objemu tkáně in toto) fixován ve formolu (tj. 4% vodném roztoku formaldehydu, výhodou je využití neutrálního „pufrovaného“ formolu). Je nezbytné použít dostatečné množství fixační tekutiny (ideálně se objem fixační tekutiny rovná desetinasobku objemu fixované tkáně). Fixuje se při pokojové teplotě „přes noc“. Výrazně delší a nevhodně provedená fixace negativně ovlivňuje výsledky imunohistochemického a dalších vyšetření.

4. Nakládání s malými bioptickými vzorky.

Při odběru malých bioptických vzorků (endoskopické biopsie, punkční biopsie jater nebo retroperitoneální masy, stereotaktická biopsie mozku apod.) je vhodné **předem se svým patologem dohodnout** způsob nakládání se vzorkem. Rutinním postupem je fixace formolem. Pokud to však okolnosti umožňují (nebo vyžadují – viz dále), preferuje se obdobný postup jako s objemnějšími vzorky. Narozdíl od chirurgických vzorků je vhodnější transport endoskopického materiálu v nádobce s fyziologickým roztokem (hrozí zhmoždění drobných křehkých částek tkáně při vyjímání z mulu).

III.1.5 Opakovaný odběr

Pokud z primárního odběru nelze stanovit jednoznačnou diagnózu (nerepresentativní, zhmožděný nebo pouze FFPE materiál v případě vyžadujícím potvrzení dalšími metodami) a pokud to umožňuje klinický stav pacienta, patolog navrhne klinikovi opakování odběru na vyšetření v diagnostickém centru (jejich seznam je uveden na konci publikace) podle doporučeného postupu. K vlastnímu odběru může dojít přímo na chirurgickém pracovišti příslušného diagnostického centra, případně je materiál do centra neprodleně dopraven nativně v chladném prostředí (nikoli v přímém kontaktu se suchým ledem!) v mulu navlhčeném fyziologickým roztokem. Z vlastních zkušeností je potvrzeno, že do dvou hodin po odběru zůstává dobře ošetřená nativní tkáň plně reprezentativní.

Postup při podezření na **primární lymfom CNS** v případě, že je biopsie CNS nediodagnostická:

- pokud byl pacient léčen kortikosteroidy – léčbu vysadit a pacienta často kontrolovat, při známých progrese opakovat biopsii;
- pokud nebyl pacient léčen kortikosteroidy – doplnit vyšetření na další onemocnění (např. zánětlivá) a opakovat biopsii.

Neurochirurgický zákrok by měl být omezen **pouze na odběr biopsie (není terapeutický!)**. Metodou volby pro histologickou verifikaci je stereotaktická biopsie, **resekce ložiskového postižení není pro nemocné přínosem**.

III.1.6 Biopstický nález

Každý lymfom by měl být diagnostikován v diagnostickém centru s využitím dostupných metod, nebo by měl být odeslán do centra v rámci tzv. druhého čtení. Pokud je pacient zařazen do mezinárodní studie, potřeba případného „třetího čtení“ referenčním patologem vychází z propozic studie. K dalšímu čtení se odesílá **žádanka** se všemi relevantními dostupnými údaji, **reprezentativní blok a odpovídající řez** barvený hematoxylinem-eozinem, po vzájemné domluvě mezi patology je možné zapůjčit i imunohistochemické preparáty. Pokud je z různých důvodů materiál od téhož pacienta poslán do více center, je třeba tuto skutečnost do všech center sdělit.

Výstupem patologického vyšetření je **písemný nález**. Text obsahuje makroskopický a mikroskopický popis, výsledky imunohistochemického vyšetření (případně i dalších relevantních metod) a zvýrazněný závěr.

Pro **typizaci lymfomů** je závazné užití nomenklatury podle současně platné klasifikace WHO (viz [kapitola III.2](#)) doplněné morfologickým M-kódem podle Mezinárodní klasifikace onkologických onemocnění (ICD-O-3.1 z roku 2013). Pokud nelze nádor klasifikovat přesně, lze použít obecný termín podle ICD-O-3, jako je lymfom M-9590/3, non-Hodgkinův lymfom M-9591/3, B-lymfom blíže neurčený M-9591/36, T-lymfom blíže neurčený M-9591/35, B-lymfom nižšího stupně malignity blíže neurčený M-9591/36 apod., s uvedením důvodů pro pouze obecnou typizaci, případně doplnit diferenciatně diagnostickou rozvahu.

CAVE – v případě agresivních lymfomů je možno zahájit léčbu i bez aktuální znalosti druhého čtení (které v některých případech může trvat i několik týdnů), a eventuálně poté léčbu upravit dle výsledku druhého čtení od 2. cyklu – hrozí nebezpečí z prodlení.

III.1.7 Vyšetření volné nádorové DNA (ctDNA) – tekutá biopsie lymfomů

Volná cirkulující DNA je typ extracelulární DNA v periferní krvi u nemocných s lymfomem, která je do oběhu uvolňována nekrózou a apoptózou nádorových buněk. Jedná se o minimálně invazivní vyšetření genetického materiálu lymfomu s možností kvantitativního a kvalitativního (analýza mutací) hodnocení. Vyšetření se zatím provádí pouze v rámci klinických hodnocení a není součástí běžné praxe.

Předpokládaný význam:

- zpřesnění diagnostiky lymfomů,
- monitorování genetických změn lymfomových buněk v průběhu léčby,
- sledování léčebné odpovědi,
- rozhodování o změně léčby (eskalace a deeskalace),
- monitorování minimální reziduální nemoci,
- detekce časného relapsu lymfomu,
- rezistence na léčbu.

Výhody:

- jednoduché dostupné minimálně invazivní vyšetření,
- možnost opakovaného vyšetření,
- možné vyšetření nádoru při nedostatku vhodného materiálu k bioptickému vyšetření,
- prognostický význam společně s použitím dalších vyšetření (např. PET/CT),
- personalizovaná medicína.

Nevýhody:

- 75% specifita a senzitivita vyšetření – nelze využít v diagnostice lymfomů jako screeningovou metodu,
- nízká hladina cirkulující cf DNA,
- chybí standardizace metodických postupů.

III.2 Klasifikace lymfomů podle WHO

V současné době je jedinou platnou klasifikací⁵. Rozděluje lymfomy na Hodgkinův lymfom a nehodgkinovy lymfomy (NHL). NHL se dále dělí **podle původu** na B a T lymfoproliferace a **podle zralosti** na prekurzorové a zralé.

Pozn.: přestože klasifikace WHO nezohledňuje agresivitu lymfomu, je v léčebných schématech v textu z praktických důvodů užíváno klasické dělení na **indolentní** a **agresivní** lymfomy.

Přehled klasifikace lymfoidních neoplázií podle WHO (2008, revize 2016)

Poznámka: Provizorní jednotky jsou uvedeny kurzívou

| Prekurzorové lymfoidní neoplázie | |
|--|--------|
| B-lymfoblastická leukémie/lymfom, blíže neurčená (B-ALL/LBL) | 9811/3 |
| B-ALL/LBL s rekurentními genetickými abnormalitami | |
| B-ALL/LBL s t(9;22)(q34;q11.2); <i>BCR-ABL1</i> | 9812/3 |
| B-ALL/LBL s t(v;11q23); přestavba <i>KMT2A</i> | 9813/3 |
| B-ALL/LBL s t(12;21)(p13;q22); <i>ETV6-RUNX1</i> | 9814/3 |
| B-ALL/LBL s hyperdiploidií | 9815/3 |
| B-ALL/LBL s hypodiploidií | 9816/3 |
| B-ALL/LBL s t(5;14)(q31;q32); <i>IL3-IGH</i> | 9817/3 |
| B-ALL/LBL s t(1;19)(q23;q13.3); <i>TCF3-PBX1</i> | 9818/3 |
| <i>B-ALL/LBL, BCR/ABL1-like</i> | |
| <i>B-ALL/LBL s iAMP21</i> | |
| T-lymfoblastická leukémie/lymfom (T-ALL/LBL) | 9837/3 |
| <i>Časná T-prekurzorová lymfoblastická leukémie</i> | |
| <i>NK (natural killer) lymfoblastická leukémie/lymfom</i> | |

| Zralé B-lymfomy | |
|---|--------|
| Chronická lymfocytární leukémie/lymfom z malých lymfocytů (CLL/SLL) | 9823/3 |
| Monoklonální B lymfocytóza (MBL) | |
| B-prolymfocytární leukémie (B-PLL) | 9833/3 |
| Splenický lymfom z B-buněk marginální zóny (SMZL) | 9689/3 |
| Leukémie z vlasatých buněk (HCL) | 9940/3 |
| Splenický lymfom/leukémie, blíže neurčený | |
| Splenický difúzní B-lymfom červené pulpy | 9591/3 |
| Variantská leukémie z vlasatých buněk (vHCL) | 9591/3 |
| Lymfoplazmocytický lymfom (LPL) | 9671/3 |
| Waldenströmova makroglobulinémie | 9761/3 |

5 Sverdlow SH et al. (Eds). WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Revised 4th Edition. IARC, Lyon, 2017

| Zralé B-lymfomy | |
|--|--------|
| Monoklonální gamapatie neurčitého významu (MGUS), IgM | 9765/1 |
| Nemoc z těžkých řetězců α , γ , μ (HCD α , γ , μ) | 9762/3 |
| Monoklonální gamapatie neurčitého významu (MGUS), IgG/A | 9765/1 |
| Plazmocytární myelom | 9732/3 |
| Solitární plazmocytom kosti | 9731/3 |
| Extraoseální plazmocytom | 9734/3 |
| Nemoci z depozice monoklonálních imunoglobulinů (MIDD) | 9769/1 |
| Extranodální lymfom z marginální zóny slizniční lymfoidní tkáně (MALT) | 9699/3 |
| Uzlinový lymfom z marginální zóny (MNZL) | 9699/3 |
| <i>Pediatrický lymfom z marginální zóny</i> | |
| Folikulární lymfom (FL) | 9690/3 |
| Folikulární neoplázie in situ | |
| Folikulární lymfom, duodenální typ | |
| Folikulární lymfom, pediatrický typ | |
| <i>Velkobuněčný lymfom s přestavbou IRF4</i> | |
| Primární kožní lymfom folikulárního centra (PCFCL) | 9597/3 |
| Lymfom z buněk pláště (MCL) | 9673/3 |
| Neoplázie z buněk pláště in situ | |
| Difúzní velkobuněčný Blymfom (DLBCL) | 9680/3 |
| germinal center B-cell type (GCB) | |
| activated B-cell type (ABC) | |
| Velkobuněčný Blymfom bohatý na T-lymfocyty a histiocyty (THRBCL) | 9688/3 |
| Primární DLBCL centrálního nervového systému | 9680/3 |
| Primární kožní DLBCL, „leg type“ | 9680/3 |
| DLBCL EBV-pozitivní, blíže neurčený | 9680/3 |
| <i>Mukokutánní vřed EBV-pozitivní</i> | |
| DLBCL spojený s chronickým zánětem | 9680/3 |
| Lymfomatoidní granulomatóza | 9766/1 |
| Primární mediastinální (thymický) velkobuněčný Blymfom (PMBL) | 9679/3 |
| Intravaskulární velkobuněčný Blymfom | 9712/3 |
| ALK-pozitivní velkobuněčný Blymfom | 9737/3 |
| Plazmoblastický lymfom | 9735/3 |
| Primární exsudativní lymfom (PEL) | 9678/3 |
| DLBCL HHV8-pozitivní, blíže neurčený | 9738/3 |
| Burkittův lymfom (BL) | 9687/3 |
| <i>Burkitt-like lymfom s aberací 11q</i> | |
| High-grade B-lymfom s přestavbami <i>MYC</i> a <i>BCL2</i> anebo <i>BCL6</i> | 9680/3 |
| High-grade B-lymfom, blíže neurčený | 9680/3 |
| B-lymfom s rysy intermediárními mezi DLBCL a CHL | 9596/3 |

| Zralé T a NK-lymfomy | |
|--|--------|
| T-prolymfocytární leukémie (T-PLL) | 9834/3 |
| Leukémie z velkých granulárních T-lymfocytů (T-LGL) | 9831/3 |
| <i>Chronická lymfoproliferativní onemocnění z NK-buněk</i> | 9831/3 |
| Agresivní leukémie z NK-buněk | 9948/3 |
| Systémový EBV-pozitivní T-lymfom dětského věku | 9724/3 |
| Lymfoproliferativní onemocnění vzhledu hydroa vacciniiforme | 9725/3 |
| Adultní T-leukémie/lymfom (ATLL) | 9827/3 |
| Extranodální NK/T-lymfom, nasální typ | 9719/3 |
| Enteropatický T-lymfom (EATL) | 9717/3 |
| Monomorfní epiteliotropní intestinální T-lymfom | 9717/3 |
| <i>Indolentní T-lymfoproliferativní onemocnění gastrointestinálního traktu</i> | |
| Hepatosplenický T-lymfom (HSTL) | 9716/3 |
| Podkožní panikulitický T-lymfom (SPTCL) | 9708/3 |
| Mycosis fungoides (MF) | 9700/3 |
| Sézaryho syndrom (SS) | 9701/3 |
| Primární kožní CD30-pozitivní T-lymfoproliferativní onemocnění | |
| Lymfomatoidní papulóza | 9718/1 |
| Primární kožní anaplastický velkobuněčný lymfom (C-ALCL) | 9718/3 |
| Primární kožní gama/delta T-lymfom | 9716/3 |
| <i>Primární kožní CD8-pozitivní agresivní epidermotropický cytotoxický T-lymfom</i> | 9709/3 |
| <i>Primární kožní akrální CD8-pozitivní T-lymfom</i> | 9709/3 |
| <i>Primární kožní CD4-pozitivní T-lymfoproliferativní onemocnění z menších a středně velkých buněk</i> | |
| Periferní T-lymfom, blíže neurčený (PTCL, U) | 9702/3 |
| Angioimunoblastický T-lymfom (AITL) | 9705/3 |
| <i>Folikulární T-lymfom</i> | |
| <i>Nodální periferní T-lymfom s FTH imunofenotypem</i> | |
| Anaplastický velkobuněčný lymfom (ALCL) ALK-pozitivní | 9714/3 |
| Anaplastický velkobuněčný lymfom (ALCL) ALK-negativní | 9702/3 |
| <i>Anplastický velkobuněčný lymfom (ALCL) spojený s prsním implantátem</i> | |

| Hodgkinův lymfom | |
|---|--------|
| Nodulární Hodgkinův lymfom s predominancí lymfocytů (NLPHL) | 9659/3 |
| Klasický Hodgkinův lymfom (CHL), blíže neurčený | 9650/3 |
| Klasický Hodgkinův lymfom, nodulární skleróza (NSCHL) | 9663/3 |
| Klasický Hodgkinův lymfom, bohatý na lymfocyty (LRCHL) | 9651/3 |
| Klasický Hodgkinův lymfom, smíšená buněčnost (MCCHL) | 9652/3 |
| Klasický Hodgkinův lymfom, deplece lymfocytů (LDCHL) | 9653/3 |

III.3 Vstupní vyšetření – přehled

III.3.1 Soubor základních vyšetření^{6,7,8,9,10,11,12,13}

Anamnéza se zaměřením na “B” symptomy (stačí 1 z těchto symptomů)

- noční intenzivní (profuzní) poty,
- teploty neinfekčního původu > 38 °C,
- váhový úbytek >10 % tělesné hmotnosti za posledních 6 měsíců.

Základní fyzikální vyšetření

- celkový výkonnostní stav (performance status dle ECOG/WHO stupnice),
- podrobné vyšetření periferních lymfatických uzlin se zaznamenáním jejich dvou rozměrů v centimetrech,
- velikost jater a sleziny.

Laboratorní vyšetření

- sedimentace erytrocytů,
- krevní obraz s manuálním diferenciálním rozpočtem leukocytů,
- základní biochemické vyšetření: urea, kreatinin, kyselina močová, minerály včetně kalcia a fosforu, glykémie, bilirubin, ALT, AST, GMT, **LDH**, ALP, celková bílkovina, albumin, CRP,
- ELFO bílkovin, event. imunoelektroforéza bílkovin séra,
- kvantitativní stanovení hladiny imunoglobulinů (IgG, IgA, IgM),
- beta-2-mikroglobulin,
- sérologické vyšetření: anti-HAV, anti-HCV, HBsAg, anti-HIV 1, 2 (se souhlasem nemocného).

6 Lymphoid neoplasms. In: American Joint Committee on Cancer.: AJCC Cancer Staging Manual. 6. Vydání New York, NY, Springer; 2002. s. 393-406

7 NCCN Guidelines ®. Available at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx

8 Tilly H., Gomes da SM, Vitolo U et al. Diffuse large B – Cell lymphoma (DLBCL): ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2015 Sep;26 Suppl 5:v116-25

9 Dreyling M, Ghielmini M, Rule S et al. ESMO guidelines committee. Newly diagnosed and relapsed follicular lymphoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2016 Sep;27(suppl 5):83-90

10 Dreyling M, Campo E, Hermine O et al. ESMO guidelines committee. Newly diagnosed and relapsed mantle cell lymphoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2017 Jul 1;28(suppl 4):62-71

11 Zucca E, Copie-Bergman C, Ricardi U et al. ESMO guidelines committee. Gastric marginal zone lymphoma of MALT type: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2013 Oct;24 Suppl 6: 144-8

12 Vitolo U, Seymour JF, Martelli M et al. ESMO guidelines committee. Extranodal diffuse large B – cell lymphoma (DLBCL) and primary mediastinal B – cell lymphoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2016 Sep;27(suppl 5):91-102

13 Savage JK. Secondary CNS relapse in diffuse large B – cell lymphoma: defining high-risk patients and optimization of prophylaxis strategies: Hematology 2017: the ASH Education Program 2017: 578-586

Vyšetření kostní dřeně: trepanobiopsie s odběrem materiálu na cytologické, histologické vyšetření (vzorek o minimální délce 25 mm)

- Hodgkinův lymfom (HL) – dle revidovaných kritérií z roku 2014 není nutné vyšetření kostní dřeně provádět za předpokladu, že bylo provedeno vstupní PET/CT vyšetření.
- Pouze v nejasných případech na PET/CT, kdy by výsledek postižení dřeně ovlivnil strategii terapie (léčba ABVD vs. eBEACOPP), je vyšetření vhodné provést.
- U všech NHL doporučuje KLS nadále vstupní vyšetření dřeně provádět, i když dle Revidovaných kritérií z roku 2014 to není u DLBCL nutné za předpokladu provedení vstupního PET/CT vyšetření. Existují však data, podle kterých přináší biopticky ověřené postižení dřeně přídatnou prognostickou informaci oproti PET vyšetření (např. diskordantní postižení malobuněčnou komponentou u agresivních lymfomů).

Zobrazovací metody obligatorní

- PET/CT u (¹⁸F)FDG avidních lymfomů. v současné době jsou mezi (¹⁸F)FDG avidní lymfomy zahrnovány všechny lymfomy s výjimkou lymfomu z buněk marginální zóny, lymfoplazmocytárního lymfomu/Waldenströmovy makroglobulinémie, lymfomu z malých lymfocytů typu CLL/SLL pokud není podezření na transformaci.
- U kožních lymfomů, primárního CNS lymfomu standardně PET/CT rovněž neprovádíme.
- CT mediastina, břicha, pánve a třísel u (¹⁸F)FDG neavidních lymfomů.
- RTG hrudníku (u HL).

III.3.2 Fakultativní vyšetření prováděná v indikovaných případech

- **CT nebo UZ krku a nadklíčků** (v případě klinické indikace).
- **Imunofenotypizace** kostní dřeně, eventuálně i periferní krve.
- **Genetické (FISH), event. molekulárně genetické** vyšetření kostní dřeně.
- ORL vyšetření.
- Scintigrafie **skeletu**: u podezření na postižení skeletu.
- Vyšetření **trávicího traktu** (gastrofibroskopie, enteroklýza, kolonoskopie, dvojbalonová endoskopie, kapslová enteroskopie atd.): vhodné při postižení Waldeyerova okruhu, vhodné u mantle cell lymfomu – pokud by pozitivní nález měnil léčebnou strategii. U lymfomů žaludku endoskopický ultrazvuk (endosonografie) ke zhodnocení infiltrace žaludku a regionálních uzlin.
- Diagnostická **laparotomie nebo laparoskopie, thorakotomie či thorakoskopie** – pouze není-li možnost získání diagnostického materiálu z periferní uzliny.

- **Vyšetření mozkomíšního moku:**
 1. Lymfoblastový lymfom.
 2. Burkittův lymfom jakéhokoliv rozsahu.
 3. Blastoidní varianta lymfomu z plášťové zóny.
 4. Agresivní B-lymfomy asociované s HIV infekcí.
 5. Intravaskulární varianta DLBCL.
 6. Difúzní velkobuněčný B-lymfom (DLBCL):
 - a) varlete, dělohy, ledvin/nadledvin nezávisle na CNS-IPI,
 - b) s vysokým rizikem dle CNS-IPI 4-6 (do CNS-IPI systému patří všechny prognostické faktory dle IPI + postižení ledvin/nadledvin),
 - c) vysoké LDH a postižení > 1 extranodálního orgánu,
 - d) lymfomy s dvojitou expresí MYC+ a BCL2+ („double expressor“ lymfomy) s CNS-IPI 2-6,
 - e) Double-hit/triple-hit lymfomy.
 7. Lymfomy CNS.
 8. Vždy při klinickém podezření na postižení CNS (neurologické příznaky).

- Oftalmologické vyšetření při postižení CNS a postižení očí. Při podezření na infiltraci CNS je nutné také neurologické vyšetření a provedení CT nebo lépe MRI mozku.
- **UZ varlat.**
- **Histologické ověření** postižení **při nejasném nález**u na zobrazovacích vyšetřeních, pokud výsledek ovlivní léčebnou strategii.
- U lymfomů asociovaných s HIV: CD4+ a virová nálož HIV.
- HCG před plánovanou chemoterapií u nemocných s možností otěhotnění.
- U **MALT lymfomu** vyloučení infekční etiologie
 1. spojivka – Chlamydia psittaci,
 2. zažívací trakt (GIT) – Helicobacter pylori (žaludek), Campylobacter jejuni (tenké střevo),
 3. kůže – Borrelia burgdorferi.

III.3.3 Specifická stagingová vyšetření u primárních kožních lymfomů

| Kožní T-buněčné lymfomy | Kožní B-buněčné lymfomy |
|---|---|
| Anamnéza | |
| Charakter kožních lézí, rozsah a délka trvání kožních změn, časový vývoj kožních lézí, příp. dosavadní léčba, dosažená léčebná odpověď a délka trvání odpovědi. | |
| Fyzikální vyšetření | |
| Procento BSA postižené kůže typem léze: skvrna, plak/infiltrát, tumor, erythrodermie, mSWAT u MF/SS Lymfatické uzliny $\geq 1,5$ cm (popis), organomegalie | Kožní léze (popis: počet, lokalizace, typ léze: nodul, papula, plak/infiltrát, tumor, ulcerace) Lymfatické uzliny $\geq 1,5$ cm (popis), organomegalie |
| Kožní biopsie | |
| IHC: CD3, CD4, CD5, CD7, CD8 + jeden pan-B znak: CD20 Expresse CD30 (u MF, CD30+ LPD) Analýza klonální přestavby TCR | IHC: CD20, CD79a, CD3, CD5, CD10, BCL2, BCL6, kappa/lambda Specificky: cyklin D, s-IgM, s-IgD Analýza klonální přestavby IGH Cytogenetika nebo FISH t(14;18) u PCFCL |
| Laboratorní vyšetření | |
| KO s diferenciálním rozpočtem Základní biochemické testy s LDH Analýza klonální přestavby TCR buněk periferní krve FACS periferní krve (u všech CTCL) Biopsie kostní dřeně není indikovaná u MF/SS, LyP a CTCL bez prokázaného mimokožního postižení. | KO s diferenciálním rozpočtem, Základní BCH, LDH, ELFO bílkovin Sérologické vyšetření B. burgdorferi, H. pylori Vyšetření hepatitid (HBV, HCV) Analýza klonální přestavby IGH buněk periferní krve FACS periferní krve (u lymfocytózy, PCLBCL) Biopsie kostní dřeně (u diseminovaného kožního postižení, lymfadenopatie, organomegalie, u PCLBCL) |

| Zobrazovací vyšetření | |
|---|---|
| <p>CT celotělové (u diseminovaného onemocnění MF IIB-IVB, ostatní CTCL)</p> <p>PET/CT (CTCL agresivního chování, pokročilá stádia MF/SS)</p> <p>Není vyžadováno u MF IA-IIA, příp. RTG hrudníku, USG břicha a LU</p> | <p>CT celotělové (u všech CBCL)</p> <p>PET/CT u PCLBCL (zvážit u ostatních CBCL při průkazu mimokožního postižení).</p> |
| Vyšetření lymfatické uzliny | |
| <p>Exstirpace lymfatické uzliny $\geq 1,5$ cm (patologické, FDG avidující)</p> <p>U MF/SS nutné hodnotit v Dutch systému a TNMB klasifikaci, u ostatních PCL jiných než MF/SS hodnotit v TNB klasifikaci</p> | |

III.3.4 Mini-mental state examination (MMSE)

V rámci vstupního vyšetření i v průběhu léčby lymfomů CNS je vhodné ověřit kognitivní funkce CNS. Vhodným nástrojem může být vyšetření MMSE (Mini-mental state examination)¹⁴.

| Oblast hodnocení: | Max.skóre: |
|--|---|
| <p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> |
| <p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta – například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.</p> | <p>3</p> |
| <p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p> | <p>5</p> |
| <p>4. Krátkodobá paměť (= výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenované předměty (viz bod 2.)</p> | <p>3</p> |

14 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198

| Oblast hodnocení: | Max.skóre: |
|---|------------|
| 5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (např. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. | 2 |
| Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval: - Žádná ale - Jestliže - Kdyby - | 1 |
| Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „ Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ | 1 |
| Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. | 1 |
| Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl). | 1 |
| Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. | 1 |
| Hodnocení: 0–10 bodů těžká kognitivní porucha 11–20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21–23 bodů lehká kognitivní porucha 24–30 bodů pásma normálu | |

III.3.5 Vyšetření k posouzení potenciální toxicity léčby

- Echokardiografie (před léčbou antracykliny).
- Vyšetření plicních funkcí (spirometrie s difúzní kapacitou plic) – před vysokodávkovanou chemoterapií a u rizikových nemocných s HL před léčbou bleomycinem.
- Vyšetření funkcí štítné žlázy (TSH, fT4) – zejména při plánované radioterapii na tuto oblast.
- Vyšetření k vyloučení infekční hepatitidy (riziko reaktivace hepatitidy při léčbě); základní panel tvoří: anti HAV, HBsAg, anti HBctotal, anti HCV; v případě positivity anti HBc total protilátek nutno dovyšetřit HBV DNA, anti HBs, HBe Ag a anti HBe.

III.3.6 Opatření k zachování fertility

Ženy: dle věku, histologického typu lymfomu (typu plánované léčby) a přání pacientky lze po konzultaci gynekologického pracoviště zabývajícího se příslušnou problematikou nabídnout:

- v případě, že to průběh choroby a plánování léčby dovolí, **kryokonzervaci embryí či oocytů metodami asistované reprodukce (IVF)**
- **kryokonzervaci ovariální tkáně** s možností její autotransplantace
- **farmakologickou blokádu ovariálních funkcí** – analoga gonadoliberinů ± gonadostatiny

Muži:

- vyšetření spermiogramu + kryokonzervace spermatu

III.3.7 Hodnocení celkového stavu – WHO klasifikace, Karnofsky¹⁵

| WHO | stupnice | | Karnofsky |
|---|----------|-----|--|
| normální aktivita | 0 | 100 | normální, bez obtíží |
| s příznaky choroby, ale téměř plně ambulantně | 1 | 90 | schopen normální činnosti, mírné známky nebo příznaky choroby |
| | | 80 | normální činnost s námahou |
| tráví na lůžku méně než 50 % denní doby | 2 | 70 | postará se o sebe, neschopen normální činnosti ani aktivní práce |
| | | 60 | potřebuje občasnou pomoc, věci osobní potřeby si obstará sám |
| tráví na lůžku více než 50 % denní doby | 3 | 50 | potřebuje občasnou pomoc a častou léčebnou péči |
| | | 40 | nemohoucí, potřebuje speciální péči a pomoc |
| neschopen opustit lůžko | 4 | 30 | těžce nemohoucí, nutná hospitalizace, ale není nebezpečí úmrtí |
| | | 20 | hospitalizace nezbytná, těžký stav, aktivní podpůrná léčba |
| | | 10 | umírající |
| mrtev | 5 | 0 | mrtev |

15 Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Macleod C. M., editor. Evaluation of Chemotherapeutic Agents. New York, NY, USA: Columbia University Press; 1949

III.3.8 Hodnocení schopnosti denních aktivit – ADL (activities of daily living)¹⁶

Hodnocení výkonnostního stavu dle PS ECOG/WHO se uplatňuje především u mladších nemocných. U nemocných staršího věku je kromě PS dle ECOG/WHO vhodné použití i vyhodnocení schopnosti denních činností (ADL), které je součástí tzv. komplexního hodnocení starších nemocných (Comprehensive Geriatric Assessment – CGA¹⁷) s řadou dalších testů.^{18,19,20}

ADL se dělí se na 2 oblasti – personální (pADL) a instrumentální (iADL).

Personální ADL – pADL (zahrnuje činnosti, které se vztahují k péči o sebe):

- hygiena
- oblékání
- přesuny
- jídlo a pití
- toaleta

Instrumentální ADL – IADL (zahrnuje širší soběstačnost)²¹:

- mobilita
- manipulace s penězi
- péče o domácnost
- použití komunikačních technologií
- nakupování

Podrobnosti o výpočtu ADL naleznete na stránkách: www.lymphoma.cz, sekce „Nástroje a kalkulatory“.

16 Katz S. et al. *Studies of illness in the age. The index of ADL: a standardised measure of biological and psychological functions.* JAMA 1963(185): 914-919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016> PMID:14044222

17 Extermann M. *Studies of comprehensive geriatric assessment in patients with cancer.* Cancer Control 2003; 10: 465–468

18 Wildiers H, Heeren P, Puts M, et al. *International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer.* J Clin Oncol. 2014 Aug 20;32(24): 2595–2603

19 Tucci a , Ferrari s , Bottelli C , e t a l. *a comprehensive geriatric assessment is more effective than clinical judgment to identify elderly diffuse large cell lymphoma patients who benefit from aggressive therapy.* Cancer 2009; 115: 4547- 4553

20 Hickie C., Snowdon J. *Depression scales for the elderly: GDS.* Clin gerontol 1987; (6): 51-53

21 Lawton M.P, Brody E.M: *Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living.* Gerontologist (1969)9: 179-186

III.3.9 Hodnocení přidružených komorbidit

III.3.9.1 Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

CIRS je validovaný diagnostický nástroj, který umožňuje hodnotit zátěž pacientů přidruženými chorobami kvantitativním způsobem²².

Jeho použití je jednoduché:

- Přidružené choroby jsou zařazeny do 14 skupin podle orgánových systémů.
- Každému orgánovému systému přiděleno skóre od 0 (= žádné problémy postihující tento systém) až po 4 (= velmi závažné problémy postihující tento systém). Pokud je v rámci jednoho orgánového systému více onemocnění, do skóre se započítá pouze jedno, a sice to nejzávažnější.
- Sečtením jednotlivých bodů orgánových systémů stanoveno celkové skóre. Hodnocení orgánových systémů je do jisté míry předmětem subjektivního posouzení a hodnocení zkoušejícím.

Hodnocení jednotlivých položek CIRS:

- 0 žádný problém postihující tento systém či předchozí problém bez klinického významu
- 1 stávající mírný problém či předchozí významný problém
- 2 středně závažné postižení či onemocnění či nutnost léčby 1. linie
- 3 závažný problém a/nebo trvalé a významné postižení a/nebo obtížná kontrola chronického problému (komplexní léčebné postupy)
- 4 velmi závažný problém a/nebo nutnost neodkladné léčby a/nebo orgánové selhání a/nebo závažné funkční poškození

Podrobnosti o výpočtu přidružených chorob dle CIRS naleznete na stránkách: www.lymphoma.cz, sekce „Nástroje a kalkulatory“.

III.3.9.2 Komorbiditní index Charlsonové (CCI)

Tento index vznikl jako prognostický nástroj pro přidružená onemocnění (komorbidity), která buď samostatně nebo v kombinaci mohou změnit riziko krátkodobého úmrtí u pacientů v longitudinálních studiích.^{23,24}

Komorbiditní index Charlsonové zahrnuje 19 komorbidit s váhami 1, 2, 3 nebo 6 a může nabývat hodnot 0–33. Váhy jsou jednotlivým komorbiditám přiřazeny podle závažnosti (vyšší váha znamená vyšší závažnost). Výsledné skóre se pak určuje jako součet vah všech diagnostikovaných komorbidit. Bere se tak v úvahu počet komorbidit i jejich závažnost.

Ke stanovení CCI lze využít sekci „Nástroje a kalkulatory“ na webové stránce www.lymphoma.cz nebo odkazu přímo zde: <https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci>.

22 Salvi F. et al. Guidelines for Scoring the Cumulative Illness Rating Scale: *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56(10): 1926-31

23 Charlson ME, Pompei P, Ales KL et al. a new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5):373-83

24 Charlson, M., Szatrowski, T.P., Peterson, J., Gold, J., 1994. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol* 47, 1245–1251

III.4 Stanovení klinického stádia (KS)^{25,26,27,28,29}

III.4.1 Ann-Arbor klasifikace (revidovaná Lugano klasifikace 2014)³⁰

| | |
|--------------------|--|
| Stádium I | postižení 1 oblasti lymfatických uzlin <i>nebo</i> 1 extralymfatického orgánu (IE) |
| Stádium II | postižení 2 nebo více skupin lymfatických uzlin na téže straně bránice <i>nebo</i> stadium I a II s postižením sousedního extralymfatického orgánu (IIE) včetně postižení 1 nebo více skupin lymfatických uzlin na téže straně bránice |
| Stadium II „bulky“ | Stadium II s „bulky“ postižením |
| Stádium III | postižení lymfatických uzlin nebo orgánů na obou stranách bránice, které může být provázeno postižením sleziny (IIIS) |
| Stádium IV | Přídavné postižení extralymfatické tkáně (postižení nesousedících extranodálních orgánů) |

Určování rozsahu postižení:

- PET/CT u (¹⁸F)FDG avidních lymfomů
- CT u (¹⁸F)FDG neavidních či variabilně avidních lymfomů
- Stadium I a II = počáteční stadium
- Stadium III a IV = pokročilé stadium

„Bulky“ choroba

- významný negativní prognostický faktor
- jednotná definice není stanovena
- konglomerát uzlin o velikosti 5–10 cm dle typu lymfomu
FL > 6 cm (dle FLIPI 2)
DLBCL ≥ 5–10 cm (liší se definicí v různých studiích)
HL ≥ 10 cm

Lymfatické orgány:

- lymfatické uzliny, slezina, thymus, Waldeyerův mizní okruh, appendix, Peyerovy plaky

25 Carbone PP, Kaplan HS, Musshoff K, et al. Report of the Committee on Hodgkin's Disease Staging Classification. *Cancer Res* 1971; 31(11):1860-61

26 Rosenberg SA. Report of the committee on the staging of Hodgkin's disease. *Cancer Res* 1966; 26: 1310

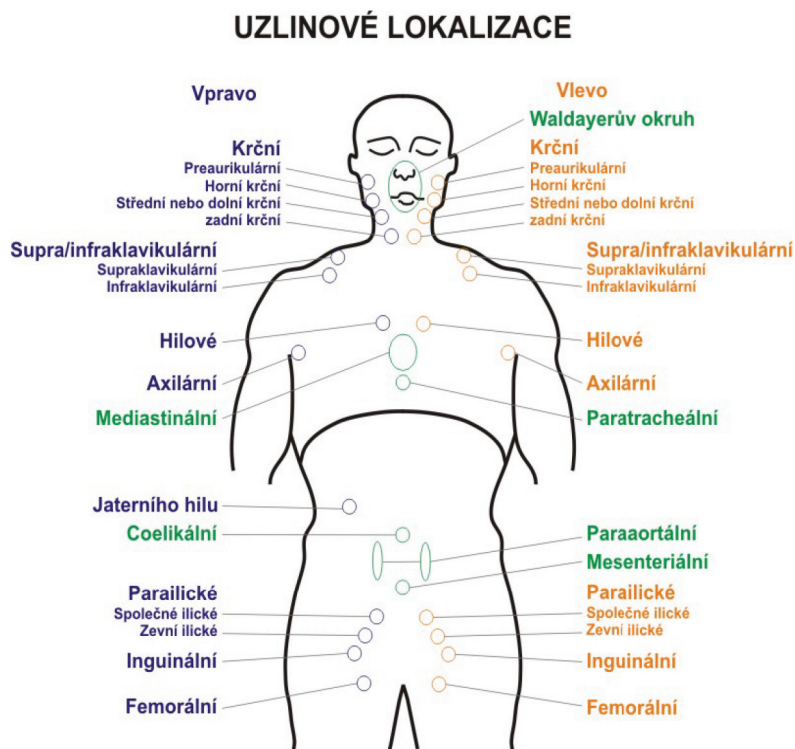
27 Lister TA, Crowther D, Sutcliffe SB, et al. Report of a committee convened to discuss the evaluation and staging of patients with Hodgkin's disease: Cotswolds Meeting. *J Clin Oncol* 1989; 7(11):1630-36

28 Rudders RA, Ross ME, DeLellis RA. Primary extranodal lymphoma: response to treatment and factors influencing prognosis. *Cancer* 1978; 42(2):406-16

29 Musshoff K. Klinische Stadienteilung der Nicht-Hodgkin-Lymphome. *Strahlentherapie* 1977; 153:218-21

30 Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. *J Clin Oncol*. 2014 Sep 20;32(27):3059-68

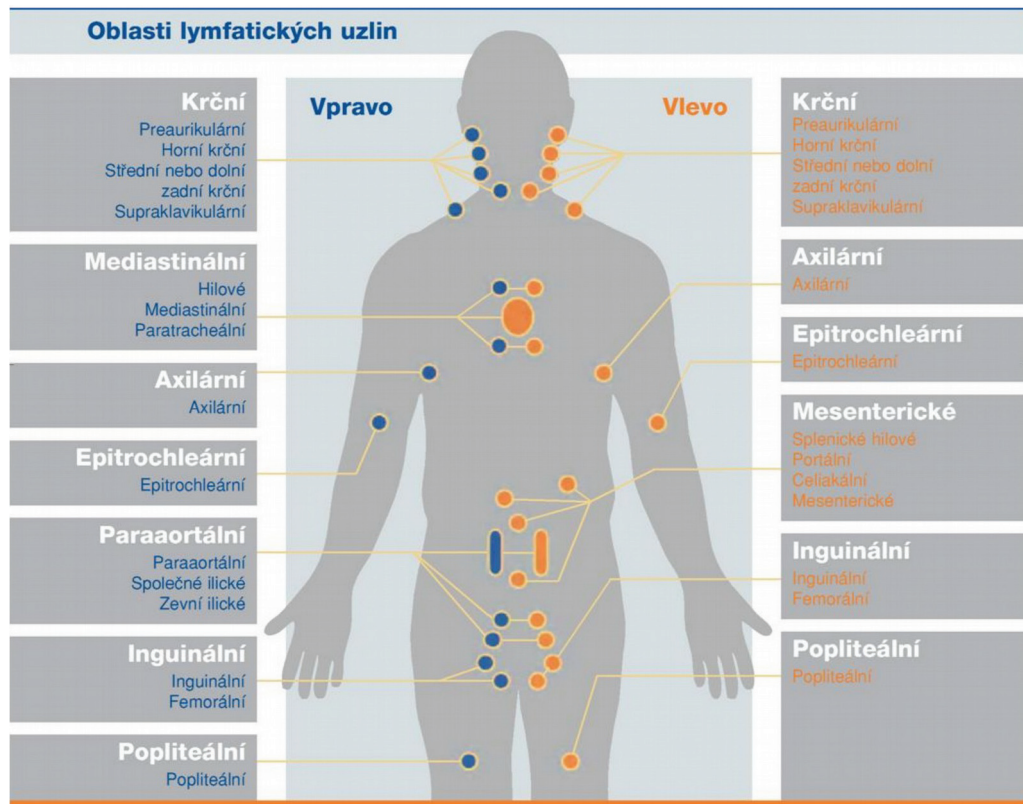
Obr. 1: Jednotlivé oblastilymfatických uzlinužívanévAnnArborklasifikaci(poúpravěKLS).³¹
(u párových uzlinových lokalizací se počítá levostranná a pravostranná lokalizace zvlášť)



U folikulárních lymfomů se počítá počet lymfatických oblastí jinak – viz obr. 2. Levostranná a pravostranná lokalizace se počítá také zvlášť.

³¹ Sýkorová A., Pytlík R., Móciková H. Staging and treatment response evaluation in malignant lymphomas – Czech Lymphoma Study Group Recommendations According to Criteria Revised in 2014 (Lugano Classification). *Klin Onkol.* 2016;29(4):295-302

Obr. 2: Jednotlivé oblasti lymfatických uzlin pro folikulární lymfomy
(velká pole představují jednu oblast postižení lymfatických uzlin pro hodnocení podle FLIPI)



Waldeyerův okruh (WO): nodální lokalizace, KS i
(postižení WO a postižení krčních uzlin = KS II dle Ann Arbor klasifikace atd.)

Postižení sleziny (S):

- **U (¹⁸F)FDG avidních lymfomů** pomocí PET/CT vyšetření:
Homogenní splenomegalie > 13 cm v podélné ose
Difusní infiltrace s miliárním rozsevem
Fokální nodulární infiltrace
Solitární masa
- **U (¹⁸F)FDG neavidních lymfomů** se za slezinu postiženou lymfomem pokládá velikost >13 cm v podélné ose.

III.4.2 Postižení s extralymfatickým šířením = klinické stádium dle modifikované Ann Arbor klasifikace (dle dohody KLS)³²

| Stádium | „Velké“ extranodální (EN) orgány | „Malé“ EN orgány |
|--------------|--|---|
| Stádium IE | Lokalizované postižení 1 EN orgánu | Jakékoliv (lokalizované, diseminované, difuzní) postižení 1 EN orgánu |
| Stádium IIE | Lokalizované postižení 1 EN orgánu s postižením LU na stejné straně bránice | Jakékoliv postižení 1 EN orgánu a postižení LU na stejné straně bránice |
| Stádium IIIE | Lokalizované postižení 1 EN orgánu s postižením LU na obou stranách bránice | Jakékoliv postižení 1 EN orgánu a postižení LU na obou stranách bránice |
| Stádium IV | Diseminované či difuzní postižení EN orgánu s nebo bez postižení LU. Jakékoliv postižení více než 1 EN orgánu s nebo bez postižení LU | Jakékoliv postižení více než 1 EN orgánu s nebo bez postižení LU |

Označení „E“:

- není vyžadováno u pokročilých stadií (III, IV), i když je extralymfatické postižení přítomno

„Velké“ extranodální orgány:

- játra,
- plíce,
- mezotel (pleura, pobřišnice, perikard),
- kostra,
- měkké tkáně.

„Malé“ extranodální orgány:

- ostatní (pankreas, štítná žláza, děloha, ledvina, vaječník atd.)

Diseminované postižení extranodálního orgánu nebo tkáně

- **2 a více ložisek** (např. 2 a více ložisek v játrech)

Lokalizované postižením extranodálního orgánu nebo tkáně:

- **1 ložisko** (např. 1 ložisko v plíci)

Difuzní postižení extranodálního orgánu nebo tkáně:

- rozptýlené postižení (např. rozptýlená PET pozitivita ve štítné žláze, drobná ložiska v celé štítné žláze)

Postižení jater:

- PET pozitivita a/nebo ložiska a /nebo histologická verifikace = postižení jater.
- hepatomegalie dle UZ/CT a/nebo při klinickém vyšetření neznamená automaticky postižení jater.

32 Sýkorová A., Belada D., Smolej L. et al. Určování rozsahu onemocnění u non-Hodgkinových lymfomů – doporučení Kooperativní lymfomové skupiny. *Klin. Onkol* 2010;23(3):146-154

Pleurální výpotek při postižení pleury: samostatná EN lokalizace pouze při cytologickém či imunofenotypizačním průkazu nádorových buněk

- ověřený výpotek s přítomností lymfomových buněk = KS IV (u pobřišnice či perikardu dtto).

Postižení kostní dřeně: zásadní je histologické vyšetření včetně imunohistochemických metod (výjimkou je HL, kde je dostačující PET pozitivita, zde trepanobiopsie není nutná).

- PET/CT zvyšuje sensitivitu v případě jednoznačné positivity i u DLBCL, nicméně v tuto chvíli doporučuje KLS provést trepanobiopsii nezávisle na výsledku PET/CT.
- U lymfoblastického lymfomu při postižení kostní dřeně s více než 25 % lymfoblasty se jedná z definice o akutní lymfoblastovou leukémii (dle WHO se však jedná o jednu jednotku).
- U lymfomu z malých lymfocytů (SLL/CLL) postižení kostní dřeně nerozhoduje o zařazení do SLL či CLL, zde je rozhodující leukemizace nad $5 \times 10^9/l$ v periferní krvi (dle WHO se však jedná od jednu jednotku).

Postižení kostní dřeně či periferní krve = KS IV

(kostní dřeň + periferní krev = 1 kompartment = 1 EN lokalizace).

Postižení párových orgánů = KS IV (např. obě ledviny).

Postižení CNS: patří sem i postižení oka (sítnice, sklivec, oční nerv)

- primární lymfom CNS (PCNSL) = klinické stádium se neuvádí.
- diseminace lymfomu do CNS (mozek a/nebo meningy a/nebo mícha a/nebo postižení oka) = jakékoliv postižení CNS s různým postižením uzlin = KS IV.

Postižení extranodálních orgánů a šíření per continuitatem: postižení oblastí lymfatických uzlin a prorůstání více extranodálními orgány na téže straně bránice = KS IIE

(mediastinální LU + prorůstání do pleury + prorůstání do perikardu + prorůstání do sternu)

Systemové příznaky

A – nepřítomny

B – přítomnost alespoň 1 z příznaků

- horečka neinfekčního původu $> 38^\circ\text{C}$
- intenzivní noční poty
- váhový úbytek $> 10\%$ tělesné hmotnosti za posledních 6 měsíců

Dle revidovaných kritérií z roku 2014:

- systémové příznaky nutné uvádět pouze u pacientů s Hodgkinovým lymfomem, kde mají prognostický význam a vliv na určení strategie terapie
- nevyžaduje se uvádění u pacientů s NHL – nejsou součástí žádného prognostického indexu

Kooperativní lymfomová skupina nicméně doporučuje B-příznaky zaznamenávat na základě zkušeností, že jejich přetrvávání v průběhu léčby může být známkou nedostatečné klinické odpovědi a jejich znovuobjevení (u pacientů, kteří tyto příznaky měli) může předcházet jiným zjevným manifestacím relapsu.

III.4.3 Lymfomy GIT – revidovaná Blackledge klasifikace³³

| | |
|--------------|--|
| Stádium I | Tumor bez penetrace do serózy 1 primární lokalizace nebo mnohočetné nesouvisející léze |
| Stádium II | Tumor šířící se z primárního místa do břišní dutiny – uzlinové postižení |
| Stádium II/1 | lokální (gastrické, mezenterické) |
| Stádium II/2 | vzdálené (paraaortální, parakavální) |
| Stádium IIE | Penetrace serózou a šíření do sousedních oblastí (pankreas, tlusté střevo, břišní stěna) perforace, peritonitis |
| Stádium IV | Diseminované extranodální postižení nebo léze GIT s postižením supradiafragmatických uzlin |

³³ Rohatiner A, d'Amore F, Coiffier B, et al. Report on a workshop convened to discuss the pathological and staging classifications of gastrointestinal tract lymphoma. *Ann Oncol* 1994; 5(5):397-400

III.4.4 Klasifikace Mycosis fungoides a Sézaryho syndromu (MF/SS)³⁴

| Klasifikace TNMB pro MF dle ISCL/EORTC (2007) | |
|---|---|
| T1 | Skrvny a/nebo plaky na < 10 % povrchu těla |
| T2 | Skrvny a/nebo plaky na ≥ 10 % povrchu těla |
| T3 | Jeden nebo více tumorů (≥ 1 cm v průměru) |
| T4 | Generalizovaná erythrodermie ≥ 80 % povrchu těla |
| N0 | Klinicky nejsou přítomné abnormální lymfatické uzliny |
| N1 | Lymfatické uzliny zvětšeny, ale nejsou postiženy MF, histologie dle Dutch systému grade 1 |
| N2 | Lymfatické uzliny zvětšeny, histologicky pozitivní, dle Dutch systému grade 2 |
| N3 | Lymfatické uzliny zvětšeny a histologiecky pozitivní, dle Dutch systému grade 3–4; pozitivní nebo negativní klonalita |
| NX | Klinicky abnormální lymfatické uzliny, histologicky nevyšetřeny |
| M0 | Bez orgánového postižení |
| M1 | Postižení mimokožních orgánů, nutná histologická verifikace (kromě postižení sleziny a jater) |
| B0 | Atypické Sézaryho buňky ≤ 5 % cirkulujících lymfocytů a < 1000/μl |
| B1 | Atypické Sézaryho buňky > 5 % cirkulujících lymfocytů a méně než B2; malá masa nádoru |
| B2 | Atypické Sézaryho buňky ≥ 1000/μl; velká masa nádoru |

Pozn.: stadium N1, N2, B0 a B1 se dále dělí na podstadia:

a – neprokázána klonalita T-lymfocytů,

b – prokázána klonalita T-lymfocytů pomocí PCR nebo Southern blot analýzy

Histopatologický staging lymfatické uzliny – Dutch systém:

N1 – grade 1: dermatopatická lymfadenopatie

N2 – grade 2: časně postižení při MF (přítomna cerebriformní jádra > 7,5 μm)

N3 – grade 3: částečné setření struktury uzliny

N4 – grade 4: úplné setření struktury uzliny maligními buňkami

34 WHO Classification of Skin Tumours. 4th ed. Lyon, France: IARC; 2018. World Health Organization Classification of Tumours; vol 11

| | |
|-------------------------------------|---|
| T (tumor = kůže) | Skvrna (patch) je jakákoliv kožní léze bez indurace; plak (plaque) je jakákoliv kožní léze s indurací, zvýšením oproti okolní zdravé kůži; tumor je jakákoliv solidní nebo nodulární léze ≥ 1 cm v průměru s patrnou infiltrací kůže a/nebo patrným vertikálním růstem |
| N (node, uzlina) | abnormální lymfatická uzlina je tuhá, nepravidelná, fixovaná uzlina nebo uzlina větší než 1,5 cm. Pro klasifikaci se berou v potaz jen periferní lymfatické uzliny |
| M (viscerální postižení) | musí být biopsicky verifikováno, postižení sleziny a jater může být dokumentováno pouze zobrazovacími metodami |
| B (blood, periferní krev) | Sézaryho buňky jsou definovány jako cirkulující atypické buňky se zrohňvaným, cerebriformním jádrem s prokázanou klonalitou TCR. v případě, že není možné použít Sézaryho buňky ke stanovení masy nádoru (B0-2 stadium), lze je v případě prokázané klonality TCR nahradit jedním z následujících: $CD4/CD8 \geq 10$, $CD4+CD7- \geq 40\%$ nebo $CD4+CD26- \geq 0\%$. |

Stážovací systém dle ISCL/EORTC 2007 pro MF/SS³⁵

| Klinické stadium | T | N | M | B |
|------------------|----------|----------|----------|----------|
| IA | T1 | N0 | M0 | B0, B1 |
| IB | T2 | N0 | M0 | B0, B1 |
| IIA | T1-2 | N1,2,X | M0 | B0, B1 |
| IIB | T3 | N0-2,X | M0 | B0, B1 |
| IIIA | T4 | N0-2,X | M0 | B0 |
| IIIB | T4 | N0-2,X | M0 | B1 |
| IVA | T1-4 | N0-2 | M0 | B2 |
| IVB | T1-4 | N0-2,X | M1 | B0-2 |

Sézary syndrom je v TNMB klasifikaci definovaný jako klinické stadium >IVA (tj. T1-4 N0-2X M0-1 B2)

35 Olsen E, Whittaker S, Kim Y, et al. Clinical end points and response criteria in Mycosis fungoides and Sézary syndrome: a consensus statement of International Society for Cutaneous Lymphomas, the United States Cutaneous Lymphoma Consortium, and the Cutaneous Lymphoma Task Force of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *J Clin Oncol* 2011; 29:2598-2607

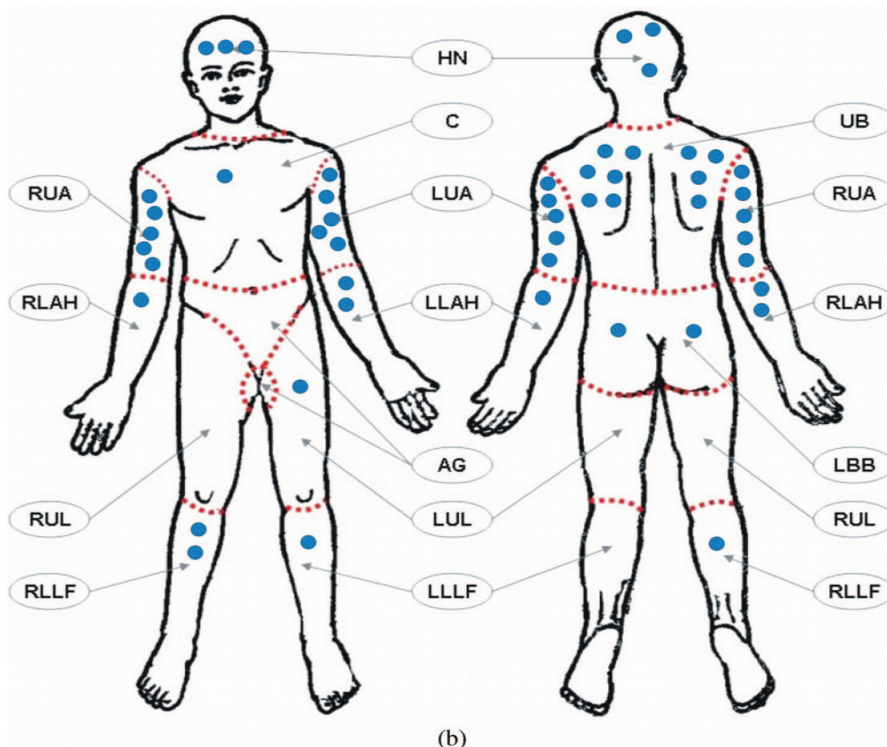
III.4.5 Klasifikace primárních kožních lymfomů jiných než MF/SS³⁶

| ISLC/EORTC návrh TNM klasifikace pro primární kožní lymfomy jiné než MF/SS ³⁷ | |
|--|---|
| T: kůže | |
| T1 | Solitární kožní postižení |
| T1a | Solitární kožní léze < 5 cm v průměru |
| T1b | Solitární kožní léze > 5 cm v průměru |
| T2 | Kožní léze četnější – postihující 1 lokalitu nebo 2 sousední lokality |
| T2a | Všechny projevy zahrnující lokalitu < 15 cm v průměru |
| T2b | Všechny projevy zahrnující lokalitu > 15 cm a < 30 cm v průměru |
| T2c | Všechny projevy postihující lokalitu > 30 cm v průměru |
| T3 | Generalizované postižení kůže |
| T3a | Četné léze postihující 2 nesousedící oblasti |
| T3b | Mnohočetné léze zahrnující 3 a více oblastí |
| N: lymfatické uzliny | |
| N0 | Bez klinického nebo patologického postižení uzlin |
| N1 | Postižení 1 lymfatické oblasti, která drénuje oblast aktuálního/minulého postižení |
| N2 | Postižení 2 a více lymfatických oblastí nebo postižení lymfatické oblasti, která nesouvisí se současným/minulým postižením kůže |
| N3 | Postižení centrálních lymfatických uzlin |
| M: vnitřní orgány | |
| M0 | Bez postižení vnitřních orgánů |
| M1 | S postižením vnitřních orgánů |

36 Kim Y, Willemze R, Pimpinelli N, et al. TNM classification system for primary cutaneous lymphomas other than Mycosis fungoides and Sézary syndrome: a proposal of the International Society for Cutaneous Lymphomas (ISCL) and the Cutaneous Lymphoma Task Force of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). *Blood* 2007; 110: 479-484

37 Golling P, Cozzio A, Dummer R, et al. Primary cutaneous B-cell lymphomas – clinicopathological, prognostic and therapeutic characterisation of 54 cases according to the WHO-EORTC classification and the ISCL/EORTC TNM classification system for primary cutaneous lymphomas other than mycosis fungoides and Sezary syndrome. *Leuk Lymphoma* 2008; 49(6):1094-103

Obr. 3: Kožní oblasti dle TNM klasifikace pro primární kožní lymfomy jiné než MF/SS



| | |
|-------|------------------------|
| HN | Head & Neck |
| C | Chest |
| LUA | Left Upper Arm |
| LLAH | Left Lower Arm & Hand |
| AG | Abdominal & Genital |
| LUL | Left Upper Leg |
| LLLFF | Left Lower Leg & Feet |
| RUA | Right Upper Arm |
| RLAH | Right Lower Arm & Hand |
| RUL | Right Upper Leg |
| RLLFF | Right Lower Leg & Feet |
| UB | Upper Back |
| LBB | Lower Back & Buttock |

Pozn.: Oblasti lymfatických uzlin jsou definovány podle Ann Arbor klasifikace:

periferní oblasti lymfatických uzlin: antekubitální, krční, supraklavikulární, axilární, inguinální – femorální, popliteální,

centrální oblasti lymfatických uzlin: mediastinální, hilové plicní, paraaortální, ilické.

III.4.6 Klinická stádia maligních lymfomů u dětí

| Klinická stadia maligních lymfomů podle Murphyové St Jude's Classification (Murphy 1980) | |
|---|--|
| Stadium I | Postižení jedné uzliny či extranodální manifestace tumoru bez lokálního rozšíření, s výjimkou mediastinální a abdominální nebo epidurální lokalizace. |
| Stadium II | Postižení více uzlin a/nebo extranodální manifestace na stejné straně bránice, s lokálním šířením nebo bez něj. Nepatří sem: mediastinální, epidurální nebo rozsáhlé neresekabilní abdominální lokalizace. |
| Stadium III | Lokalizace na obou stranách bránice, všechny manifestace v hrudníku (mediastinum, thymus, pleura), všechny rozsáhlé neresekabilní abdominální manifestace, postižení epidurálních oblastí, mnohožiskové postižení skeletu. |
| Stadium IV | postižení kostní dřeně (< 25 %) a/nebo infiltrace CNS |

Definice orgánového postižení

Postižení kostní dřeně

- lymfoblastické lymfomy: **min. 5 % lymfoblastů** v nátěru KD
- nelymfoblastické lymfomy: **min. 5 % lymfomových buněk** v KD

Postižení CNS

- **meningosis lymphomatosis:** lymfoblastické lymfomy: počet buněk v likvoru > 5/mm³ a jednoznačné blasty, nelymfoblastické lymfomy: jednoznačný průkaz lymfomových buněk v likvoru, bez ohledu na počtu buněk
- nitrolební ložiska lymfomu při **MRI vyšetření**
- **paréza mozkových nervů**, u níž je vyloučena extracerebrální příčina i tehdy, jestliže v likvoru nebyly nalezeny žádné lymfomové buňky
- infiltrace **retiny**

Postižení skeletu

- Při histologicky **potvrzeném extraoseálním NHL:** potvrdí-li rtg snímek, příp. CT, MRI patologickou akumulaci patrnou na scinti skenu – jedná se o další ložisko lymfomu a není nutná histologická verifikace.
- Pokud se jedná o **jedinou manifestace** předpokládaného NHL v kosti, je **histologická verifikace** nezbytná.

Postižení varlat

- Je-li NHL potvrzen z jiných manifestací a/nebo se jedná o krátkodobě bezbolestné zduření varlat bez zánětlivých příznaků, není nutné provádět biopsii. Je-li bezbolestné zduření varlat **jediným projevem** onemocnění, je nutná **bioptická verifikace**.

Definice B-ALL

- minimálně 25 % buněk s morfológií FAB-L3 v KD
- průkaz monoklonálních membránových imunoglobulinů na minimálně 20 % maligních buněk
- jednoznačný průkaz – přítomnost jedné z chromozomálních translokací t(8;14), t(8;22), t(2;8).

Rozlišení lymfoblastického lymfomu stadium IV oproti (non-B) ALL

- lymfoblastický lymfom stadium IV: více než 5 % a **méně než 25 %** lymfoblastů v KD
- **25 % a více** lymfoblastů v KD (non-B) ALL – ad studie ALL-BFM

III.5 Stanovení rizika – prognostické faktory³⁸

III.5.1 Prognostické faktory pro agresivní lymfomy

III.5.1.1 AA IPI pro pacienty mladší 60 let

AA IPI = věkově upravený („age adjusted“) mezinárodní prognostický index (IPI – International Prognostic Index)

Rizikové faktory pro stanovení AA IPI:

Klinické stádium III nebo IV = 1 bod

LDH > normu = 1 bod

Výkonnostní stav ([performance status](#)) dle WHO >1 = 1 bod

| Riziko | aaIPI skóre | pravděpodobnost 5letého přežití | četnost kompletních remisí |
|----------------------|-------------|---------------------------------|----------------------------|
| Nízké riziko | 0 | 83 % | 92 % |
| Nižší střední riziko | 1 | 69 % | 78 % |
| Vyšší střední riziko | 2 | 46 % | 57 % |
| Vysoké riziko | 3 | 32 % | 46 % |

III.5.1.2 IPI klasické (věkově neupravené, bez ohledu na věk)

IPI = mezinárodní prognostický index (IPI – International Prognostic Index)³⁹

Rizikové faktory pro stanovení IPI:

Věk > 60 let = 1 bod

Extranodální postižení > 1 oblast = 1 bod

Klinické stádium III nebo IV = 1 bod

LDH > normu = 1 bod

Výkonnostní stav ([performance status](#)) dle WHO > 1 = 1 bod

| Riziko | IPI skóre | 5leté přežití | četnost kompletních léčebných odpovědí |
|----------------------|-----------|---------------|--|
| Nízké riziko | 0–1 | 73 % | 87 % |
| Nižší střední riziko | 2 | 51 % | 67 % |
| Vyšší střední riziko | 3 | 43 % | 55 % |
| Vysoké riziko | 4–5 | 26 % | 44 % |

Pozn.: Definice věku > 60 let: 1. den po dosažení 60. narozenin.

³⁸ Shipp MA. Prognostic factors in aggressive non-Hodgkin's lymphoma: who has "high-risk" disease? *Blood* 1994; 83(5): 1165–1173

³⁹ Predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. The International NonHodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. *N Engl J Med* 1993; 329: 987–994

III.5.1.3 R-IPI (revidovaný index IPI)

R-IPI = revidovaný mezinárodní prognostický index (Revised International Prognostic Index) zaveden v éře používání monoklonálních protilátek v léčbě DLBCL.⁴⁰

Souhrnný výstup podle rizikových faktorů indexu **R-IPI** u nemocných léčených **R-CHOP** (Britská Kolumbie)

| Rizikové skupiny | Počet faktorů IPI | Počet nemocných % | 4leté PFS % | 4leté OS % |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------|------------|
| Standardní IPI | | | | |
| Nízké riziko | 0-1 | 28 | 85 | 82 |
| Nižší střední riziko | 2 | 27 | 80 | 81 |
| Vyšší střední riziko | 3 | 21 | 57 | 49 |
| Vysoké riziko | 4-5 | 24 | 51 | 59 |
| Revidované IPI | | | | |
| Velmi dobrá prognóza | 0 | 10 | 94 | 94 |
| Dobrá prognóza | 1-2 | 45 | 80 | 79 |
| Špatná prognóza | 3-5 | 45 | 53 | 55 |

III.5.1.4 ABE 3 skóre

ABE 3 skóre = prognostický index pro pacienty s DLBCL léčené **R-CHOP**, který predikuje celkové přežití 3 roky od data diagnózy v závislosti na přítomnosti **3 rizikových faktorů**.

Index je určen pro starší nemocné (nad 60 let) a byl vytvořen na základě analýzy dat lymfomového registru NiHiL Kooperativní lymfomové skupiny (výpočet rizika online viz www.lymphoma.cz)

Rizikové faktory pro stanovení ABE 3 skóre:

- **A (AGE)** – pokročilý věk ≥ 70 let
- **B (BULK)** – velká nádorová masa $\geq 7,5$ cm
- **E (ECOG)** – performance status (výkonnostní stav) ECOG >1

⁴⁰ Sehn, L.H., Berry, B., Chhanabhai, M., et al. The Revised International Prognostic Index (R-IPI) is a better predictor of outcome than the Standard IPI for patients with DLBCL treated with R-CHOP. *Blood*, 2007, 109, p. 1857-1861

III.5.1.5 CNS-IPI

Prognostický index ke zhodnocení rizika CNS postižení u agresivních B – lymfomů. Zahrnuje 5 faktorů klasického IPI a postižení ledvin a/nebo nadledvin. Model definiuje vysoce rizikovou skupinu (CNS – IPI 4-6), u které se doporučuje vyšetření mozkomíšního moku (cytologie, imunofenotypizace) a profylaxe CNS postižení.⁴¹

Vhodné je doplnění zobrazovacích vyšetření, CT nebo lépe MRI mozku, před léčbou, především při neurologických obtížích.

5 rizikových faktorů pro IPI:

- Věk > 60 let
- Extranodální postižení > 1 oblast
- Klinické stádium III nebo IV
- LDH > norma
- Výkonnostní stav (performance status) dle ECOG/WHO > 1

plus navíc:

- postižení ledvin a/nebo nadledvin

Poznámka: rozhodující je součet rizikových faktorů (každý faktor = 1 bod)

| Riziková skupina | Počet rizikových faktorů | DSHNHL (2164 pacientů) | | British Columbia (1597 pacientů) | |
|------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| | | % | riziko CNS relapsu ve 2 letech | % | riziko CNS relapsu ve 2 letech |
| Nízké riziko | 0–1 | 46 % | 0,6 % (95% CI, 0–1,2) | 29 % | 0,8 % (95% CI, 0–1,6) |
| Střední riziko | 2–3 | 41 % | 3,4 % (95% CI, 2,2–4,6) | 43 % | 3,9 % (95% CI, 2,3–5,5) |
| Vysoké riziko | 4–6 | 13 % | 10,2 % (95% CI, 6,3–14,1) | 22 % | 12 % (95% CI, 7,9–16,1) |

Vysvětlivky: DSHNHL – Deutsche Studiengruppe Hochmaligne Non-Hodgkin Lymphome (The German-High-Grade Non-Hodgkin Lymphoma Study Group)

Kalkulátor pro výpočet indexu naleznete na stránkách: www.lymphoma.cz, sekce „Nástroje“

41 Schmitz N. et al, CNS International Prognostic Index: a Risk Model for CNS Relapse in Patients With Diffuse Large B-Cell Lymphoma Treated With R-CHOP. J Clin Oncol 2016 Sep 10;34(26):3150-6

Doporučení pro vyšetření a profylaxi CNS u DLBCL dle **CNS-IPI**⁴²

| Počet rizikových faktorů | Doporučení pro vyšetření a profylaxi CNS u DLBCL |
|--------------------------|---|
| 0–1 = nízké riziko | Bez nutnosti dg lumbální punkce a profylaxe CNS* |
| 1–3 = nízké riziko | Bez nutnosti dg lumbální punkce a profylaxe CNS* |
| 4–6 = vysoké riziko | Doporučována dg. lumbální punkce a profylaxe CNS Zobrazovací vyšetření CNS (MRI) <u>především v případě neurologických obtíží</u> |

* Diagnostické vyšetření likvoru (event. zobrazovací vyšetření CNS – především při neurologických obtížích) a profylaxe CNS je doporučena u DLBCL bez ohledu na riziko dle CNS-IPI, a to při:

- postižení varlat
- postižení ledvin a/nebo nadledvin
- postižení dělohy
- double/triple hit lymfomů
- lymfomů s dvojitou expresí MYC+ a BCL2+ proteinu – tzv. „double expressor“ lymfomů
- lymfomů s vysokým LDH a postižením ≥ 2 extranodálních orgánů

42 Savage JK. Secondary CNS relapse in diffuse large B – cell lymphoma: defining high-risk patients and optimization of prophylaxis strategies: Hematology 2017: the ASH Education Program 2017: 578-586

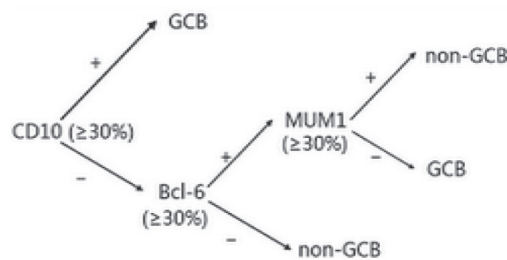
III.5.2 Vyšetření ke stanovení prognosticky odlišných podskupin u DLBCL a high-grade B-lymfomů

III.5.2.1 GEP – profil genové exprese u DLBCL

Paralelní analýzou více genů pomocí cDNA microarray (DNA čipů) lze rozlišit minimálně 3 velké základní podskupiny DLBCL s odlišnou prognózou⁴³.

- tzv. **GCB-like** (germinal centre B-cell like) subtyp z B-lymfocytů germinálního centra s lepší prognózou
- tzv. **ABC-like** (activated B-cell like) subtyp s horší prognózou
- **typ 3** odpovídá primárnímu mediastinálnímu B-lymfomu

Pozn.: zatím se využívá jen v rámci klinických studií, v klinické praxi zatím neovlivňuje volbu terapie. Profil genové exprese je možné stanovit několika metodami, například pomocí technologie **nanostřing**. Jelikož se jedná o technicky náročnou metodu, v klinické praxi se používají zástupné metody, např. **imunohistochemické stanovení**. Algoritmů k rozlišení jednotlivých subtypů je několik, nejčastěji se používá diagnostický **algoritmus dle Hansové**.



⁴³ Rimsza LM, Wright G, Schwartz M et al. Accurate classification of diffuse large B cell lymphoma into germinal center and activated B cell subtypes using a nuclease protection assay on formalin fixed paraffin embedded tissues. *Clin Cancer* 2011 Jun 1; 17(11):3727-3732

III.5.2.2 Lymfomy s dvojitou expresí („double-expressor“), double hit, triple hit lymfomy

Současná přítomnost imunohistochemické exprese některých bílkovin (dvojitá exprese) či současné genetické změny pomocí FISH (double hit, triple hit lymfomy) jsou spojeny s agresivnějším chováním lymfomu (často vysoké skóre [IPI](#), riziko postižení CNS) a také horší prognózou.

- současná exprese BCL2 a MYC proteinu⁴⁴ (lymfomy s dvojitou expresí)
- současná přítomnost přestavby BCL2 (18q21) nebo BCL6 (3q27) s obligatorní přestavbou MYC (8q24) (double hit lymfomy)⁴⁵
- současná přítomnost přestavby všech tří genů (triple hit lymfomy)

III.5.3 PIT – Prognostický index pro periferní T-lymfomy

Rizikové faktory pro stanovení PIT⁴⁶:

- Věk > 60 let
- Výkonnostní stav (performance status) >1
- LDH > normu
- Postižení kostní dřeně

| Riziková skupina | Počet rizikových faktorů | 5leté přežití | 10leté přežití |
|------------------|--------------------------|---------------|----------------|
| 1 | 0 | 62 % | 55 % |
| 2 | 1 | 53 % | 39 % |
| 3 | 2 | 33 % | 18 % |
| 4 | 3–4 | 18 % | 13 % |

44 Hu S, Xu-Monette ZY, Tzankov a et al. MYC/BCL2 protein coexpression contributes to the inferior survival of activated B-cell subtype of diffuse large B-cell lymphoma and demonstrates high-risk gene expression signatures: a report from The International DLBCL Rituximab-CHOP Consortium Program. *Blood* 2013;121 (20):4021-4031

45 Johnson NA, Savage KJ, Ludkovski O et al. Lymphomas with concurrent BCL2 and MYC translocations: the critical factors associated with survival. *Blood* 2009;114(11):2273-2279

46 Gallamini A, Stelitano C, Calvi R et al. Intergruppo Italiano Linfomi. Peripheral T-cell lymphoma unspecified (PTCL-U): a new prognostic model from a retrospective multicentric clinical study. *Blood* 2004; 103(7): 2474–2479

III.5.4 Prognostické faktory pro indolentní lymfomy

III.5.4.1 FLIPI – Follicular Lymphoma International Prognostic Index⁴⁷

Rizikové faktory pro stanovení FLIPI:

- Věk > 60 let
- Ann-Arbor stádium III-IV
- LDH > normu
- Postižení více než 4 oblasti lymfatických
- Hladina Hb < 120 g/l

| Riziková skupina | FLIPI skóre | 5leté přežití | 10leté přežití |
|------------------|-------------|---------------|----------------|
| Nízké riziko | 0–1 | 90,6 % | 70,7 % |
| Střední riziko | 2 | 77,6 % | 51 % |
| Vysoké riziko | ≥ 3 | 52,5 % | 35,5 % |

Kalkulátor pro výpočet indexu naleznete na stránkách: www.lymphoma.cz, sekce „Nástroje“

III.5.4.2 FLIPI 2 Index

Rizikové faktory pro stanovení FLIPI-2⁴⁸:

- Věk > 60 let
- Infiltrace kostní dřeně
- Beta-2-mikroglobulin > normu
- Nádorový infiltrát/uzlina > 6 cm
- Hladina Hb < 120 g/l

| Riziková skupina | FLIPI-2 skóre | 3leté PFS | 5leté PFS |
|------------------|---------------|-----------|-----------|
| Nízké riziko | 0–1 | 90,9 % | 79,5 % |
| Střední riziko | 2 | 69,3 % | 51,2 % |
| Vysoké riziko | ≥ 3 | 51,3 % | 18,8 % |

⁴⁷ Solal-Céligny P, Roy P, Colombat P et al. Follicular lymphoma international prognostic index. *Blood* 2004; 104(5): 1258–1265

⁴⁸ Federico M, Bellei M, Marcheselli L. Follicular lymphoma international prognostic index 2: a new prognostic index for follicular lymphoma developed by the international follicular lymphoma prognostic factor project. *J Clin Oncol* 2009; 27(27): 4555–4562

III.5.4.3 PRIMA prognostický index⁴⁹

| Riziková skupina | Rizikové faktory | 5leté PFS |
|------------------|----------------------------------|-----------|
| Nízké riziko | B2M ≤ 3 mg/l bez postižení KD | 69 % |
| Střední riziko | B2M ≤ 3 mg/l a postižení KD | 55 % |
| Vysoké riziko | B2M > 3 mg/l | 37 % |

III.5.4.4 Riziko časně progresse/relapsu u folikulárního lymfomu

Časná progresse/relaps FL během nebo po chemoterapii **R-CHOP** do 2 let od diagnózy byla identifikována jako velmi nepříznivá událost, která je spojena s vysokým rizikem úmrtí.⁵⁰ Pacienti, kteří časně zprogredují/zrelabují do 24 měsíců, mají pouze 50% pravděpodobnost 5letého přežití ve srovnání s kontrolní skupinou s 5letým celkovým přežitím 90 %.

Na základě analýzy dat z registru Kooperativní lymfomové skupiny bylo vytvořeno prognostické skóre, které se skládá ze 6 nezávislých ukazatelů, jejichž kombinací lze nemocné již v době diagnózy kategorizovat do kategorie nízkého nebo vysokého rizika časně progresse (9,6 % resp. 46,5 %).⁵¹

Nezávislé faktory pro výpočet rizika časně relapsu/progrese FL:

- pohlaví
- klinické stádium
- performance status dle ECOG
- hladina LDH
- počet leukocytů
- hodnota hemoglobinu

Kalkulátor pro výpočet indexu naleznete na stránkách: www.lymphoma.cz, sekce „Nástroje“

49 Bachy E., Maurer MJ., Habermann TM et al. Discovery and validation of a simplified scoring system (the PRIMA – Prognostic Index) in de novo follicular lymphoma treated initially with immunochemotherapy, ASH 2017 (abs. 413)

50 Casulo C., Byrtek M., Dawson KL et al. Early relapse of follicular lymphoma after rituximab plus cyclophosphamid, doxorubicin, vincristin, and prednisone defines patients at high risk for death: an analysis from the National Lymphomacare Study. *J Clin Oncol* 2015;33(23):2516-22

51 Procházka V., Papajík T., Janíková A. et al. Early progression after R – CHOP in follicular lymphoma: Key role for the maintenacne therapy. *Blood* 2016 ; 128(22):1779-1779

III.5.4.5 MALT – IPI

Rizikové faktory pro stanovení MALT – IPI⁵²:

- klinické stadium III a IV
- věk ≥ 70 let
- elevace LDH

| Riziková skupina | MALT–IPI skóre | 5leté EFS | 5leté PFS | 5leté OS |
|------------------|----------------|-----------|-----------|----------|
| Nízké riziko | 0 | 69,8 % | 76 % | 98,7 % |
| Střední riziko | 1 | 55,7 % | 63,1 % | 93,1 % |
| Vysoké riziko | 2–3 | 28,7 % | 32,5 % | 64,3 % |

Kalkulátor pro výpočet indexu naleznete na stránkách: www.lymphoma.cz, sekce „Nástroje“

III.5.4.6 GELF kritéria

Kritéria „velké nádorové masy“ vyžadující zahájení léčby:

- B-příznaky
- postižení 3 a více oblastí uzlin > 3 cm
- splenomegalie
- známky orgánové komprese
- výpotky
- cytopenie z útlaku kostní dřeně lymfomem
- bulky masa

III.5.4.7 Rizikové faktory pro lokalizovaná stádia indolentních lymfomů

stádium I: velikost uzlin $> 2,5$ cm

stádium II: velikost uzlin $> 2,5$ cm, postižení 2 nesousedících lokalizací

Přítomnost **jediného faktoru** znamená vyšší riziko.

52 Thieblemont C, Cascione L, Conconi A. a MALT lymphoma prognostic index. *Blood* 2017; 130(12):1409-141

III.5.5 MIPI pro lymfom z buněk plášťové zóny

MIPI (Mantle Cell Lymphoma International Prognostic Index) – prognostický index pro lymfom z buněk plášťové zóny⁵³

III.5.5.1 Stanovení MIPI výpočtem

MIPI = $[0.03535 \times \text{věk (roky)}] + 0.6978$ (jestliže performance status je > 1) + $[1.367 \times \log_{10}(\text{LDH měřené/LDH norma})] + [0.9393 \times \log_{10}(\text{počet leuko})]$

nebo na webové stránce:

http://www.qxmd.com/hematology/Mantle_Cell_Lymphoma_prognosis.php

nebo http://www.european-mcl.net/de/clinical_mipi.php

nebo www.lymphoma.cz, sekce „Nástroje“

| Stanovené riziko | Zjištěná hodnota MIPI |
|------------------|-----------------------|
| Nízké | < 5,7 |
| Střední | 5,7–6,2 |
| Vysoké | > 6,2 |

III.5.5.2 Zjednodušený (simplifikovaný) výpočet MIPI (s-MIPI)

Rizikové faktory pro stanovení MIPI

- věk
- performance status dle ECOG
- LDH
- počet leukocytů

| Body | Věk | ECOG | LDH/norma | Počet leukocytů |
|------|-----------|------|------------|-----------------|
| 0 | <50 | 0–1 | <0,67 | <6,7 |
| 1 | 50–59 | | 0,67–0,99 | 6,7–9,9 |
| 2 | 60–69 | 2–4 | 1,0–1,49 | 10–14,9 |
| 3 | 70 a více | | 1,5 a více | 15 a více |

| Součet bodů dle předchozí tabulky | Stanovené riziko | Medián přežití |
|-----------------------------------|------------------|----------------|
| 0–3 | Nízké | nedosažen |
| 4–5 | Střední | 51 měsíc |
| 6–11 | Vysoké | 29 měsíců |

⁵³ Hoster E, Dreyling M, Klapper W et al. German Low Grade Lymphoma Study Group (GLSG); European Mantle Cell Lymphoma. a new prognostic index (MIPI) for patients with advanced-stage mantle cell lymphoma. *Blood* 2008; 111(2): 558–565

III.5.5.3 MIPI – C – kombinované MIPI pro lymfom z buněk z pláštěvé zóny

Prognostickým ukazatelem zůstává i nadále určení stupně proliferace nádorových buněk (Ki-67 – určuje se z lymfatické uzliny či extramedulární tkáně, **nikoliv z biopsie kostní dřeně**). Kombinací **MIPI** a Ki-67⁵⁴ získáme tzv. kombinované MIPI (MIPI – C).

K riziku dle MIPI připočítáme buď 1 bod (Ki-67 ≥ 30%) nebo 0 (Ki-67 < 30%). Získáme tak 4 prognostické skupiny s odlišným 5letým celkovým přežitím (OS).

| MIPI-C dle GLSG 1996/GLSG 2000 a Evropské MCL mladší/ MCL starší studijní kohorty | | | | | |
|---|-----------------|-------------|--------------|----------------------|-------------|
| Riziko MIPI-C | Riziko dle MIPI | Ki-67 index | GLSG (n=246) | Evropská MCL (n=508) | 5leté OS |
| Nízké (0) | Nízké (0) | < 30 % (0) | 44 % | 32 % | 85 % |
| Středně nízké (1) | Nízké (0) | ≥ 30 % (1) | 34 % | 34 % | 72 % |
| | Střední (1) | < 30 % (0) | 5 % | 9 % | |
| Středně vysoké (2) | Střední (1) | ≥ 30 % (1) | 29 % | 25 % | 43 % |
| | Vysoké (2) | < 30 % (0) | 16 % | 23 % | |
| Vysoké (3) | Vysoké (2) | ≥ 30 % (1) | 6 % | 10 % | 17 % |
| | | | 10 % | 13 % | |
| | | | 5 % | 11 % | |

Vysvětlivky: GLSG – German Low-Grade Lymphoma Study Group, MCL – mantle cell lymphoma – lymfom z buněk pláště, MIPI – Mantle Cell Lymphoma International Prognostic Index – mezinárodní prognostický index pro MCL, MIPI-C – kombinace Ki 67 a MIPI

Stanovení MIPI-C na webové stránce: http://www.european-mcl.net/en/clinical_mipi.php
nebo
www.lymphoma.cz v sekci „Nástroje“

III.5.5.4 Prognostický význam aberace supresorového onkogenu TP53 u mladých nemocných s MCL⁵⁵

Průkaz molekulárně genetickým vyšetřením z histologického materiálu.

Přítomnost dysfunkce (mutace /delece) TP53 = horší prognóza.

Dysfunkce genu TP53 se doporučuje vyšetřit u mladších nemocných do 60–65 let, kteří jsou schopni podstoupit intenzivní terapii s event. alogenní transplantací PKB.

Přítomnost mutace TP53 je spojena s horšími výsledky než delece TP53.

Současnou intenzivní terapii (např. Nordický protokol + autologní transplantace PKB) není u dysfunkce genu TP53 dosaženo příznivých léčebných výsledků.⁵⁶

U dysfunkce genu TP53 je na zvážení intenzivní indukční léčba s alogenní transplantací PKB; zvážit zařazení do klinického hodnocení.

54 Hoster E, Rosenwald A, Berger et al. Prognostic Value of Ki-67 Index, Cytology, and Growth Pattern in Mantle-Cell Lymphoma: Results From Randomized Trials of the European Mantle Cell Lymphoma Network. *J Clin Oncol.* 2016;34(12):1386-94

55 Eskelund CW, Dahl C, Hansen JW et al. TP53 mutations identify younger mantle cell lymphoma patients who do not benefit from intensive chemoimmunotherapy. *Blood* 2017; 130(17):1903-1910

56 Lin RJ, Ho C, Hilden PD et al. Allogeneic haematopoietic cell transplantation impacts on outcomes of mantle cell lymphoma with TP53 alterations. *Br Haematol.* 2019; 184(6):1006-1010

III.5.6 Stanovení prognózy u Waldenströmovy makroglobulinémie

III.5.6.1 IPSSWM

IPSSWM = mezinárodní prognostický index pro Waldenströmovu makroglobulinémii, který určuje prognózu celkového přežití (OS)⁵⁷

Rizikové faktory pro stanovení IPSSWM:

- Věk ≥ 65 let
- Hb ≤ 115 g/l
- Trombocyty $\leq 100 \times 10^9$ /l
- β -2-mikroglobulin > 3 mg/l
- monoklonální IgM > 70 g/l

| Riziko | Skóre | 5leté OS |
|---------|-----------------------|----------|
| Nízké | 0–1 (mimo věk) | 87 % |
| Střední | 2 nebo věk > 65 let | 68 % |
| Vysoké | ≥ 3 | 36 % |

57 Morel P, Duhamel A, Gobbi P et al. International prognostic scoring system for Waldenström macroglobulinemia. *Blood* 2009 Apr 30;113(18):4163-70

III.5.6.2 Průkaz mutace MYD 88I265p (myeloid differentiation primary response gene 88)^{58,59,60,61,62}

- Průkaz molekulárně genetickým vyšetřením z histologického materiálu.
- Není specifický pro Waldeströmovu makroglobulinemii (lymfoplasmocytární lymfom (WM/LPL), ale stanovení může pomoci při diagnóze, pokud je histologická, klinická a laboratorní suspekce.
- Potenciální diagnostický nástroj pro odlišení WM od ostatních monoklonálních gamapatií, především IgM sekretujícího typu.
- Spojen s vyšší infiltrací lymfocytů v kostní dřeni a vyšší hodnotou paraproteinu IgM.
- Lze ale prokázat i u jiných lymfoproliferací – viz tabulka.

| Diagnóza | Přítomnost mutace MYD88 (%) |
|-----------------|-----------------------------|
| WM/LPL | >90 |
| MGUS IgM | 10–80 dle citlivosti metody |
| CLL | 3 |
| DLBCL (ABC typ) | 29 |
| MZL/MALT lymfom | 7/9 |

Vysvětlivky: WM/LPL – Waldeströmova makroglobulinemie/lymfoplasmocytární lymfom, MGUS – monoklonální gamapatie nejasného významu, CLL – chronická lymfocytární leukemie, DLBCL – difuzní velkobuněčný B-lymfom, MZL – lymfom z marginální zóny, MALT – Mucosa Associated Lymphoid Tissue

58 Kalpadakis C. et al. Detection of L265P MYD-88 mutation in a series of clonal B-cell lymphocytosis of marginal zone origin (CBL-MZ) *Hematol Oncol* 2017 Dec;35(4):542-547

59 Treon SP, Xu L, Yang G et al. MYD88 L265P Somatic Mutation in Waldenstrom's Macroglobulinemia. *N Engl J Med* 2012; 367(9): 826–833

60 Ngo VN, Young RM, Schmitz R et al. Oncogenically active MYD88 mutations in human lymphoma. *Nature* 2011; 470(7332): 115–119

61 Treon SP, Cao Y, Xu L et al. Somatic mutations in MYD88 and CXCR4 are determinants of clinical presentation and overall survival in Waldenstrom macroglobulinemia. *Blood* 2014; 123(18): 2791–2796

62 Jimenez C, Sebastian E, Chillon MC et al. MYD88 L265P is a marker highly characteristic of, but not restricted to, Waldenstrom's macroglobulinemia. *Leukemia* 2013; 27(8): 1722–1728

III.5.7 Prognostické faktory pro vysoce agresivní lymfomy

III.5.7.1 Lymfoblastová leukémie/lymfom: T nebo B-ALL/LBL

V současné době nejsou žádné rizikové faktory, které by bylo možno uplatnit u dosud neléčeného lymfoblastového lymfomu u dospělých. Jediným prognostickým faktorem je **nedosažení kompletní remise po 1–2 indukčních cyklech**.

III.5.7.2 Burkittův a Burkitt-like lymfomy⁶³

Nízké riziko

- klinické stadium Ann Arbor I nebo II
- normální hodnota LDH
- PS ECOG 0 nebo 1
- tumorozní lymfomová masa < 7 cm
- jediná lokalizace extraabdominální < 10 cm *nebo* kompletně resekovaná abdominální masa

Vysoké riziko

- všichni ostatní, včetně postižení kostní dřeně a CNS

III.5.8 Prognostická skóre pro PCNSL

III.5.8.1 IELSG skóre⁶⁴

Negativní prognostické faktory

- věk > 60 let
- [performance status dle WHO](#) ≥ 2
- LDH > normu
- protein v likvoru > normu
- postižení hlubokých mozkových struktur (= periventrikulární oblasti, bazální ganglia, kmen, mozeček)

| Počet přítomných faktorů | 2letý OS | Medián OS |
|--------------------------|----------|-----------|
| 0–1 | 80–85 % | 7,9 roku |
| 2–3 | 48–57 % | 2,9 roku |
| 4–5 | 15–24 % | 1 rok |

63 Roschewski M, Dunleavy K, Abramson JS, et al. Risk-adapted therapy in adults with Burkitt lymphoma: results of NCI 9177, a multicenter prospective phase II study of DA-EPOCH-R [ASH abstract 188]. *Blood*. 2017;130(1)(suppl)

64 Ferreri AJ, Blay JY, Reni M et al. Prognostic scoring system for primary CNS lymphomas: The International Extranodal Lymphoma Study Group Experience. *J Clin Oncol* 2003; 21(2): 266–272

III.5.8.2 MSKCC (Memorial Sloan Kettering Cancer Center) skóre

Negativní prognostické faktory

- věk > 50 let
- performance status dle Karnofsky skóre < 70, dle WHO > 2

| | | |
|--------------|---|--------------------|
| Věk < 50 let | | medián OS 8,5 roku |
| Věk > 50 let | Karnofsky skóre \geq 70, dle WHO \leq 2 | medián OS 3,2 roku |
| Věk > 50 let | Karnofsky skóre < 70, dle WHO > 2 | medián OS 1,1 roku |

III.5.9 Prognostická skóre pro primární kožní lymfomy^{65,66,67,68}

III.5.9.1 CLIPI (Cutaneous Lymphoma International Prognostic Index, IELSG 11) pro indolentní primární kožní B lymfomy

Mezinárodní prognostický index pro indolentní PCBL (PCMZL a PCFCL) má prediktivní význam pro DFS a PFS (ne však pro OS).⁶⁹

Hodnocené faktory:

- LDH nad normu
- nodulární léze (vs. nepřítomny)
- počet lézí > 2

| Skóre | Riziko | 5leté PFS, % |
|-------|---------|--------------|
| 0 | Nízké | 91 |
| 1 | Střední | 64 |
| 2–3 | Vysoké | 48 |

III.5.9.2 Prognóza MF podle stádia onemocnění

| Stádium MF | 5leté přežití (%) | Medián přežití |
|------------|-------------------|----------------|
| IA | 91–100 | 35,5 roků |
| IB | 72–86 | 12,1–26 roků |
| IIA | 49–73 | 10–15,8 roků |
| IIB | 40–65 | 2,9–4,7 roků |
| III | 40–57 | 3,6–4,7 roků |
| IVA | 15–40 | 13–25 měsíců |
| IVB | 0–15 | 13 měsíců |

65 Scarisbrick J, Kim Y, Whittaker S, et al. Prognostic factors, prognostic indices and staging in mycosis fungoides and Sézary syndrome: where are we now? *Br J Dermatol.* 2014 Jun;170(6):1226-36

66 Scarisbrick J, Prince H, Vermeer M, et al. Cutaneous Lymphoma International Consortium Study of Outcome in Advanced Stages of Mycosis Fungoides and Sézary Syndrome: Effect of Specific Prognostic Markers on Survival and Development of a Prognostic Model. *J Clin Oncol.* 2015 Nov 10;33(32):3766-73

67 Scarisbrick JJ, Quaglino P, Prince HM, Papadavid E, Hodak E, Bagot M, et al. The PROCLIPi international registry of early stage mycosis fungoides identifies substantial diagnostic delay in most patients. *Br J Dermatol* 2019;181:350-357

68 Scarisbrick JJ. Survival in Mycosis Fungoides and Sezary Syndrome: How Can We Predict Outcome? *J Invest Dermatol.* 2020; 140: 281–283

69 Mian M1, Marcheselli L, Luminari S, Federico M, Cantonetti M, Sarris AH, Rossi A, Rambaldi A, Frontani M, Devizzi L, Gianni AM, Busetto M, Berti E, Martinelli G, Tsang RW, Ferreri AJ, Pinotti G, Pogliani E, Zucca E, Cortelazzo S. CLIPI: a new prognostic index for indolent cutaneous B cell lymphoma proposed by the International Extranodal Lymphoma Study Group (IELSG 11). *Ann Hematol.* 2011 Apr;90(4):401-8

III.5.9.3 CLIPi (Cutaneous Lymphoma International Prognostic Index) pro MF/SS

Mezinárodní prognostický index pro časná stádia (IA-IIA) a pozdní stádia (IIB-IVB) MF/SS má prediktivní význam pro [PFS](#) a OS (stanovené multivariátní analýzou u 1502 pacientů s následnou validací)⁷⁰.

Hodnocené rizikové faktory pro **časná klinická stádia MF/SS**:

- mužské pohlaví
- věk > 60 let
- plaky
- folikulotropní varianta
- stádium N1/NX

CLIPi pro časná klinická stádia (IA-IIA) MF/SS

| Skóre | Riziko | 5leté OS % | 5leté PFS % | 10leté OS % | 10leté PFS % |
|-------|---------|---------------|----------------|----------------|-----------------|
| 0-1 | Nízké | 96 | 93 | 90 | 85 |
| 2 | Střední | 87 | 82 | 76 | 69 |
| 3-5 | Vysoké | 74 | 74 | 49 | 55 |

Hodnocené rizikové faktory pro **pozdní klinická stádia MF/SS**:

- mužské pohlaví
- věk > 60 let
- stádium B1/B2
- stádium N2/N3
- viscerální postižení (M1)

CLIPi pro pozdní klinická stádia (IIB-IVB) MF/SS

| Skóre | Riziko | 5leté OS % | 5leté PFS % | 10leté OS % | 10leté PFS % |
|-------|---------|---------------|----------------|----------------|-----------------|
| 0-1 | Nízké | 63 | 58 | 53 | 49 |
| 2 | Střední | 38 | 43 | 20 | 25 |
| 3-5 | Vysoké | 22 | 27 | 15 | 21 |

70 Benton EC1, Crichton S, Talpur R, Agar NS, Fields PA, Wedgeworth E, Mitchell TJ, Cox M, Ferreira S, Liu P, Robson A, Calonje E, Stefanato CM, Wilkins B, Scarisbrick J, Wain EM, Child F, Morris S, Duvic M, Whittaker SJ. a cutaneous lymphoma international prognostic index (CLIPi) for mycosis fungoides and Sezary syndrome. *Eur J Cancer*. 2013 Sep;49(13):2859-68

III.5.9.4 CLIC PI (Cutaneous Lymphoma International Consortium Prognostic Index) pro pokročilá stádia (IIB-IVB) MF/SS

Analýza deseti kandidátních prognostických znaků (stádium, věk, folikulotropismus, CD30 pozitivita, proliferační index, velkobuněčná transformace, počet leukocytů/lymfocytů, LDH, klonalita TCR) u 1275 pacientů s pokročilým stádiem MF/SS z 29 mezinárodních center s cílem identifikace pacientů v riziku progresu.

Hodnocené rizikové faktory:

- stádium IV
- věk > 60 let
- elevace LDH
- histologická velkobuněčná transformace

| Skóre | Riziko | 1leté OS % | 2leté OS % | 5leté OS % | Medián OS měs |
|-------|---------|---------------|---------------|---------------|------------------|
| 0-1 | Nízké | 94,0 | 86,6 | 67,8 | NR |
| 2 | Střední | 83,9 | 71,9 | 43,5 | 46,4 |
| 3-4 | Vysoké | 84,7 | 62,2 | 27,6 | 34,2 |

III.5.10 Prognostické faktory a stádia Hodgkinova lymfomu^{71,72}

III.5.10.1 Rizikové faktory dle GHSG

Rizikové faktory německé studijní skupiny GHSG (German Hodgkin Study Group)⁷³:

- a) **Masivní mediastinální tumor (MMT)**, $\geq 1/3$ maximálního průměru hrudníku (měřen vnitřní kostěný průměr na předozadním RTG snímku plic ve výši bránice – ne na CT)
- b) **Extranodální postižení (E)** – ohraničené postižení extralymfatické tkáně, způsobené přímým prorůstáním nádoru z postižené uzliny (těsný anatomický vztah)
- c) **Vysoká FW** (≥ 50 mm/h při A-symptomech, ≥ 30 mm/h při B-symptomech)
- d) **Postižení ≥ 3 regionů uzlin**

Pomocí **klinického stádia** (viz [Ann – Arbor klasifikace III.4.1](#)) a **rizikových faktorů** definuje GHSG tři terapeutické skupiny:

- Časná stádia
- Intermediární stádia
- Pokročilá stádia

Poznámka: Dle doporučení (Cheson JCO 2014⁷⁴) se na rozdíl od doporučení německé studijní skupiny GHSG za MMT považuje masa > 10 cm nebo masa, která přesahuje $1/3$ průměru hrudníku v jakékoliv výši hrudního obrátle. Není vyžadován předozadní RTG snímek hrudníku (viz výše), CT vyšetření je dostačující, protože dobře koreluje s RTG vyšetřením. KLS však přesto doporučuje provedení RTG snímku plic vstupně a po léčbě, protože dlouhodobě budou pacienti sledováni spíše pomocí RTG než CT.

III.5.10.2 EORTC definice rizikových faktorů

| | |
|-------------------|--|
| Příznivý | 1 nebo 2 oblasti postižení uzlin a Nepřítomnost masivního postižení mediastina ($> 0,35$ rozsahu hrudníku na úrovni D5-6) a ESR < 30 při přítomnosti B příznaků <i>nebo</i> ESR < 50 při nepřítomnosti B příznaků |
| Nepříznivý | Přítomost kteréhokoliv z výše uvedených rizikových faktorů |

71 Jerusalem G, Beguin Y, Fassotte MF, et al. Whole-body positron emission tomography using 18F-fluorodeoxyglucose compared to standard procedures for staging patients with Hodgkin's disease. *Haematologica* 2001;86:266–273

72 Barrington SF, Mikhaeel NG, Kostakoglu L et al. Role of Imaging in the Staging and Response Assessment of Lymphoma: Consensus of the International Conference on Malignant Lymphomas Imaging Working Group. *J Clin Oncol.* 2014;32:1-17

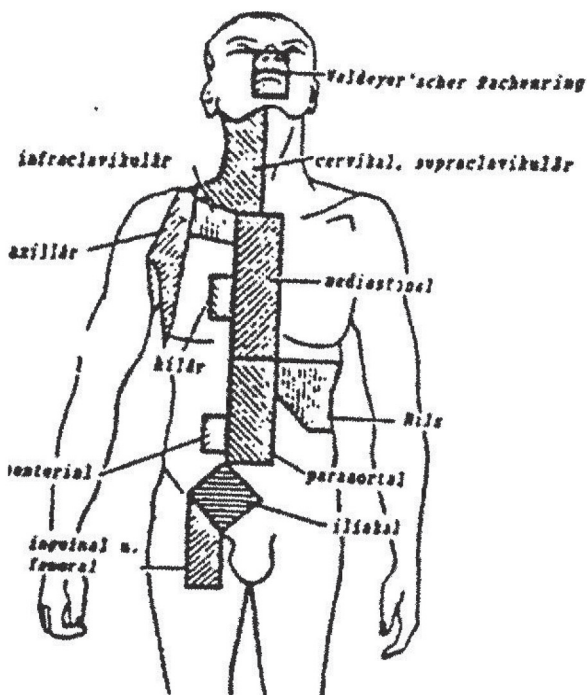
73 Diehl V, Stein H, Hummel M, et al. Hodgkin's lymphoma: Biology and treatment strategies for primary, refractory, and relapsed disease. *Hematology. (Am Soc Hematol Educ Program)* 2003; 225–247

74 Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF et al. Recommendation for Initial Evaluation, Staging, and Response Assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma: The Lugano Classification. *J Clin Oncol.* 2014;32: 3059-3067

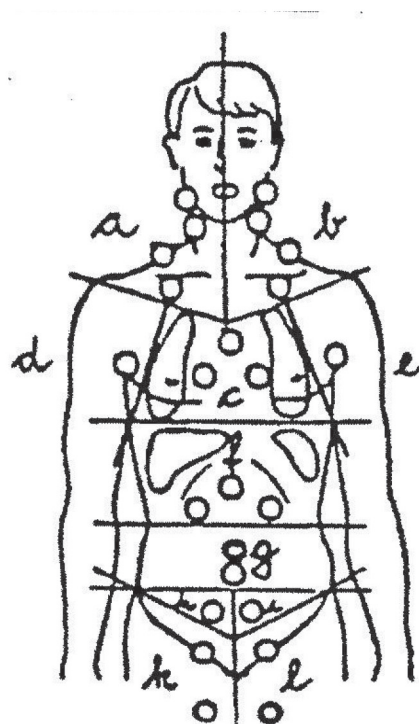
III.5.10.3 Určení stádia HL dle GHSG

- **Stádium** je určováno podle Ann Arbor klasifikace, definované jsou **skupiny** (areály) **lymfatických uzlin**.
- Pro určení **rizikových faktorů** dle GHSG je důležité určení tzv. **regionů** lymfatických uzlin.
- **CAVE: skupiny** (areály) dle **Ann Arbor** nejsou totožné s **regiony (GHSG)**, uvádíme příklad rozdílu: podle Ann Arbor klasifikace je postižení plicních hilů samostatná skupina. Při současném postižení mediastina se jedná o dvě skupiny, tedy již o stádium II, ale při určení rizikových faktorů GHSG jeden region (viz obrázek níže).

Skupiny uzlin dle Ann Arbor



Regiony uzlin dle GHSG



Regiony lymfatických uzlin (podle GHSG)

- a: krční + infra/supra/klavikulární + nuchální uzliny vpravo
- b: krční + infra/supra/klavikulární + nuchální uzliny vlevo
- c: mediastinální + hilové (vpravo/vlevo) uzliny
- d: axilární uzliny vpravo
- e: levé axilární uzliny
- f: horní abdominální uzliny (coeliakální uzliny, hilus sleziny, jaterní hilus)
- g: dolní abdominální uzliny (paraaortální a mesenterální uzliny)
- h: pravé iliakální uzliny
- i: levé iliakální uzliny
- k: inguinální + femorální uzliny vpravo
- l: inguinální + femorální uzliny vlevo

| Rizikové faktory (GHSG) | Stádium (Ann Arbor) | | | |
|-------------------------|----------------------|-----|------------------|----------|
| | IA, IB, IIA | IIB | IIIA | IIIB, IV |
| žádný | Počáteční stádia | | Pokročilá stádia | |
| ≥ 3 regiony uzlin | Intermediární stádia | | | |
| vysoká FW | | | | |
| MMT | | | | |
| E – postižení | | | | |

III.5.10.4 IPS – International Prognostic System

Systém pro pokročilá stádia Hodgkinova lymfomu (Hasenclever) definuje 7 rizikových faktorů. Každý z nich při pětiletém sledování zhoršuje prognózu o 7–8 %.⁷⁵

- věk > 45 let
- mužské pohlaví
- stádium IV
- hladina albuminu < 40 g/l
- hladina hemoglobinu < 105 g/l
- leukocytóza > 15 x 10⁹/l
- lymfopenie méně než 0,6 x 10⁹/l nebo méně než 8 %

Pozn.: význam IPS se při použití intenzivní chemoterapie BEACOPP eskalovaný minimalizuje. Rovněž dosažení časně PET negativity při léčbě je klinicky významnější než IPS skóre.

III.5.10.5 Vstupní celkový metabolický objem nádoru – TMTV – (total metabolic tumor volume)⁷⁶ a PET/CT v průběhu léčby⁷⁷

Vstupní celkový metabolický objem nádoru hodnocený pomocí PET/CT při diagnóze (TMTV) představuje nový přístup ke kvantifikaci neaktivnější části tumoru u HL.

Objem tumoru při diagnóze a léčebná odpověď po 2 cyklech terapie jsou hlavními faktory určujícími hloubku dosažení léčebné odpovědi. TMTV je významným prognostickým markerem u HL, který se uplatňuje zatím pouze v rámci klinických hodnocení a zatím není standardní součástí běžné praxe. Interim PET/CT po 2. cyklu léčby je součástí běžné praxe a provádí se standardně u pokročilých a intermediárních stádií, kdy má vliv na eskalaci/deeskalaci léčby

75 Hasenclever D, Diehl V. A prognostic score for advanced Hodgkin's disease. International Prognostic Factors Project on Advanced Hodgkin's disease. *N Engl J Med* 1998;339 (21): 1506-1514

76 Rossi C, Joubert MAC, Fortpied C. et al. Stage IIb high risk Hodgkin Lymphoma treated in the HD10 and AHL2011 trials: Similar efficacy of both strategies and prognostic impact of baseline TMTV and PET2 response. *Blood* 2019; 134 (1):128, Abstract 624

77 Gallamini A, Hutchings M, Rigacci L et al.: Early interim 2-[18F]fluoro-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography is prognostically superior to international prognostic score in advanced-stage Hodgkin's lymphoma: a report from a joint Italian-Danish study. *J Clin Oncol* 2007. 25:3746-3752

IV. Klasifikace léčebné odpovědi

KLS doporučuje pro hodnocení léčebné odpovědi používat revidovaná Chesonova kritéria (2014) založená u většiny lymfomů na použití PET/CT (viz níže). Vzhledem k tomu, že stále není možné PET/CT použít ve všech případech, a vzhledem k tomu, že je v současné době shromážděno velké množství dat u nemocných, kde pro hodnocení byla použita starší doporučení, doporučuje KLS při slovním hodnocení odpovědi použít jak hodnocení dle CT tak dle PET (Cheson 2014). (příklad: dle CT parciální remise, PET negativní, celkově tedy kompletní remise).

IV.1 Revidovaná Chesonova kritéria

- Nová kritéria vznikla s ohledem na široké použití PET/CT vyšetření užívané vstupně, v průběhu léčby (tzv. „interim PET/CT“) a po léčbě.
- Pro hodnocení rozsahu onemocnění a léčebné odpovědi se užívá PET/CT vyšetření u (^{18}F)FDG avidních lymfomů a samostatné CT vyšetření u (^{18}F)FDG neavidních nebo variabilně avidních lymfomů. Většina lymfomů je (^{18}F)FDG avidních (viz výše).
- Léčebná odpověď je hodnocena jak **v průběhu léčby**, tak i **na konci léčby**. Při hodnocení časné odpovědi na léčbu u Hodgkinova lymfomu je užíváno PET/CT vyšetření po 2 cyklech, v ostatních případech u NHL doporučujeme vyšetření cca v polovině léčby (tj. po 3–4 cyklech).
- Pacienti by měli být vyšetřeni při hodnocení léčebné odpovědi **stejnými diagnostickými metodami** jako v úvodu onemocnění.
- Musí být hodnocena **všechna místa původního postižení**.
- Pro hodnocení efektu léčby je u PET avidních lymfomů jako základní metoda PET; současně je ale doporučováno nadále měřit rozměry lymfomových lézí před a po léčbě.

IV.1.1 Některé změny z roku 2014 (Cheson JCO 2014) oproti kritériím z roku 2007^{80,81,82,83,84,85}

- Definice **abnormální uzliny**: >1,5 cm v nejdelším rozměru (oproti roku 2007 zjednodušení definice).
 - Hodnocení **PET/CT** – **upřednostňuje se kvalitativní hodnocení** před semikvantitativním hodnocením.
 - Kvalitativní hodnocení – hodnocení metabolické odpovědi (18F)FDG avidity dle tzv. „**Deauvillských**“ kritérií s 5stupňovou škálou 1-5 (5-PS /point scale/).
- a) Akumulace (18F)FDG v patologické tkáni je porovnávána s **akumulací v játrech** a skóre 4 a 5 je považováno za **jednoznačně pozitivní výsledek**.
 - b) V roce 2007 se doporučovala akumulace (18F)FDG v patologické tkáni hodnotit oproti fyziologické tkáni, což vedlo k různým interpretačním úskalím.
 - c) (18F)FDG aviditu je nutné posuzovat **individuálně** v kontextu s klinickým a laboratorním vyšetřením, s pečlivou anamnézou a s přihlednutím k přítomnosti rizikových faktorů.
 - d) Dosažení metabolické odpovědi je nutné **korelovat s časem provedení vyšetření** (před léčbou/v průběhu léčby/po léčbě).
 - e) Při hodnocení rozlišujeme **kompletní metabolickou odpověď, parciální metabolickou odpověď, bez odpovědi a progresi metabolické odpovědi**.

Poznámka: Pro kvantitativní hodnocení CT/PET pomocí porovnávání rozdílu SUVmax (standardized uptake volume) nebylo zatím dosaženo konsenzu.

- Velikost **reprezentativního vzorku dřeně** je $\geq 2,5$ cm (oproti 2 cm z roku 2007).
- **Vyšetření kostní dřeně se nemusí provádět u HL za předpokladu, že bylo provedeno PET/CT vyšetření.**
- **Vyšetření kostní dřeně se nepokládá za nutné u DLBCL** – dle názoru KLS je vhodné i nadále vyšetřovat kostní dřeň vzhledem k přidané prognostické hodnotě biopsicky prokázaného postižení dřeně oproti postižení dřeně prokázaného pouze na PET/CT.
- Použití „**interim**“ PET/CT je doporučováno u všech (18F)FDG avidních lymfomů, u NHL dle individuálního zvážení – především v rámci studií, u HL i mimo studie u intermediárních a pokročilých stadií – tzv. PET řízená léčba.
- Indikace zobrazovacích vyšetření (**CT, PET/CT**) v rámci sledování **po terapii**:
 - a) CT ani PET/CT není doporučeno u agresivních lymfomů (HL, DLBCL)
 - b) na zvážení je CT u indolentních NHL, kde po terapii perzistuje (18F)FDG neavidní masa (např. intraabdominálně)

80 Barrington SF, Mikhaeel NG, Kostakoglu L, Meignan M et al. Role of Imaging in the Staging and Response Assessment of Lymphoma: Consensus of the International Conference on Malignant Lymphomas Imaging Working Group. *J Clin Oncol.* 2014;32:1-17

81 Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF, Cavalli F et al. Recommendation for Initial Evaluation, Staging, and Response Assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma: The Lugano Classification. *J Clin Oncol.* 2014;32: 3059-3067

82 Cerci JJ, Pracchia LF, Linardi CC, et al. 18F-FDG PET after 2 cycles of ABVD predicts event-free survival in early and advanced Hodgkin lymphoma. *J Nucl Med.* 2010; 51:1337-1343

83 André MPE, Girinsky T, Federico M et al. Early positron emission tomography response – adapted treatment in stage I and II Hodgkin lymphoma: final results of the randomized EORTC/LYSA/FIL H10 trial. *J Clin Oncol* 2017 Jun 1; 35 (16): 1786-1794

84 Johnson P, Federico M, Kirkwood A et al. Adapted treatment guided by interim PET-CT scan in advanced Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med* 2016 Jun 23; 374(25): 2419-2429

85 Borchmann P, Goergen H, Kobe C et al. PET-guided treatment in patients with advanced-stage Hodgkin's lymphoma (HD18): final results of an open-label, international randomised phase 3 trial by the German Hodgkin Study Group. *Lancet.* 2017; 390(10114): 2790-2802

IV.1.2 Doporučení pro použití PET nebo PET/CT^{86,87,88}

- Před léčbou se **doporučuje** provádět vyšetření u všech (¹⁸F)FDG avidních lymfomů.
- Pokud není suspekce na transformaci onemocnění, **nedoporučuje** se provádět u:
 - Lymfomu z malých lymfocytů (SLL/CLL)
 - Kožních lymfomů **kromě** pokročilých stádií mycosis fungoides, Sézaryho syndromu a primárního kožního difuzního velkobuněčného lymfomu – končetinový typ
 - Lymfoplasmocytárního lymfomu (LPL)/Waldenströmovy makroglobulinemie
 - Lymfomu z marginální zóny

(¹⁸F)FDG avidita lymfomů dle WHO klasifikace

| Histologie | Počet pacientů | FDG avidita (%) |
|---|---------------------------------|-----------------|
| Hodgkinův lymfom | 489 | 97–100 |
| Difúzní velkobuněčný B-lymfom | 446 | 97–100 |
| Folikulární lymfom | 622 | 91–100 |
| Lymfom z plášťových buněk | 83 | 97–100 |
| Burkitův lymfom | 24 | 100 |
| Uzlinový lymfom z marginální zóny | 14 | 100 |
| B-lymfoblastický lymfom | 6 | 100 |
| Anaplastický velkobuněčný T-lymfom | 37 (jen 27% kožní postižení) | 94–100 |
| Extranodální NK/T-lymfom, nasální typ | 80 | 83–100 |
| Angioimunoblastický T-lymfom | 31 | 78–100 |
| Periferní T-lymfom, blíže neurčený | 93 | 86–98 |
| Extranodální lymfom z marginální zóny slizniční lymfoidní tkáně | 227 | 54–81 |
| Lymfom z malých lymfocytů | 49 | 47–83 |
| Enteropatický T-lymfom | 20 | 67–100 |
| Splenický lymfom z B-buněk marginální zóny | 13 | 53–67 |
| MZL, nespecifický | 12 | 67 |
| Mycosis fungoides | 24 | 83–100 |
| Sézaryho syndrom | 8 (jen 62% kožní postižení) | 100 |
| Primární kožní anaplastický velkobuněčný lymfom | 14 | 40–60 |
| Lymfomatoidní papulóza | 2 | 50 |
| Podkožní panikulitický T-lymfom | 7 | 71 |
| Kožní B-lymfom | 2 | 0 |

86 Elstrom R, Guan L, Baker G, et al: Utility of FDG-PET scanning in lymphoma by WHO classification. *Blood* 101:3875-3876, 2003

87 Tsukamoto N, Kojima M, Hasegawa M, et al: The usefulness of (¹⁸F)fluorodeoxyglucose positron emission tomography ((¹⁸F)FDG-PET) and a comparison of (¹⁸F)FDG-pet with (⁶⁷Ga)gallium scintigraphy in the evaluation of lymphoma: Relation to histologic subtypes based on the World Health Organization classification. *Cancer* 110:652-659, 2007

88 Weiler-Sagie M, Bushelev O, Epelbaum R, et al: (¹⁸F)FDG avidity in lymphoma readdressed: a study of 766 patients. *J Nucl Med* 51:25-30, 2010

IV.2 Definice léčebné odpovědi dle platných doporučení

IV.2.1 Kompletní remise (CR)

- úplné **vymizení všech detekovatelných** klinických známek nemoci a přidružených symptomů, pokud byly přítomny před léčbou
- **typicky (¹⁸F)FDG avidní lymfomy**
 1. Nemocní bez vstupního PET/CT vyšetření nebo s pozitivním PET/CT vyšetřením před léčbou mohou mít (¹⁸F)FDG PET negativní reziduální masy jakékoliv velikosti.
 2. Za (¹⁸F)FDG PET negativitu se považuje **kompletní metabolická odpověď** – skóre 1 a 2, 3 dle Deauvillských kritérií (5-PS).
 3. Nesmí být přítomna **nová léze** a **kostní dřev** musí být (¹⁸F)FDG PET negativní.
- **variabilně (¹⁸F)FDG avidní a (¹⁸F)FDG neavidní lymfomy**
 1. Bez (¹⁸F)FDG PET nebo s negativním (¹⁸F)FDG PET před léčbou musí všechny uzliny a uzlinové infiltráty zregredovat na CT do normální velikosti, to je **≤ 1,5 cm** v nejdelší ose.
 2. **Játra a slezina** zvětšené před léčbou nesmí být hmatné a musí mít normální velikost při zobrazovacích vyšetřeních (**slezina < 13 cm**) se současným vymizením ložiskových změn souvisejících s lymfomem.
 3. Při postižení **kostní dřevě** před léčbou musí být po léčbě opakována biopsie dřevě. Vzorek musí být dostatečně velký (**> 2,5 cm při unilaterálním odběru**). Vzorek diagnosticky nejednoznačný morfologicky musí být imunohistochemicky negativní. **Negativní imunohistochemie s minimální klonální populací detekovanou průtokovou cytometrií je považována za CR.**
 4. Nesmí být přítomna žádná **nová léze**, **neměřitelné léze** musí úplně zregredovat.

IV.2.2 Parciální remise (PR)

- **typicky (¹⁸F)FDG avidní lymfomy:**

1. Musí být dosaženo **parciální metabolické odpovědi** – skóre 4 a 5 dle Deauvillských kritérií (5-PS) s tím, že došlo ke snížení akumulace (¹⁸F)FDG oproti vstupnímu vyšetření u **uzlinových infiltrátů a extranodálních lézí**. V průběhu léčby skóre 4 a 5 znamená **léčebnou odpověď, pokud došlo ke snížení akumulace (¹⁸F)FDG, na konci léčby signalizuje přítomnost perzistující viabilní tkáně**.
2. Nesmí být přítomna **nová léze**.
3. V **kostní dřeni** se musí snížit akumulace (¹⁸F)FDG oproti vstupnímu vyšetření. Pokud perzistují fokální změny ve dřeni ve srovnání s léčebnou odpovědí u uzlinových lézí, doporučuje se provést vyšetření MR či biopsie dřene nebo zopakovat PET/CT v čase.

- **variabilně (¹⁸F)FDG avidní a (¹⁸F)FDG neavidní lymfomy:**

1. Pro nemocné bez vstupního (¹⁸F)FDG PET nebo se vstupně negativním (¹⁸F)FDG PET musí být použita CT kriteria.
2. Musí dojít k **nejméně 50% zmenšení v SPD** („sum of products diameters“ = součet násobků dvou největších rozměrů **u 6 největších uzlin nebo uzlinových infiltrátů či extranodálních lézí**); výběr lokalizací k hodnocení: dvojrozměrně měřitelné, pokud možno z různých oblastí, do hodnocení vždy zahrnout **mediastinum a retroperitoneum**, jsou-li postiženy). Léze >5x5mm, ale menší než normální velikosti se do kalkule započítávají.
3. **Měřitelné léze** se nesmí zvětšit.
4. Nesmí se zvětšit jakákoliv nová uzlina, játra nebo slezina. **Slezina se musí zmenšit > 50 %** původního zvětšení v dlouhé ose. Za normu je přitom považována velikost 13 cm, tj. pokud vstupně byla slezina 15 cm, musí se zmenšit < 14 cm, byla-li úvodně 18 cm, musí se zmenšit < 15,5 cm atd.
5. Hodnocení **kostní dřene** je pro PR irelevantní, byla-li dřeň pozitivní před léčbou. Pokud je dřeň pozitivní, musí být specifikován typ buněk (např. velkobuněčný lymfom nebo malé neoplastické B-lymfocyty). Nemocní, kteří splnili kriteria CR, ale mají perzistující morfologické postižení dřene, nebo ti, kteří měli dřeň původně postiženou a po léčbě **nehodnocenou**, musí být hodnoceni jako PR.
6. V případě, že se původně celistvá masa po léčbě rozpadne na jednotlivé uzliny, je nutno při hodnocení použít součet SPD všech těchto uzlin.

IV.2.3 Stabilní choroba (SD)

- nesplňuje kriteria CR, PR ani PD
- **typicky (¹⁸F)FDG avidní lymfomy:**
 1. **Nebylo dosaženo metabolické odpovědi** – skóre 4 a 5 dle „Deauvillských kritérií“ – nedošlo k regresi akumulace (¹⁸F)FDG v uzlinách či extranodálních lézích v průběhu nebo na konci léčby oproti vstupnímu PET/CT. Zůstává pozitivita v původních lokalizacích a nikde jinde.
 2. Žádné **nové léze** na PET/CT.
 3. Akumulace v **kostní dřeni** je beze změn.
- **variabilně (¹⁸F)FDG avidní a (¹⁸F)FDG neavidní lymfomy:** Pro nemocné bez vstupního (¹⁸F)FDG PET nebo se vstupně negativním (¹⁸F)FDG PET je regrese postižení o < 50 %.

IV.2.4 Relaps / progresse choroby

Relaps – návrat choroby u pacientů, kteří byli po úvodní léčbě v kompletní remisi (CR)

Progrese – další nárůst aktivity lymfomu u pacientů, byli po úvodní léčbě v částečné léčebné odpovědi (PR) nebo dosáhli pouze stabilizace choroby (SD)

- **typicky (¹⁸F)FDG avidní lymfomy:**
 1. Došlo k **progresi akumulace (¹⁸F)FDG u uzlinových lézí/infiltrátů/extranodálních lézí** dle CT/PET oproti vstupnímu vyšetření – skóre 4 a 5 dle „Deauvillských kritérií“ a/nebo jsou přítomny nové extranodální léze související s lymfomem v průběhu léčby nebo po léčbě.
 2. Nové (¹⁸F)FDG avidní léze **ve dřeni**.
 3. **Nové (¹⁸F)FDG avidní léze** po vyloučení zánětu či jiné etiologie – při nejasnostech je na zvážení biopsie léze nebo kontrolní vyšetření v čase.
 4. Zvýšení akumulace (¹⁸F)FDG v dosud nepostižených oblastech může být považováno za relaps nebo progresi po potvrzení dalšími vyšetřeními.
- **variabilně (¹⁸F)FDG avidní a (¹⁸F)FDG neavidní lymfomy:**
 1. Musí být přítomna **abnormální uzlina/extranodální léze větší než 1,5 cm v jejím nejdelším příčném průměru**
 2. **a současně** musí dojít k **50% zvětšení násobku 2 na sebe kolmých nejdelších rozměrů uzliny/léze oproti nadiru** (nejmenší rozměr uzliny/léze v kterékoliv fázi léčby).
 3. **a současně** musí být splněna podmínka zvětšení nejdelšího nebo nejkratšího rozměru uzliny/léze oproti nadiru **o 0,5 cm pro léze ≤ 2 cm a o 1 cm pro léze > 2 cm**.
 4. O progresi se jedná, pokud se objeví **nová uzlina >1,5 cm** v jakékoliv ose, **nová extranodální léze > 1 cm** v jakékoliv ose. U extranodální léze měřící < 1 cm v jakékoliv ose je vhodné ověřit souvislost s lymfomem.
 5. Nové nebo rekurentní postižení **kostní dřene**.
 6. Nová nebo jasná progresse velikosti **neměřitelných lézí**.
 7. Pokud dojde ke zvětšení délky dříve zvětšené **sleziny o > 50 %**, jedná se o progresi. Pokud **není splenomegalie** přítomna, musí dojít o nárůst délky **o > 2 cm**.

Příklad: Pokud je slezina dlouhá 15 cm, o progresi se bude jednat v případě, pokud se délka sleziny zvětší na 16 cm a více. (Původně zvětšená slezina o 2 cm (15 cm) oproti normální

velikosti (13 cm), přesahuje tedy 2 cm normální velikost. Aby došlo ke zvětšení o > 50 %, musí se zvětšit minimálně o 1 cm (50 % ze 2 cm)).

8. Dojde-li ke splynutí původně několika jednotlivých uzlin do jedné tumorozní masy v progresi, násobek 2 na sebe kolmých největších rozměrů musí být porovnán se součtem násobků rozměrů (SPD) jednotlivých uzlin. Pokud dojde ke zvětšení masy o > 50 % ve srovnání s SPD jednotlivých uzlin masy, jedná se o progresi onemocnění.

Pozn.: pseudoprogrese – jedná se o nový vzor léčebné odpovědi, která se může objevit po imunoterapii (při blokadě kontrolních bodů imunitní reakce – např. anti PD-1 terapie u HL – [nivolumab](#), [pembrolizumab](#)). Při imunoterapii se objevují nežádoucí autoimunitní reakce, které se mohou projevit zvýšenou (¹⁸F)FDG aktivitou, přetrváváním či kolísáním pozitivitu při PET vyšetření a současně může dojít ke změně velikosti menších mízních uzlin. Hodnocení CR, PR či především progrese se tak stává dle Luganské klasifikace 2014 problematičtější.

Po prvotním zvětšení lymfomové léze či objevení nových ložisek na podkladě imunologických reakcí (pseudoprogrese) může nastat následně léčebná odpověď nebo alespoň prodloužená stabilizace onemocnění. Tato unikátní odpověď dala vzniknout novému upravenému systému hodnocení léčebné odpovědi pro nemocné s HL – tzv. „imunokritériím LYRIC“ – viz [IV.2.6](#)

IV.2.5 Léčebná odpověď zjednodušeně dle PET/CT a CT

Léčebná odpověď dle PET/CT dle „Deauvillských“ kritérií (Cheson 2014)

| 5 PS | 1,2 | 3 | 4,5 |
|------------------------|-----|----------------------------|---|
| V průběhu léčby | CR | Dobrá léčebná odpověď | Pokles akumulace (¹⁸ F)FDG = PR Stejná akumulace (¹⁸ F)FDG = SD Zvýšení akumulace (¹⁸ F)FDG či nová léze = PD |
| Na konci léčby | CR | Sporná pozitivita (vs. CR) | Pokles akumulace (¹⁸ F)FDG = PR Stejná akumulace (¹⁸ F)FDG = SD Zvýšení akumulace (¹⁸ F)FDG či nová léze = PD |

| Léčebná odpověď | Charakteristika záchyty (¹⁸ F)FDG |
|-----------------|---|
| CR | LU ≤ 1,5 cm, nepřítomné EN postižení, nepřítomna nová léze či neměřitelná léze, normální velikost jater a sleziny (slezina <13 cm), negativita dřene (imunohistochemie) |
| PR | ≥ 50% redukce SPD u 6 LU/EN lézí, léze > 5×5 mm se započítávají do kalkulace Neměřitelná léze – nepřítomna/normální/v regresi, nepřítomna nová léze Slezina – regrese v délce > 50 %; kostní dřeň: irelevantní |
| SD | Nesplňuje kritéria CR, PR, PD |
| PD | Uzlina/léze > 1,5 cm v jakékoliv ose a ≥ 50% zvětšení nejdelšího rozměru uzliny/léze oproti nadíru a zvětšení nejdelšího nebo nejkratšího rozměru oproti nadíru: 0,5cm pro léze ≤ 2 cm, 1 cm pro léze > 2 cm. Progrese měřitelné léze. Nové nebo rekurentní postižení dřene. Nová uzlina > 1,5 cm a/nebo nová EN léze > 1 cm. Zvětšení délky známé splenomegalie o > 50 % nebo zvětšení normální velikosti sleziny > 2 cm v délce |

Legenda: LU – lymfatická uzlina, EN – extranodální, IHC – imunohistochemie, CR – kompletní remise, PR – parciální remise, PD – progresivní choroba, s – slezina, SPD (sum of products diameters = součet násobků dvou na sebe kolmých největších rozměrů u 6 největších uzlin nebo infiltrátů/lézí).

IV.2.6 Hodnocení léčebné odpovědi pro nemocné s lymfomy u léků ovlivňujících imunitní systém

Tzv. **LYRIC kritéria** (Lymphoma Response to Immunomodulatory therapy Criteria)⁸⁹

| Léčebná odpověď | Definice dle LYRIC kritérií |
|-----------------|--|
| CR | Stejná definice jako v „Luganské klasifikaci 2014“ |
| PR | Stejná definice jako v „Luganské klasifikaci 2014“ |
| PD | Stejná definice jako v „Luganské klasifikaci 2014“ s následujícími výjimkami: IR1: zvětšení tumorózní masy $\geq 50\%$ ze 6 měřitelných lézí (SPD) v 1. 12 týdnech léčby bez zhoršení klinického stavu IR2: $< 50\%$ zvětšení (SPD) tumorózní masy s: a) novou lézí (lézemi), nebo b) $\geq 50\%$ zvětšením 1 nebo více lézí tumoru kdykoliv v průběhu léčby IR3: zvýšení vychytávání (^{18}F)FDG v 1 nebo více lézích bez zvýšení velikosti nebo počtu lézí |

Vysvětlivky: CR – kompletní remise, PR – parciální remise, PD – progrese onemocnění, IR- indeterminate response = neurčitá odpověď

Obecné poznámky:

Je doporučeno **zvážit rebiopsii každého nového nebo nejasného PET pozitivního ložiska** – zásadní léčebná rozhodnutí nelze dělat pouze na základě PET vyšetření; pokud je možné, vždy nutno provést histologické vyšetření (riziko falešně pozitivního nálezu při PET). Velikost ložiska v tomto rozhodnutí nehraje roli.

V případě sporného PET nálezu po léčbě je alternativou i sledování nemocného s kontrolním PET vyšetřením za 2–3 měsíce k posouzení dynamiky procesu.

89 Cheson BD, Ansell S, Schwartz L et al. Refinement of the Lugano Classification lymphoma response criteria in the era of immunomodulatory therapy. *Blood* 2016; 128(21): 2489-2496

IV.3 Klasifikace léčebná odpovědi pro Waldenströmovu makroglobulinémii^{90, 91}

| Léčebná odpověď | Kritéria |
|-----------------|---|
| CR | Negativní imunofixace pro monoklonální IgM Normální hladina sérového IgM Vymizení lymfadenopatie/splenomegalie, pokud byly vstupně přítomny Normální morfologie aspirátu kostní dřeně a trepanobiopsie |
| VGPR | Monoklonální IgM: pokles hodnoty ≥ 90 % oproti hodnotě před léčbou Regrese lymfadenopatie/splenomegalie, pokud byly vstupně přítomny Bez nových známek aktivity onemocnění |
| PR | Monoklonální IgM: pokles hodnoty ≥ 50 %, ale < 90 % oproti hodnotě před léčbou Regrese lymfadenopatie/splenomegalie, pokud byly vstupně přítomny Bez nových známek aktivity onemocnění |
| MR | Monoklonální IgM: pokles hodnoty ≥ 25 %, ale < 50 % oproti hodnotě před léčbou Bez nových známek aktivity onemocnění |
| SD | Monoklonální IgM: pokles hodnoty < 25 %, < 25 % zvýšení hodnoty oproti hodnotě před léčbou Není progresse lymfadenopatie/splenomegalie Bez nových známek aktivity onemocnění |
| PD | Monoklonální IgM: ≥ 25 % vzestup hodnoty z nadir a/nebo progresse klinických známek onemocnění |

Vysvětlivky: *CR* – kompletní remise, *VGPR* – velmi dobrá parciální remise, *PR* – parciální remise, *MR* – minimální léčebná odpověď, *SD* – stabilní onemocnění, *PD* – progresse

90 Bushke C, Leblond V. How to manage Waldenström's macroglobulinemia. *Leukemia* 2013;27:762-772

91 Owen RG, Kyle RA, Stone MJ et al. Response assessment in Waldenström macroglobulinaemia: update from the VIth International Workshop. *Br J Haematol* 2013; 160: 171–176

IV.4 Klasifikace léčebné odpovědi pro PCNSL⁹²

| Léčebná odpověď | Vyšetření mozku (magnetická rezonance) | Dávka kortikoidu | Oční vyšetření | Vyšetření likvoru (cytologie) |
|-----------------|--|------------------|---|-------------------------------|
| CR | Vymizení všech známek aktivity lymfomu | Žádná | V normě | Negativní |
| CRu | Vymizení všech známek aktivity lymfomu | Jakákoliv | V normě | Negativní |
| | Minimální abnormalita | Jakákoliv | Malá RPE abnormalita | Negativní |
| PR | >50% zmenšení lymfomové léze | Irelevantní | Malá abnormalita RPE nebo v normě | Negativní |
| | Vymizení všech známek aktivity lymfomu | Irelevantní | Snížení buněk ve sklivci nebo zmenšení retinálních infiltrátů | Perzistující nebo suspektní |
| PD | ≥ 25% zvětšení lymfomové léze nebo nová léze: CNS/ systémově | Irelevantní | Rekurentní nebo nové oční postižení | Rekurentní nebo pozitivní |

Vysvětlivky: CR – kompletní remise, PR – parciální remise, CRu – nejasná kompletní remise, PD – progrese, RPE – retinální pigmentový epitel. Poznámka: Pokud v úvodu nebylo postižení likvoru a/nebo očí, kontrolní oční vyšetření a vyšetření likvoru se neprovádí

92 Abrey LE, Batchelor TT, Ferreri AJ et al. Report of an International Workshop to Standardize Baseline Evaluation and Response Criteria for Primary CNS Lymphoma. *J Clin Oncol.* 2005;23(22):5034-43

IV.5 Klasifikace léčebné odpovědi pro CTCL⁹³

| Odpovědi na kůži u MF a SS | |
|----------------------------|--|
| Kompletní odpověď | 100% vyčištění od kožních lézí V případě nejasného kožního nálezu (pozánětlivé změny, suchá kůže, reziduální nemoc) nutno k verifikaci remise provést biopsii |
| Částečná odpověď | 50–99% vyčištění od kožních lézí (od re/stagingu), bez nových tumorů u nemocných s T1, T2 a T4 |
| Stabilní nemoc | < 25% nárůst a < 50% vyčištění od kožních lézí (od re/stagingu), bez nových tumorů u nemocných s T1, T2 a T4 |
| Progresivní nemoc | ≥ 25% nárůst kožní nemoci (od re/stagingu), nebo nové tumory (T3) u nemocných s T1, T2 a T4 |
| Relaps | Jakékoliv projevy nemoci v kompletní odpovědi |

| Skóre celkové odpovědi u MF a SS | | |
|----------------------------------|----|--|
| celkově | T | N-M-B |
| CR | CR | Všechny kategorie CR/bez postižení |
| PR | CR | Všechny kategorie nemají CR/bez postižení a žádná kategorie PD |
| PR | PR | Žádná kategorie PD, je-li některá kategorie vstupně postižená, nejméně jedna dosahuje CR nebo PR |
| SD | PR | Žádná kategorie PD, je-li některá kategorie vstupně postižená, žádná nedosahuje CR nebo PR |
| SD | SD | Dosaženo CR, PR, SD, žádná kategorie PD |
| PD | | PD v jakékoliv kategorii |
| Relaps | | Relaps v jakékoliv kategorii |

93 Olsen E, Whittaker S, Kim Y, et al. Clinical end points and response criteria in mycosis fungoides and Sézary syndrome: a consensus statement of the International Society for Cutaneous Lymphomas, the United States Cutaneous Lymphoma Consortium, and the Cutaneous Lymphoma Task Force of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *J Clin Oncol.* 2011 Jun 20;29(18):2598-607

| Odpovědi na kůži u LyP ⁹⁴ | |
|--------------------------------------|--|
| CR | 100% vyčištění od kožních lézí |
| PR | 50–99% vyčištění od kožních lézí (od re/stagingu) bez nových větších (>2 cm) a perzistujících nodulů/tumorů (u nemocných pouze s papulami) |
| SD | < 50% nárůst a < 50% vyčištění od kožních lézí (od re/stagingu) bez nových větších (>2 cm) a perzistujících nodulů/tumorů (u nemocných pouze s papulami) |
| IDA | > 50% nárůst kožní nemoci bez nových větších (>2 cm) a perzistujících nodulů/tumorů (u nemocných pouze s papulonodulárnými lézemi, <2 cm) |
| PD | 1. Nové větší a perzistující noduly/tumory, pokud nebyly dříve 2. Mimokožní šíření |
| Relaps | Jakékoliv projevy nemoci, dříve v CR |

| Skóre celkové odpovědi u PCALCL | | | |
|---------------------------------|---|----------|---|
| Celkově | Definice | T | N-M |
| CR | Úplné vymizení klinických známek nemoci | CR | Obě kategorie CR/bez postižení |
| PR | Částečná odpověď měřitelné nemoci | CR PR | Obě kategorie nedosahují CR/bez postižení, žádná PD Žádná PD, pokud byla vstupně některá postižena alespoň jedna dosahuje CR nebo PR |
| SD | Selhání dosažení CR, PR | PR SD | Žádná PD, pokud byla vstupně některá postižena žádná nedosahuje CR nebo PR Dosaženo CR/bez postižení, PR nebo SD, žádná PD |
| PD | Progresivní nemoc | | PD v jakékoliv kategorii |
| Relaps | Návrat nemoci z předchozí CR | | Relaps v jakékoliv kategorii |

94 Kempf W, Pfaltz K, Vermeer M, et al. EORTC, ISCL, and USCLC consensus recommendations for the treatment of primary cutaneous CD30-positive lymphoproliferative disorders: lymphomatoid papulosis and primary cutaneous anaplastic large-cell lymphoma. *Blood*. 2011 Oct 13;118(15):4024-35

IV.6 Definice základních parametrů pro hodnocení léčby a prognózy⁹⁵

OS – overall survival – celkové přežití:

doba od diagnózy lymfomu do úmrtí z jakékoliv příčiny

PFS – progression free survival – přežití bez progresse:

doba od zahájení léčby lymfomu do progresse onemocnění nebo úmrtí z jakékoli příčiny

EFS – event free survival – někdy udáváno jako TTTF – (time to treatment failure) – doba do události:

doba od zahájení léčby jakéhokoli selhání léčby (progrese, úmrtí, ukončení terapie z důvodu toxicity, zahájení nové antilymfomové léčby)

DFS – disease free survival – období bez aktivity lymfomu:

doba od dosažení kompletní remise do progresse/relapsu lymfomu nebo úmrtí jako důsledek lymfomu nebo akutní toxicity

TTP – Time to progression – doba do progresse:

období od zahájení léčby nebo sledování do progresse onemocnění nebo úmrtí na lymfom

DR – duration of response – trvání odpovědi:

období od stanovení odpovědi (PR nebo CR) do progresse onemocnění

LSS – lymphoma specific survival:

období od diagnózy (případně od zahájení léčby) do úmrtí z důvodu lymfomu

⁹⁵ *Clinical Trial Endpoints for the Approval of Cancer Drugs and Biologics Guidance for Industry; U.S. Department of Health and Human Services; Food and Drug Administration; Oncology Center of Excellence; Center for Drug Evaluation and Research (CDER); Center for Biologics Evaluation and Research (CBER) – December 2018 Clinical/Medical: 1-16*

V. Indolentní lymfomy

V.1 Charakteristika skupiny a obecné poznámky

- Do skupiny indolentních lymfomů patří:⁹⁶
 - folikulární lymfom (FL) grade 1, 2 a 3A
 - lymfom z malých lymfocytů (SLL/CLL)
 - lymfoplazmocytární lymfom a nodální lymfomy z marginální zóny
 - splenický lymfom z buněk marginální zóny
- Folikulární lymfomy **grade 3** se dělí na grade 3A a 3B, přičemž FL grade 3B by měl být léčen dle pravidel pro difúzní B-velkobuněčný lymfom.
- **Pacienty mladší 65 let** (dle biologického stavu) v případě **relapsu** doporučujeme **konzultovat s klinickým centrem (CIHP)** s perspektivou možné autologní nebo alogenní transplantace.

Obecné poznámky k léčbě u indolentních lymfomů v 1.linii

- U nemocných jak v léčbě 1. linie, tak v léčbě relapsů existuje řada **klinických studií**; před rozhodnutím o léčbě doporučujeme kontaktovat některé ze spolupracujících center (**CIHP** či **KOC**), případně navštívit stránky www.lymphoma.cz pro získání informací o právě probíhajících klinických studiích pro daný typ lymfomu.
- U nemocných s indolentními lymfomy je mimo klinické studie doporučeno zejména v případě chybění známek aktivity či progresu onemocnění u pokročilých klinických stádiích s malou nádorovou masou (**GELF kritéria**) nemocné jen sledovat a léčbu zahájit až při splnění některého z těchto kritérií. Alternativně je možné podání 4 dávek **rituximabu** po týdnu, případně s dalšími 4 dávkami po měsíci.⁹⁷
- K SLL se přistupuje diagnosticky i léčebně stejným způsobem jako k chronické lymfocytární leukémii (CLL).
- U nemocných s **lokalizovaným** onemocněním a nízkým rizikem je indikováno provedení **samotné radioterapie (RT) involved field (IF)**⁹⁸; **vhodnou a také účinnější alternativou dle novějších prací může být podání 4 cyklů rituximabu nebo 4 cyklů rituximabu v kombinaci s radioterapií s cílem dosáhnout co nejdélejší remise.**⁹⁹
- Základem **systémové** léčby je **chemoterapie**, u CD20 pozitivních lymfomů v kombinaci **rituximabem**¹⁰⁰, a to jak v první linii, tak i v relapsu onemocnění
- Nově byla prokázána vyšší účinnost **obinutuzumabu** oproti **rituximabu** v kombinaci s chemoterapií v 1. linii léčby. Od 1. 10. 2020 bude hrazena kombinace **obinutuzumabu** + chemoterapie pro nemocné s FL středního a vysokého rizika dle FLIPI v 1.linii léčby.
- V případě „**bulky disease**“ je na zvažení provedení **RT po ukončení chemoterapie** (zejména v případě PET pozitivního lokalizovaného rezidua).
- Věkovou hranici (60–65 let) pro intenzivnější léčbu je vždy nutno posuzovat individuálně s ohledem na **celkový biologický stav** nemocného.

96 Tsang RW and Gospodarowicz MK. Low-grade Non-Hodgkin Lymphomas. *Seminars in Radiation Oncology* 2007; 17: 198-205

97 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

98 Lowry L, Smith P, Qian W, Falk S, Benstead K, Illidge T, Linch D, Robinson M, Jack A, Hoskin P. Reduced dose radiotherapy for local control in non-Hodgkin lymphoma: a randomised phase III trial *Radiother Oncol.* 2011;100: 86-92

99 Ardeshta KM, Qian W, Smith P et al. Rituximab versus a watch-and-wait approach in patients with advanced-stage, asymptomatic, non-bulky follicular lymphoma: an open-label randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2014 Apr;15(4):424-35.

100 Salles G, Barrett M, Foà R et al. Rituximab in B-Cell Hematologic Malignancies: a Review of 20 Years of Clinical Experience. *Adv Ther.* 2017 Oct;34(10):2232-2273. doi: 10.1007/s12325-017-0612-x. Epub 2017 Oct 5. Review

- U nemocných s FL, kteří odpoví na terapii dosažením PR nebo CR, je indikována **udržovací léčba rituximabem**^{101,102,103}; podávána je standardní dávka 375 mg/m² po 2–3 měsících po dobu 2 let (tedy 8–12×) nebo do progresu, pokud nastane dříve.
- Léčbou volby v první linii je nejčastěji **R-CHOP**, možnou alternativou je režim R-bendamustin. U nemocných, u kterých nelze podat intenzivnější terapii, lze použít režim **R-COP** nebo režim R-CEOP¹⁰⁴.
- **Vysokodávkovaná chemoterapie s autologní transplantací** kostní dřeně u pacientů s FL je vhodná **pro časně relabující, mladší nemocné**, zejména v 2. remisi.
- Indikace **alogenní transplantace** kostní dřeně u FL je vysoce individuální, pro kurativní potenciál ji zvažujeme u **pacientů mladších 60 let s prognosticky nepříznivým, časně nebo opakovaně relabujícím FL**.
- Při **nedosažení kompletní remise** po léčbě první linie nebo pro **relabující** pacienty s FL lze zvážit **ibrutumomab tiuxetan**.
- U splenického lymfomu možno využít terapeuticky **splenektomii**; jinak se léčba neliší od ostatních forem indolentních lymfomů.

Obecné poznámky k léčbě u indolentních lymfomů v relapsu

- Důležitým faktorem pro terapeutické rozhodování je **histologická verifikace** relapsu – tedy vyloučení transformace do agresivního lymfomu (pokud to celkový stav nemocného umožňuje), ostatní **rizikové faktory, efekt předchozího režimu, délka trvání remise a biologický stav nemocného**.^{105,106}
- Nemocní s časným relapsem do 24 měsíců od zahájení léčby mají velmi špatnou prognózu (POD 24)¹⁰⁷
- V případě **časného relapsu** (≤ 12 měsíců od ukončení léčby) je indikována **u mladších pacientů (do 60–65 let) intenzivní léčba** s eventuální konsolidací autologní nebo alogenní transplantací.
- V případě progresu během léčby obsahující **rituximab** nebo v případě velmi časného relapsu do 6 měsíců od imunochemoterapie obsahující **rituximab** se jedná o „**rituximab refrakterního**“

101 Salles G, Seymour JF, Offner F, López-Guillermo A, Belada D, Xerri L, Feugier P et al.: Rituximab maintenance for 2 years in patients with high tumour burden follicular lymphoma responding to rituximab plus chemotherapy (PRIMA): a phase 3, randomised controlled trial. *Lancet*. 2011 Jan 1;377(9759):42-51

102 Janikova A, Bortlicek Z, Campr V, Kopalova N, Benesova K, Hamouzova J, Belada D, Prochazka V, Pytlík R, Vokurka S, Pirnos J, Duras J, Mocikova H, Mayer J, Trneny M. Impact of rituximab maintenance and maintenance schedule on prognosis in first-line treatment of follicular lymphoma. Retrospective analysis from Czech Lymphoma Study Group (CLSG) database. *Leuk Lymphoma*. 2016 May;57(5):1094-103.

103 Milunović V, Bogeljić Patekar M et al. Rituximab Maintenance Strategy in Advanced Follicular Lymphoma: Facts and Controversies *Acta Clin Croat*. 2017 Mar;56(1):143-156. doi: 10.20471/acc.2017.56.01.20. Review

104 Moccia AA, Schaff K, Hoskins et al: R-CHOP with etoposide substituted doxorubicin (R-CEOP): Excellent outcome in DLBCL for patients with a contraindication to antracyclines (British Columbia). Abstr 408. 2009 ASH Annual meeting

105 Smith SM, Pitcher BN, Jung SH et al. Safety and tolerability of idelalisib, lenalidomide, and rituximab in relapsed and refractory lymphoma: the Alliance for Clinical Trials in Oncology A051201 and A051202 phase 1 trials. *Lancet Haematol*. 2017 Apr;4(4):e176-e182.

106 MacDonald D, Prica A, Assouline S et al. Emerging therapies for the treatment of relapsed or refractory follicular lymphoma. *Curr Oncol*. 2016 Dec;23(6):407-417.

107 Casulo C et al. Early Relapse of Follicular Lymphoma After Rituximab Plus Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, and Prednisone Defines Patients at High Risk for Death: An Analysis From the National LymphoCare Study. *J Clin Oncol*. 2015 Aug 10;33(23):2516-22.

nemocného¹⁰⁸; zvážit léčbu v rámci klinické studie, případně kombinaci **obinutuzumab + bendamustin**¹⁰⁹, případně **idelalisib**.^{110,111}

- Při **pozdním relapsu** je možné použít i **původní režim** s ohledem na kumulativní toxicitu a maximální celkovou dávku některých cytostatik, zejména antracyklinů (< 450 mg/m²).
- Z léčebných možností se nabízí použití chemoterapie v kombinaci s **rituximabem**, případně **ibritumomab tiuxetan**¹¹², zevní radioterapie, autologní nebo alogenní transplantace (u mladších nemocných).
- Při dosažení **CR/PR** po indukční terapii relapsu FL je indikována **udržovací terapie rituximabem** 375 mg/m² á 3 měsíce po dobu 2 let.^{113,114}
- Vždy zvážit zařazení nemocného do klinické studie.

108 Solal-Céligny P, Leconte P, Bardet A. A retrospective study on the management of patients with rituximab refractory follicular lymphoma. *Br J Haematol.* 2018 Jan;180(2):217-223. doi: 10.1111/bjh.15023. Epub 2017 Dec 12

109 Sehn LH et al.: Obinutuzumab plus bendamustine versus bendamustine monotherapy in patients with rituximab-refractory indolent non-Hodgkin lymphoma (GADOLIN): a randomised, controlled, open-label, multicentre, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2016 Aug;17(8):1081-1093. doi: 10.1016/S1470-2045(16)30097-3. Epub 2016 Jun 23

110 PI3K inhibition by idelalisib in patients with relapsed indolent lymphoma. Gopal AK, Kahl BS, de Vos S, Wagner-Johnston ND, Schuster SJ, Jurczak WJ, Flinn IW, Flowers CR, Martin P, Viardot A, Blum KA, Goy AH, Davies AJ, Zinzani PL, Dreyling M, Johnson D, Miller LL, Holes L, Li D, Dansey RD, Godfrey WR, Salles GA. *N Engl J Med.* 2014 Mar 13;370(11):1008-18

111 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

112 Witzig TE, Gordon LI, Cabanillas F et al. Randomized controlled trial of yttrium-90-labeled ibritumomab tiuxetan radioimmunotherapy versus rituximab immunotherapy for patients with relapsed or refractory low-grade, follicular, or transformed B-cell non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol* 2003; 20: 2453-2463

113 van Oers et al. Rituximab maintenance improves clinical outcome of relapsed/resistant follicular non-Hodgkin's lymphoma, both in patients with and without rituximab during induction: results of a prospective randomized phase III trial. *Blood* 2006, 108:3295-3301

114 Forstpointner R, Unterhalt M, Dreyling M et al. Maintenance therapy with rituximab leads to a significant prolongation of response duration after salvage therapy with a combination of rituximab, fludarabine, cyclophosphamide, and mitoxantrone (R-FCM) in patients with recurring and refractory follicular and mantle cell lymphomas: Results of a prospective randomized study of the German Low Grade Lymphoma Study Group (GLSG). *Blood.* 2006 Dec 15

V.2 Folikulární lymfom

Grading FL – je definován podle **zastoupení centroblastů**, rozlišují se 3 prognosticky odlišné podskupiny:

| Grade | Počet centroblastů v zorném poli |
|-------|----------------------------------|
| 1 | 0–5 |
| 2 | 6–15 |
| 3 | >15 |

Pozn.:
Grade 3A – centrocyty přítomny
Grade 3B – plošné infiltráty z centroblastů

Dalším prognosticky cenným znakem je **podíl difúzních oblastí**:

| | |
|-------------------------------|----------------------|
| Predominantně folikulární typ | > 75 % folikularity |
| Smíšený typ | 25–75 % folikularity |
| Predominantně difúzní typ | < 25 % folikularity |

Určení prognózy a rizika FL – viz [kapitola III.5.4](#)

V.2.1 Klinické stádium I a II – léčba 1. Linie

V.2.1.1 Klinické stádium I a II s nízkým rizikem

- u vybraných nemocných (úplná excize ložiska) je možné zvážit přístup sledování (Watch & Wait)¹¹⁵
 - Základem je **radioterapie „involved field“** (25-35Gy) s následným sledováním
- Pozn.: doporučené definice „involved field“ RT (IF RT) viz kapitola XIII

V.2.1.2 Klinické stádium I a II s vyšším rizikem

| Pacienti mladší 65 let* | Pacienti starší 65 let* |
|---|---|
| Rituximab ± radioterapie ¹¹⁶ , 6–8× R** + 4-6x CHOP/bendamustin/COP | Rituximab ± radioterapie 6–8× R** + 4-6x COP/bendamustin |
| ± radioterapie „involved field“ 24 Gy | |
| * věková hranice závisí vždy na biologickém stavu nemocného | |
| ** nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb. | |

Při nedosažení CR po první linii léčby lze zvážit **dle věku a stavu nemocného** následující možnosti:

- observace
- rituximab
- ibritumomab tiuxetan
- eventuálně některý typ záchranné léčby

V.2.2 Klinické stádium II (vysoké riziko*) – IV, léčba 1. linie

Léčbu nemocných v pokročilém stadiu není třeba zahajovat u asymptomatických nemocných.

Indikací k zahájení léčby je **alespoň jeden** z následujících bodů:

- Přítomnost B symptomů
- Postižení 3 a více oblastí uzlin > 3 cm
- Klinicky významná splenomegalie (> 16cm dle CT)
- Cytopenie z útlaku kostní dřeně (hemoglobin < 100 g/l, neutrofilů < 1,5× 10⁹/l, trombocyty < 100× 10⁹/l)
- Zjevná progresse choroby
- Bulky choroba > 7cm
- Přítomnost klinicky významného výpotku indukovaného lymfomem
- Poškození orgánu nebo systému lymfomem
- Přítomnost cirkulujících nádorových buněk aspoň 5× 10⁹/l

* jako „vysoké riziko“ jsou označováni v případě stádia II pacienti s „bulky“ postižením nebo jiným znakem velké nádorové masy (viz GELF kritéria III.5.4.6)

115 Prettyjohns M, Hoskin P et al. The cost-effectiveness of immediate treatment or watch and wait with deferred chemotherapy for advanced asymptomatic follicular lymphoma. NICE non-Hodgkin Lymphoma Clinical Guideline Committee. Br J Haematol. 2018 Jan;180(1):52-59

116 Janíkova A, Bortlíček Z, Campr V, Kopalova N, Benesova K, Belada D, Prochazka V, Pytlík R, Vokurka S, Pirnos J, Duras J, Mocikova H, Mayer J, Trněný M. Radiotherapy with rituximab may be better than radiotherapy alone in first-line treatment of early-stage follicular lymphoma: is it time to change the standard strategy? Leuk Lymphoma. 2015 Jan 21:1-7

V.2.3 Léčba nemocných s FL pokročilého stádia s malou nádorovou masou

- Standardním přístupem je nadále sledování (watch & wait)
- Alternativou je podání 4 dávek rituximabu¹¹⁷, event. s následným podáním 4 dávek rituximabu po 1 měsíci^{118,119}

V.2.4 Léčba nemocných s FL pokročilého stádia s velkou nádorovou masou dle GELF

| Příklad terapeutického rozhodování u nemocných s FL v 1. linii | |
|---|--|
| <p>6–8 cyklů chemoterapie (CHOP, bendamustin, CEOP, COP, sekvenční protokol-PACEBO/IVAM¹²⁰) + 8× rituximab/obinutuzumab**</p> <p>Zvážit účast ve studii (kontaktovat CIHP)</p> | |
| Při dosažení CR nebo PR | <p>Udržovací léčba rituximabem nebo obinutuzumabem** po 2 měsících po dobu 2 let nebo do progresu (pokud nastane dříve)</p> <p>U pacientů v PR lze zvážit i další léčbu (viz níže)</p> |
| Další možnosti terapie při nedosažení CR | <p>U pacientů mladších 65 let* zvážení další léčby:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BR, FCR, R-FND • Konsolidační RT • ibritumomab tiuxetan • salvage terapie (platinový režim) + autologní či alogenní transplantace |
| | <p>U pacientů > 65 let* při dobrém biologickém stavu zvážení další léčby:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BR, redukované FCR • RT • ibritumomab tiuxetan • monoterapie rituximabem <p>jinak paliativní léčba: chlorambucil, CF, low dose RT 2× 2Gy apod.</p> |
| <p>* věková hranice závisí vždy na biologickém stavu nemocného</p> <p>** úhrada jen pro pacienty s FLIPI 1 skóre 2–5</p> | |

117 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

118 Hainsworth JD et al. Rituximab as first-line and maintenance therapy for patients with indolent non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol* 2002, 20:4261-4267

119 Lukens JN, Nasta SD et al. Outcomes after involved-field radiation therapy (IFRT) with or without rituximab in patients with early-stage low-grade non-Hodgkin lymphoma (NHL) staged with CT and PET. *Am J Clin Oncol*. 2014 Feb;37(1):35-40

120 Procházka V, Papajík T, Janíková A, Belada D, Kozák T, Šálek D, Sýkorová A, Móciková H, Campř V, Dlouhá J, Langová K, Fürst T, Trněný M. Frontline intensive chemotherapy improves outcome in young, high-risk patients with follicular lymphoma: pair-matched analysis from the Czech Lymphoma Study Group Database. *Leuk Lymphoma*. 2017 Mar;58(3):601-613

V.2.5 Léčba relapsu FL

| Příklad terapeutického rozhodování u nemocných s relapsem FL mladších 65 let | |
|--|--|
| Symptomatický pacient Léčba dle následujícího schématu (viz níže) | Asymptomatický pacient Sledování do progresu vyžadující léčbu |
| <p>Záchranná („salvage“) chemoterapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • R-CHOP, R-bendamustin* (opačná volba dle režimu užitého v 1. linii) • R² (rituximab + lenalidomid*) • R-ESAP, R-DHAP, R-ICE, R-GDP • R-FND, R-FC, R-FCM** • bendamustin* + obinutuzumab (u rituximab refrakterních pacientů) • idelalisib* (u rituximab refrakterních pacientů) • ibritumomab tiuxetan*** • Zvážit účast ve studii (kontaktovat CIHP) | |
| Při dosažení CR/PR | <ul style="list-style-type: none"> • udržovací léčba rituximabem po 3 měsících po dobu 2 let či do progresu • vhodná konzultace s CIHP – zvážení autologní či alogenní transplantace • ibritumomab tiuxetan*** (při reziduu) • RT na PET pozitivní reziduum |
| Příklad terapeutického rozhodování u nemocných starších 65 let | |
| Symptomatický pacient Léčba dle následujícího schématu (níže) | Asymptomatický pacient Sledování do progresu vyžadující léčbu |
| <p>Záchranná („salvage“) chemoterapie:</p> <p>rozhodnutí dle biologického stavu, věku a doby do relapsu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • monoterapie rituximabem* • imunochemoterapie: R-COP, R-CHOP, R-FC, R-bendamustin* • R² (rituximab + lenalidomid*) • ibritumomab tiuxetan*** • bendamustin* + obinutuzumab (u rituximab refrakterních pacientů) • idelalisib* (u rituximab refrakterních pacientů) • eventuálně paliace (low dose RT 2× 2Gy, chlorambucil...) | |
| Při dosažení CR/PR | <ul style="list-style-type: none"> • udržovací léčba rituximabem po 3 měsících po dobu 2 let či do progresu |
| <p>* <i>nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.</i></p> <p>Pozn.: v případě rituximabu je schválena úhrada jen pro 2. a další relaps FL</p> <p>** <i>režimy s fludarabinem jsou preferovány v případě, kdy pacient nebyl primárně indikován k provedení autologní transplantaci (po fludarabinu je obtížná separace kmenových buněk)</i></p> <p>*** <i>léčba dostupná pro pac. VZP pouze ve VFN Praha a FN Olomou, u ostatních poj. lze podat na CIHP</i></p> | |

V.3 Lymfom z malých lymfocytů/chronická lymfocytární leukémie (SLL/CLL)

Charakteristika jednotky^{121,122}

- Dle WHO klasifikace lymfoidních malignit tvoří SLL **společnou jednotku s chronickou lymfocytární leukémií (CLL)**. SLL se liší od CLL pouze kritériem B-lymfocytózy $> 5 \times 10^9/l$ v periferní krvi u CLL.¹²³
- SLL představuje **3–10 % NHL**. Věkový medián je kolem 65 let. Zhruba 75 % nemocných má postiženou kostní dřeň v době diagnózy. Častá bývá také generalizovaná lymfadenopatie a splenomegalie.¹²⁴
- Diagnóza je stanovena na základě **typické histologie a imunohistochemie v mízní uzlině či imunofenotypu v kostní dřeni**, ev. periferní krvi. Nádorové lymfocyty exprimují typickou kombinaci antigenů **CD5, CD19 a CD23**.^{125,126}
- Vzhledem k poměrně častému výskytu **autoimunitní hemolytické anémie** u SLL/CLL je vhodné během úvodních vyšetření provést Coombsův test a stanovit ukazatele hemolýzy (bilirubin, haptoglobin, LDH).
- Před každou linií léčby je doporučováno provést vyšetření chromozomálních abnormalit pomocí FISH, zejména delecí 17p a analýzu mutací *TP53*. V případě, že není přítomen cirkulující klon v periferní krvi, lze toto vyšetření provést z aspirátu kostní dřene, ev. z biopsie lymfatické uzliny.

121 Morrison WH, Hoppe RT, Weiss LM, Picozzi VJ Jr, Horning SJ. Small lymphocytic lymphoma. *J Clin Oncol*. 1989;7(5):598-606

122 Zelenetz AD, Gordon LI, Wierda WG et al. Chronic lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma, version 1.2015. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015; 13(3):326-62

123 Tsimberidou AM, Wen S, O'Brien S et al. Assessment of chronic lymphocytic leukemia and small lymphocytic lymphoma by absolute lymphocyte counts in 2,126 patients: 20 years of experience at the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center. *J Clin Oncol*. 2007;25(29):4648-56

124 a clinical evaluation of the International Lymphoma Study Group classification of non-Hodgkin's lymphoma. The Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project. *Blood*. 1997;89(11):3909-18

125 Hallek M, Cheson BD, Catovsky D, et al. iwCLL guidelines for diagnosis, indications for treatment, response assessment, and supportive management of CLL. *iwCLL guidelines for diagnosis, indications for treatment, response assessment, and supportive management of CLL*. *Blood*. 2018; 131(25):2745-2760

126 Doubek M, Špaček M, Pospíšilová Š et al. Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronické lymfocytární leukémie (CLL) – 2018. *Transf Hematol dnes*; 3: 208-220

V.3.1 SLL/CLL – terapie¹²⁷

Nejprve je nutno zvážit, zda je vůbec léčba indikována. Významnou část nemocných se SLL lze sledovat bez léčby (postup „*watch & wait*“).

K indikacím pro zahájení léčby je možno využít **kritéria *International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (IWCLL)* z roku 2018**. Léčba je indikována, pokud je onemocnění klinicky aktivní a je tedy splněna alespoň jedna z těchto podmínek:

- **progredující či masivní lymfadenopatie**
- **progredující či masivní splenomegalie**
- **rozvoj či zhoršení anémie/trombocytopenie**
- **autoimunitní hemolytická anémie či trombocytopenie nereagující na kortikoterapii či jinou standardní léčbu**
- **systémové příznaky:**
 - **neinfekční horečky > 38 °C trvající déle než 2 týdny**
 - **noční pocení trvající déle než 1 měsíc**
 - **jinak nevysvětlené hubnutí (o více než 10 % hmotnosti za 6 měsíců)**
 - **výrazná únava znemožňující vykonávat zaměstnání či běžné činnosti**

Před zahájením léčby je nejdůležitějším aspektem stanovení cílů léčby, na základě kterých je zvolena intenzita léčby a posléze konkrétní léčebný postup.

Při rozhodování o intenzitě léčby je vhodné přihlídnout k následujícím zásadním faktorům:

- **faktory týkající se nemocného:** biologický věk, celkový stav nemocného a přidružená onemocnění – hodnotíme dle výkonnostního stavu dle ECOG, počtu a závažnosti komorbidit, případně s použitím některých skórovacích systémů (např. *Cumulative Illness Rating Score – CIRIS*)¹²⁸. Funkci ledvin je vhodné posoudit pomocí vypočtené clearance kreatininu, např. dle Cockcroft-Gaultovy rovnice
- **faktory se vztahem k SLL:** rozsah, přítomnost masivní lymfadenopatie, přítomnost autoimunitních komplikací (autoimunitní hemolytická anémie, autoimunitní trombocytopenie)

V.3.1.1 Léčba 1. linie u mladších nemocných bez významných komorbidit

- Principy léčby jsou **shodné pro SLL i CLL**. Léčba se tedy liší od ostatních indolentních lymfomů tím, že by měl být v 1. linii použit některý z kombinovaných protokolů obsahující **fludarabin**.
- V současné době je **režimem volby chemoimunoterapie FCR** (fludarabin, cyklofosfamid, rituximab), maximálně 6 cyklů. Dávka rituximabu v režimu **FCR** je od 2. cyklu 500 mg/m².¹²⁹
- V případě delece 17p/mutace *TP53* a nevhodnosti léčby chemoimunoterapií je možno použít **ibrutinib**¹³⁰. Kombinaci **idelalisib + rituximab** je možno použít při nevhodnosti jakékoliv jiné léčby.

127 Eichhorst B, Robak T, Montserrat E, et al. Chronic lymphocytic leukaemia: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2015; 26 Suppl 5:v78-84

128 Salvi F, Miller MD, Grillo A et al. A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(10):1926-31

129 Hallek M, Fischer K, Fingerle-Rowson G, et al. Addition of rituximab to fludarabine and cyclophosphamide in patients with chronic lymphocytic leukaemia: a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet.* 2010;376:1164-74

130 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

- Další možnosti léčby:
 - **bendamustin**¹³¹ + **rituximab (BR)**¹³² jako alternativa k režimu **FCR** u nemocných ≥ 65 let věku.
 - **RCD** (rituximab, cyklofosfamid, dexametazon) či obdobné režimy s vysokodávkovanými kortikoidy (zejména pokud je progresse CLL spojena s autoimunitní hemolytickou anémií či imunitní trombocytopenií)
 - **akalabrutinib**^{133,130} ± **obinutuzumab**

V.3.1.2 Léčba 1. linie u starších či komorbidních nemocných

- U nemocných s významnými komorbiditami či clearancí kreatininu < 70 ml/min., kteří tedy nemohou být léčeni plnodávkovaným protokolem FCR, je léčbou volby kombinace chlorambucilu s anti-CD20 monoklonální protilátkou:¹³⁴
Chlorambucil + obinutuzumab¹³⁵
Chlorambucil + rituximab¹³⁶
- V případě delece 17p/mutace TP53 je možno použít **ibrutinib**^{137, 138} či při nevhodnosti jakékoli jiné léčby kombinaci **idelalisib**¹ + **rituximab**.
- Další možnosti léčby:
 - **BR** (bendamustin¹³⁹+ rituximab)
 - **FCR se sníženými dávkami** chemoterapie (low-dose **FCR**)¹⁴⁰
 - **RCD** (rituximab, cyklofosfamid, dexametazon) či obdobné režimy s vysokodávkovanými kortikoidy.
 - **akalabrutinib** ± **obinutuzumab**¹³⁷

U velmi těžce komorbidních nemocných, u kterých lze očekávat krátké přežití z důvodu přidružených onemocnění, je cílem léčby paliace symptomů s minimem nežádoucích účinků. Lze využít např. chlorambucil v monoterapii, nízkodávkovaný cyklofosfamid v monoterapii či kortikoterapii.

Ibrutinib dle SPC přípravku lze použít v léčbě první linie u pacientů bez defektu **TP53**. V současné době ale doporučujeme ponechat tento preparát až pro případy léčby pacientů s relapsem onemocnění.

131 použití rituximabu a bendamustinu se řídí pravidly pro CLL, pokud přesto panuje nejasnost, je vhodné kontaktovat příslušnou zdravotní pojišťovnu

132 Eichhorst B, Fink AM, Bahlo J, et al. First-line chemoimmunotherapy with bendamustine and rituximab versus fludarabine, cyclophosphamide, and rituximab in patients with advanced chronic lymphocytic leukaemia (CLL10): an international, open-label, randomised, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2016;17(7):928-942

133 Sharman JP et al: Acalabrutinib with or without obinutuzumab versus chlorambucil and obinutuzumab for treatment-naive chronic lymphocytic leukaemia (ELEVATE TN): a randomised, controlled, phase 3 trial *Lancet*, 2020 Apr 18;395(10232):1278-1291

134 Bagacean C et al. Anti-CD20 monoclonal antibodies in chronic lymphocytic leukemia: From uncertainties to promises. *Immunotherapy* 8.5: 569-581. Future Medicine Ltd. (May 2016)

135 Goede V, Fischer K, Busch R et al. Obinutuzumab plus chlorambucil in patients with CLL and coexisting conditions. *N Eng J Med* 2014;370:1101-1110

136 Laurenti L, Vannata B et al. Chlorambucil plus Rituximab as Front-Line Therapy in Elderly/Unfit Patients Affected by B-Cell Chronic Lymphocytic Leukemia: Results of a Single-Centre Experience. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2013 May 2;5(1):e2013031.

137 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

138 Byrd JC, Furman RR, Coutre SE et al. Targeting BTK with ibrutinib in relapsed chronic lymphocytic leukemia. *N Eng J Med* 2013;369:32-42

139 použití rituximabu a bendamustinu se řídí pravidly pro CLL, pokud přesto panuje nejasnost, je vhodné kontaktovat příslušnou zdravotní pojišťovnu

140 Smolej L, Brychtova Y, Doubek M, et al. Low-Dose FCR Is a Safe and Effective Treatment Option for Elderly/Comorbid Patients with Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma. Updated Results of Project Q-Lite By Czech CLL Study Group. *Blood (ASH Annual Meeting Abstracts)* 2014;124(21):467

V.3.2 Principy léčby relapsu SLL/CLL

- Pokud trvala **léčebná odpověď** na chemoimunoterapii minimálně **24 měsíců**, je možno zvážit **zopakování léčby 1. linie**.
- V ostatních případech (refrakterní onemocnění nebo časný relaps/progrese nebo získání nepříznivých cytogenetických změn) je doporučena změna léčby.
- Hlavní léčebné možnosti představují **ibrutinib**¹⁴¹, **idelalisib** + **rituximab**¹⁴², **venetoklax** + **rituximab**^{143,144} a **akalabrutinib**¹⁴⁵ zasahující do signalizace B-buněčného receptoru (BCR) nebo inhibující antiapoptotický protein Bcl-2.

V.3.2.1 Léčebné možnosti pro nemocné bez významných komorbidit

- Ibrutinib
- Venetoklax + rituximab
- Idelalisib + rituximab
- Venetoklax
- Akalabrutinib

Další možnosti léčby relapsu (v případě pozdního relapsu nebo pokud nelze použít cílené inhibitory)

- **BR**¹⁴⁶
- **FCR**
- **RCD** či obdobné režimy s vysokodávkovanými kortikoidy
- záchranné platinové režimy (**R-DHAP**, **R-ESAP**, **R-ICE**)
- Nemocní se SLL s **nepříznivým klinickým průběhem ve věku do 65 let** a v dobrém celkovém stavu by měli být vždy **zvažováni k provedení alogenní transplantace**, která představuje v současné době jedinou kurativní metodu u SLL/CLL.
- Autologní transplantace nemá v léčbě SLL opodstatnění. Výjimkou je léčba Richterovy transformace (Richterův syntrom – RS) do DLBCL či Hodgkinova lymfomu, kde je možno autologní transplantaci zvažovat v rámci léčby RS.

V.3.2.2 Léčebné možnosti pro komorbidní nemocné

- Ibrutinib
- Venetoklax + rituximab
- Idelalisib + rituximab
- Akalabrutinib

141 Byrd JC, Brown JR, O'Brien S et al. Ibrutinib versus ofatumumab in previously treated chronic lymphoid leukemia. *N Eng J Med* 2014;371:213-223

142 Furman RR, Sharman JP, Coutre SE et al. Idelalisib and rituximab in relapsed chronic lymphocytic leukemia. *N Eng J Med* 2014;370:997-1007

143 Stilgenbauer S, Eichhorst B, Schetelig J et al. Venetoclax in relapsed or refractory chronic lymphocytic leukaemia with 17p deletion: a multicentre, open-label, phase 2 study. *Lancet Oncol* 2016;17(6):768-7

144 Seymour JF, Kipps TJ, Eichhorst B, et al. Venetoclax-Rituximab in Relapsed or Refractory Chronic Lymphocytic Leukemia. *New Engl J Med*. 2018;378(12):1107-20

145 Ghia P. et al: ASCEND: Phase III, Randomized Trial of Acalabrutinib Versus Idelalisib Plus Rituximab or Bendamustine Plus Rituximab in Relapsed or Refractory Chronic Lymphocytic Leukemia *J Clin Oncol* 2020 Sep 1;38(25):2849-2861

146 Fischer K, Cramer P, Busch R, et al: Bendamustine combined with rituximab in patients with relapsed and/ or refractory chronic lymphocytic leukemia: a multicenter phase II trial of the German Chronic Lymphocytic Leukemia Study Group. *J Clin Oncol* 2009; 29:3559-3666

Další možnosti léčby

- BR
- Low-dose FCR
- RCD či obdobné režimy s vysokodávkovanými kortikoidy

V.3.2.3 Léčebné možnosti pro těžce komorbidní nemocné

- Symptomatická/paliativní léčba: nízkodávkovaný chlorambucil v monoterapii, nízkodávkovaný cyklofosfamid v monoterapii, nízkodávkované kortikoidy.

V.4 Lymfomy z marginální zóny

Charakteristika jednotky: tato skupina obsahuje několik dalších podjednotek^{147,148}:

- MALT lymfomy asociované se slizniční tkání (viz kapitola [extranodální lymfomy X](#))
- Nodální B-lymfom z marginální zóny – diagnostika a léčba se prakticky shoduje s folikulárními lymfomy
- Splenický lymfom z marginální zóny
- Klonální B-lymfocytóza z buněk marginální zóny (izolovaná klonální lymfocytóza fenotypu MZL bez jiného orgánového postižení, není cut-off počtu lymfocytů pro odlišení od lymfomu, jen minorita – do 20 % – přechází v MZL)¹⁴⁹
- Diagnóza by měla být uzavřena na základě dostatečné biopsie a IHC zahrnující minimálně CD20(+), CD5(-), CD10(-), CD23(-/+), cyklin D1(-). Doporučeno je vyšetření mutace MYD88 a v případě gastrických MZL provedení FISH vyšetření k průkazu t(11;18)(p21;p21)

V.4.1 Splenický difúzní B-lymfom z malých buněk (splenický lymfom z marginální zóny – SMZL)

Charakteristika jednotky:

- Splenický MZL představuje < 1 % NHL a asi 20 % všech MZL. Jde o prozatímní (**provizorní**) jednotku, která vyžaduje další (především molekulární) studie, aby mohly být zřetelně definovány diagnostické parametry.^{150,151}
- Splenický lymfom zůstává **obvykle indolentní** a pacienti léta nevyžadují léčbu. Asi u třetiny pacientů se lymfom vyvíjí agresivně a pacienti mohou zemřít do 4 let od stanovení diagnózy.¹⁵²
- 5leté přežití se pohybuje kolem 80 %, jako negativní prognostické faktory byly identifikovány anémie, hypoalbuminémie a zvýšená hladina LDH.¹⁵³
- Některé případy splenického lymfomu mohou být asociovány s infekcí HCV – přítomnost infekce HCV by měla být při diagnóze splenického lymfomu podpořena **titry protilátek antiHCV** a průkazem **HCV RNA**. **V případě prokázané HCV infekce je primárně indikována antivirová terapie.**¹⁵⁴

147 Piris MA, Isaacson PI, Swerdlow SH, et al. Splenic marginal zone lymphoma. In: Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al., eds. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Revised 4th ed. Lyon: IARC Press; 2017:223e225

148 Campo E, Pileri SA, Jaffe ES, et al. Nodal marginal zone B-cell lymphoma. In: Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al., eds. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Revised 4th ed. Lyon: IARC; 2017:263e265

149 Xochelli A, Kalpadakis C, Gardiner A, et al. Clonal B-cell lymphocytosis exhibiting immunophenotypic features consistent with a marginal zone origin: is this a distinct entity? *Blood*. 2014

150 Sabarish A., Basem M. William, Marginal Zone Lymphoma: Clinicopathologic Variations and Approaches to Therapy, *Current Oncology Reports*, April 2018, 20:33

151 Santos T et al. Splenic marginal zone lymphoma: a literature review of diagnostic and therapeutic challenges. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia* 39.2: 146-154. Elsevier Editora Ltda. (Apr 2017 – Jun 2017)

152 Chacón JI, Mollejo M, Muñoz E et al. – Splenic marginal zone lymphoma: clinical characteristics and prognostic factors in a series of 60 patients. *Blood* 2002; 100: 1648-1654

153 Matutes E, Oscier D, Montalban C et al. Splenic marginal zone lymphoma proposals for revision of diagnostic, staging and therapeutic criteria. *Leukemia* 2008; 22: 487-495

154 Hermine O, Lefrere F, Thieblemont C et al. – Regression of splenic lymphoma with villous lymphocytes after treatment of Hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2002; 347: 89-94

V.4.1.1 Principy léčby splenického MZL

Primární léčba:^{155,156,157,158}

- **Rituximab**¹⁵⁹ v dávce 375 mg/m²/týden 6-8 dávek^{160,161,162,163,164,165,166}
- **Rituximab**¹⁵⁹ s chemoterapií – **R-CHOP**, **R-COP**¹⁶⁷, **FCR**, **RB**¹⁶⁸ – nutno vždy ale zohlednit, věk, celkový stav nemocného, přidružená onemocnění atd.^{169,170,171}
- **Splenektomie** – po zvážení benefitu a případných rizik
- Při prokázané infekci **HCV** (PCR, serologie), která je považována za kauzální příčinu MZL, je indikována léčba **interferonem a ribavirinem**.¹⁷² Léčebnou odpověď lze v těchto případech očekávat již po antivirotické léčbě interferonem a ribavirinem.
- **Radioterapie na oblast sleziny 4–8 Gy** – zvážit u pacientů **kontraindikovaných k splenektomii či nevhodných k systémové léčbě**

- 155 Cervetti G et al. How to treat splenic marginal zone lymphoma (SMZL) in patients unfit for surgery or more aggressive therapies: experience in 30 cases. *Journal of Chemotherapy* 29.2: 126-129. Taylor and Francis Ltd. (Mar 4, 2017)
- 156 Ortega JL, Cabanillas F, Rivera et al. Results of Upfront Therapy for Marginal Zone Lymphoma. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2017 Dec;17(12):879-883. doi: 10.1016/j.clml.2017.09.014. Epub 2017 Sep 23
- 157 Perrone S, D'Elia GM et al. Splenic marginal zone lymphoma: Prognostic factors, role of watch and wait policy, and other therapeutic approaches in the rituximab era. *Leuk Res*. 2016 May;44:53-60
- 158 Kalpadakis C et al. Current and emerging treatment approaches for splenic marginal zone lymphoma. *Expert Opinion on Orphan Drugs* 4.9: 897-905. Taylor and Francis Ltd. (Sep 1, 2016)
- 159 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.
- 160 Bennett M, Schechter GP. Treatment of splenic marginal zone lymphoma: splenectomy versus rituximab. *Seminars in Hematology* 2010; 47: 143-147
- 161 Kalpadakis C, Pangalis GA, Dimopoulou MN et al. – Rituximab monotherapy is highly effective in splenic marginal zone lymphoma. *Hematol Oncol*. 2007; 25: 127-131
- 162 Kalpadakis C, Pangalis GA Should rituximab replace splenectomy in the management of splenic marginal zone lymphoma? *Best Pract Res Clin Haematol*. 2018 Mar;31(1):65-72. doi: 10.1016/j.beha.2017.10.011. Epub 2017 Nov 7
- 163 Kalpadakis C et al. Splenic marginal zone lymphoma (SMZL) treated with rituximab (R) monotherapy: a long term follow-up study on 104 patients. *Haematologica, suppl. Supplement 2* 102 : 147. Ferrata Storti Foundation. (Jun 2017)
- 164 Starr AG, Caimi PF et al. Splenic marginal zone lymphoma: excellent outcomes in 64 patients treated in the rituximab era. *Hematology*. 2017 Aug;22(7):405-411. doi: 10.1080/10245332.2017.1279842. Epub 2017 Jan 20
- 165 Castelli R, Gidaro A, Delilliers GL. Bendamustine and Rituximab, as First Line Treatment, in Intermediate, High Risk Splenic Marginal Zone Lymphomas of Elderly Patients. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2016 Jul 1;8(1)
- 166 Fan F. et al. Efficacy and safety of rituximab in marginal zone lymphoma: a meta-analysis of 13 studies. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine* 9.8: 17001-17010. E-Century Publishing Corporation. (Aug 30, 2016)
- 167 Oh S et al. Phase II trial of R-CVP followed by rituximab maintenance therapy for patients with advanced stage marginal zone lymphoma-consortium for improving survival of lymphoma (CISL) study. *Blood* 128.22 American Society of Hematology
- 168 Castelli R et al. Bendamustine and rituximab, as first line treatment, in intermediate, high risk splenic marginal zone lymphomas of elderly patients. *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases* 8.1 Università Cattolica del Sacro Cuore
- 169 Tsimberidou AM, Katovsky D, Schlette E et al. – Outcomes in patients with splenic marginal zone lymphoma and marginal zone lymphoma treated with rituximab with or without chemotherapy or chemotherapy alone. *Cancer* 2006; 107: 125-135
- 170 Cencini E, Fabbri A, Long-term efficacy and toxicity of rituximab plus fludarabine and mitoxantrone (R-FM) for gastric marginal zone lymphoma: a single-center experience and literature review. *Ann Hematol*. 2018 May;97(5):821-829
- 171 Castelli R, Bergamaschini L, Delilliers GL First-line treatment with bendamustine and rituximab, in patients with intermediate-/high-risk splenic marginalzone lymphomas. *Med Oncol*. 2017 Dec 29;35(2):15. doi: 10.1007/s12032-017-1076-1
- 172 Vallisa D, Bernuzzi P, Arcaini L et al. – Role of anti-hepatitis C virus (HCV) treatment in HCV-related, low-grade, B-cell, non-Hodgkin 's lymphoma: a multicenter Italian experience *J Clin Oncol* 2005; 23: 468-473

V.5 Waldenströмова makroglobulinémie /lymfoplazmocy-tární lymfom

Charakteristika jednotky:

- Nádor z malých B-lymfocytů, plazmocytoidních lymfocytů a plazmatických buněk, který nesplňuje kritéria jiného lymfomu z malých lymfocytů s plazmacytickou diferenciací.
- Waldenströмова makroglobulinemie (WM) je definována jako LPL s infiltrací kostní dřeně patologickými buňkami a IgM monoklonální gammapatii jakékoliv koncentrace.
- WM představuje asi 1,5 % NHL s incidencí 3,8/milion obyvatel za rok.
- Klinický průběh je typicky indolentní, medián přežití je mezi 5–10 lety.¹⁷³
- Typickým molekulárně genetickým znakem je průkaz mutace MYD 88^{L265P}
- Kromě nespecifických B-symptomů, lymfadenopatie, organomegalie a cytopenie se MW může manifestovat i s IgM asociovanými projevy jako jsou: hyperviskozita, kryoglobulinémie, autoimunní hemolytická anémie, neuropatie a AL amyloidóza.
- Pokud je to klinicky indikováno, je doporučeno vyšetřit: kryoglobulin, viskozitu plazmy, vyloučit získanou von Willebrandovu nemoc, vyšetřit proteinurii za 24 hodin, hladinu sérových volných lehkých řetězců, hladinu NTproBNP a troponinu, provést EMG a vyšetření anti-MAG/anti-GM1 protilátek.¹⁷⁴

V.5.1 WM – principy léčby

U asymptomatických nemocných nesplňujících některé z níže uvedených indikačních kritérií se doporučuje pouze sledování.¹⁷⁵

Mezi hlavní indikace k zahájení terapie patří:

- příznaky hyperviskozity (krvácení do kůže a sliznic, poruchy vizu a sluchu, závratě, bolesti hlavy, zmatenost); bývají vyjádřeny obvykle u IgM ≥ 30 g/l
- symptomatická či velká („bulky“) lymfadenopatie
- symptomatická hepato- a/nebo splenomegalie
- symptomatická kryoglobulinémie, případně autoimunitní projevy (hemolytická anémie)
- příznaky periferní neuropatie
- cytopenie (Hb < 110 g/l, trombocyty $< 120 \times 10^9$ /l)
- febrilie, noční pocení, úbytek hmotnosti, únava (B symptomy)

V.5.1.1 WM – léčba 1. linie

- V případě symptomatické hyperviskozity je indikována v první řadě terapeutická **plazmaferéza**.
- Základem systémové léčby je **rituximab**¹⁷⁶ v monoterapii, případně v kombinaci s chemoterapií – například režimy dexamethason-rituximab-cyklofosamid (DRC)¹⁷⁷ nebo rituximab-cyklofosfa-

173 Buske C, Sadullah S, Kastritis E et al. Treatment and outcome patterns in European patients with Waldenström's macroglobulinaemia: a large, observational, retrospective chart review. *Lancet Haematol.* 2018 Jul;5(7):e299-e309

174 Kastritis E, Leblond V, Dimopoulos MA et al. Waldenström's macroglobulinaemia: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2018 Oct 1;29(Suppl 4):iv41-iv50

175 Kapoor P, Ansell SM, Fonseca R, et al. Diagnosis and Management of Waldenström Macroglobulinemia: Mayo Stratification of Macroglobulinemia and Risk-Adapted Therapy (mSMART) Guidelines 2016. *JAMA Oncol.* 2017 Sep 1;3(9):1257-126

176 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

177 Paludo J, Abeykoon JP, Kumar S, et al. Dexamethasone, rituximab and cyclophosphamide for relapsed and/or refractory and treatment-naïve patients with Waldenström macroglobulinemia. *Br J Haematol.* 2017 Oct;179(1):98-105

mid-prednison (RCP), **bortezomib**¹⁷⁸-dexamethason-rituximab (BDR)¹⁷⁹, event. režim bendamustin¹⁸⁰-rituximab (BR).^{181,182}

- Úvodní terapie by měla být volena dle převažující symptomatologie: v případě hyperviskozity/AL amyloidózy volíme bortezomibový režim, u bulky disease BR, v případě cytopenie/neuropatie režim DRC/RCP.
- U pacientů, u kterých není vhodná imunochemoterapie, je možno zvážit **ibrutinib**.¹⁸³
- Vždy zvážit zařazení nemocného do klinické studie.

V.5.1.2 Léčba relapsu

- Léčba se zahajuje opět pouze u **symptomatických** pacientů.
- Při léčebné odpovědi trvající ≥ 2 roky, respektive času do další terapie ≥ 3 roky lze zopakovat původní režim.
- Obecně lze využít režimy jako v 1. linii, dále režimy obsahují **fludarabin** (FR – fludarabin, rituximab; **FCR** – fludarabin, cyklofosamid, **rituximab**)¹⁸⁴ nebo v případě absence neuropatie i **bortezomib**.^{185,186}
- **Ibrutinib**.^{187,188}
- U mladších pacientů s chemosenzitivním relapsem, případně trváním odpovědi pod 2 roky lze zvážit podání vysokodávkované terapie s **autologní transplantací** krvetvorných buněk, u mladších nemocných event. i alogenní transplantací.

178 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb

179 Gavriatopoulou M, García-Sanz R et al. BDR in newly diagnosed patients with WM: final analysis of a phase 2 study after a minimum follow-up of 6 years. *Blood*. 2017 Jan 26;129(4):456-459. doi: 10.1182/blood-2016-09-742411. Epub 2016 Nov 21

180 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb

181 Rummel MJ, Niederle N, Maschmeyer G, et al. Study group indolent Lymphomas (StiL). Bendamustine plus rituximab versus CHOP plus rituximab as first-line treatment for patients with indolent and mantle-cell lymphomas: an open-label, multicentre, randomised, phase 3 noninferiority trial. *Lancet*. 2013; 381(9873):1203–1210

182 Paludo J, Abeykoon JP et al. Bendamustine and rituximab (BR) versus dexamethasone, rituximab, and cyclophosphamide (DRC) in patients with Waldenström macroglobulinemia. *Ann Hematol*. 2018 Apr 3. doi: 10.1007/s00277-018-3311-z

183 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb

184 Souchet L, Levy V, Ouzegdouh M Efficacy and long-term toxicity of the rituximab-fludarabine-cyclophosphamide combination therapy in Waldenström's macroglobulinemia. *Am J Hematol*. 2016 Aug;91(8):782-6. doi: 10.1002/ajh.24405. Epub 2016 Jun 3

185 Tedeschi A, Picardi P, Ferrero S, et al. Bendamustine and rituximab combination is safe and effective as salvage regimen in Waldenström macroglobulinemia. *Leuk Lymphoma*. 2015; 56(9): 2637–2642

186 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb

187 Dimopoulos MA, Trotman J, Tedeschi A, et al. Ibrutinib for patients with rituximab-refractory Waldenström's macroglobulinemia (iINNOVATE): an open-label substudy of an international, multicentre, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2017 Feb;18(2):241-250

188 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb

VI. Agresivní lymfomy

Zahrnují tyto formy:

- **difúzní B-velkobuněčný lymfom a příbuzné entity** (viz níže),
- **periferní T-lymfomy** (periferní T-lymfom blíže neurčený, PTCL-NOS a anaplastický velkobuněčný B-lymfom, ALCL, ALK+ a ALCL, ALK-, angioimunoblastický lymfoma některé vzácnější klinické entity).

VI.1 Difúzní velkobuněčný B-lymfom a příbuzné entity

Zahrnuje tyto formy:

- **difúzní B-velkobuněčný lymfom blíže nespecifikovaný (DLBCL, NOS)**
- **ostatní lymfomy z velkých buněk** (např. primární mediastinální thymický velkobuněčný B-lymfom, primární DLBCL CNS)
- **Vysoce maligní B-lymfom s *MYC* a *BCL2* a/nebo *BCL6* přestavbou**, dříve zařazován mezi difúzní velkobuněčné B-lymfomy
- **Vysoce maligní B-lymfom blíže neurčený (NOS)** – dříve vysoce maligní B-lymfom s rysy intermediárními mezi Burkittovým lymfomem a DLBCL, ještě předtím část pacientů vedena jako DLBCL, část jako Burkitt-like lymfom
- **Neklasifikovatelný B-lymfom s rysy intermediárními mezi difúzním velkobuněčným B-lymfomem a klasickým Hodgkinovým lymfomem** – zejména tzv. lymfom šedé zóny

Tyto lymfomy byly zahrnovány do starších studií pro DLBCL, včetně registračních studií s rituximabem.

Principy léčby 1. linie

- **Obecné pravidlo:** zejména u rizikových pacientů (**IPI 3–5** a/nebo riziková histologie: double-expressor lymfomy (DLBCL s expresí c-myc, bcl2 a/nebo bcl6 – vysoce maligní Blymfomy s *MYC* a *BCL2* a/nebo *BCL6* přestavbou, vysoce maligní Blymfomy blíže neurčené, lymfomy šedé zóny, double-hit lymfomy, double-expressor lymfomy) doporučujeme zkontrolovat spolupracující **CIHP** či **KOC** s dotazem na možnost zařazení do aktuálních klinických studií ev. léčby intenzifikovaným režimem (viz dále).¹⁸⁹
- **Stratifikace** dle **IPI**, **aalPI**, **R-IPI**, eventuálně **ABE-3** u starších pacientů, **CNS-IPI** pro CNS profylaxi.
- **Rituximab 8x** v kombinaci s **antracyklinovými režimy** (CHOP nebo „CHOP-like“), v intervalu 21 nebo 14 dní – 6 cyklů.^{190,191}
- U mladších, velmi nízké rizikových pacientů (< 60 let, **aalPI** = 0, max. rozměr tumoru < 7,5 cm) možno zvážit redukci cyklů léčby (**Rituximab 6x**, CHOP-like 4x).
- Intenzifikovaná terapie (např. R-hyperCVAD/R-MTX-AraC či R-CHOEP-14 nebo **DA-EPOCH-R**) – možno zvážit pro rizikové nemocné mladší než 50–60 let.

189 Petrich AM, Gandhi M, Jovanovic B, et al. Impact of induction regimen and stem cell transplantation on outcomes in double-hit lymphoma: a multicenter retrospective analysis. *Blood*. 2014 Oct 9;124(15):2354-61. doi: 10.1182/blood-2014-05-578963. Epub 2014 Aug 26. *Blood*. 2014

190 Coiffier B, Lepage E, Briere J et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. *N Engl J Med*. 2002;346:235-242

191 Pfreundschuh M, Schubert J, Ziepert M, et al.: Six versus eight cycles of bi-weekly CHOP-14 with or without rituximab in elderly patients with aggressive CD20+ B-cell lymphomas: a randomised controlled trial (RICOVER-60). *Lancet Oncol*. 2008 Feb;9(2):105-16.

- Redukovaná terapie R-miniCHOP pro nemocné > 80 let.¹⁹²
- Limitujícím faktorem pro použití antracyklinů není věk, ale vždy klinický stav nemocného.
- Vysokodávkovaná terapie s ASCT u pacientů v PET-negativní kompletní remisi po ukončení léčby obecně není doporučována; může být zvážena jako konsolidace intenzifikované léčby u vysoce rizikových pacientů.
- U mladších nemocných s jakoukoli odpovědí horší než CR je indikována záchranná terapie s HDT a ASCT.
- Léčebným cílem je dosažení kompletní remise. Nedosažení PET-negativní kompletní remise na konci léčby 1. linie je indikací k pokračování léčby s možnostmi:
- Radioterapie:¹⁹³
 1. u lokalizovaného PET+ reziduua, které je možno pojmout do jednoho ozařovacího pole
 2. u reziduálního postižení při pochybnosti o viabilitě rezidua dle PET
 3. zvážit na oblast úvodního bulku > 7,5 cm (vzít v úvahu např. omezené možnosti salvage systémové léčby u starších pacientů a ostatní faktory)¹⁹⁴
 4. zvážit RT na místa původního skeletálního postižení¹⁹⁵
 5. na druhostranné varle jako součást konsolidační RT u pacientů s primárním lymfomem varlat
 6. zvážit konsolidační RT po ukončení systémové léčby u ostatních extranodálních limitovaných stadií DLBCL (primární lymfomy vedlejších dutin nosních, primární lymfom v oblasti Waldeyerova mízního okruhu, primární kožní DLBCL a primární kožní DLBCL-leg type) – zejména v případě nejasného PET nálezu po imunochemoterapii
 7. krania jako součást konsolidační léčby u pacientů s primárním CNS lymfomem (viz kapitola PCNSL).
- **Profylaxe CNS nemoci** je doporučována v případech: viz kapitola III.5.1.6
 1. Preferovaným způsobem CNS profylaxe jsou 2 cykly vysokodávkovaného methotrexátu (3 g/m², ev. redukce u starších onemocnění, renální insuficience aj.), přesné zařazení cyklů v rámci indukční léčby stanovené není – vhodné je zařadit nejpozději po 2. nebo 3. cyklu indukční léčby.
 2. V případě nemožnosti systémového podání MTX přichází v úvahu i.th. podání MTX.
- **Pacienti s konkomitantním postižením CNS při diagnóze:** Léčba na bázi HD-MTX ± ASCT u transplantovatelných nemocných¹⁹⁶

¹⁹² Peyrade F, Jardin F, Thieblemont C, et al. Attenuated immunochemotherapy regimen (R-miniCHOP) in elderly patients older than 80 years with diffuse large B-cell lymphoma: a multicentre, single-arm, phase 2 trial. *Lancet Oncol.* 2011 May;12(5):460-8.

¹⁹³ Moser EC, Kluin-Nelemans HC, Carde P, et al.: Impact of involved field radiotherapy in partial response after doxorubicin-based chemotherapy for advanced aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2006 Nov 15;66(4):1168-77.

¹⁹⁴ Held G, Murawski N, Ziepert M, et al.: Role of radiotherapy to bulky disease in elderly patients with aggressive B-cell lymphoma. *J Clin Oncol.* 2014 Apr 10;32(11):1112-8.

¹⁹⁵ Held G, Zeynalova S, Murawski N, et al.: Impact of rituximab and radiotherapy on outcome of patients with aggressive B-cell lymphoma and skeletal involvement. *J Clin Oncol.* 2013 Nov 10;31(32):4115-22

¹⁹⁶ Peñalver FJ, Sancho JM, de la Fuente A, et al. Guidelines for diagnosis, prevention and management of central nervous system involvement in diffuse large B-cell lymphoma patients by the Spanish Lymphoma Group (GELTAMO). *Haematologica.* 2017; 102: 235-245

Obecné principy léčby relapsů:

- Doporučujeme kontrolovat stránky www.lymphoma.cz, eventálně kontaktovat spolupracující **CIHP** či **KOC** s dotazem na možnost zařazení do **aktuálních klinických studií**.
- Záchrané režimy založené na **platinových derivátech** (např. **ICE, DHAP, ESAP**). **U mladších nemocných** (do 65 let, v případě dobrého klinického stavu do 70 let) s následnou autologní transplantací u těch, kteří dosáhnou alespoň parciální remise
- U mladších nemocných je v případě rezistence na léčbu 2. linie a dobrého celkového stavu indikována ještě **třetí linie** záchrané terapie s následnou ASCT při dosažení alespoň parciální remise¹⁹⁷.
- **Rituximab**¹⁹⁸ u nemocných s CD20 pozitivním relapsem¹⁹⁹.
- **U mladších nemocných s relapsem po autologní transplantaci:**
 - individuálně zvážit léčbu CAR-T lymfocyty
 - individuálně zvážit možnost alogenní transplantace v případě odpovědi na záchranou léčbu další linie
 - zvážit zařazení nemocného do klinické studie
- **U starších nemocných neschopných intenzivní záchrané léčby nebo relapsu po ASCT u pacientů nevhodných k alogenní transplantaci:** paliativní chemoterapie (viz **níže**), paliativní léčba kortikoidy, případně best supportive care. Individuálně je možno zvážit léčbu CAR-T lymfocyty.^{200,201}
- **Postavení RT v léčbě relapsů:**
 1. indikována na oblast lokalizovaného PET pozitivního rezidua
 2. zvážit RT na místo původního bulk postižení
- **Pacienti s CNS relapsem či kombinovaným CNS a systémovým relapsem:** Léčba na bázi HD-MTX

197 Van Den Neste E, Schmitz N, Mounier N, et al.: Outcome of patients with relapsed diffuse large B-cell lymphoma who fail second-line salvage regimens in the International CORAL study. *Bone Marrow Transplant.* 2016 Jan;51(1):51-7. doi: 10.1038/bmt.2015.213. Epub 2015 Sep 14

198 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

199 Gisselbrecht C, Glass B, Mounier N, et al.: Salvage regimens with autologous transplantation for relapsed large B-cell lymphoma in the rituximab era. *J Clin Oncol.* 2010 Sep 20;28(27):4184-90. doi: 10.1200/JCO.2010.28.1618. Epub 2010 Jul 26

200 Schuster SJ, Bishop MR, Tam CS, et al.: Tisagenlecleucel in Adult Relapsed or Refractory Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med.* 2019 Jan 3;380(1):45-56. doi: 10.1056/NEJMoa1804980. Epub 2018 Dec 1

201 Neelapu SS, Locke FL, Bartlett NL, et al.: Axicabtagene Ciloleucel CAR T-Cell Therapy in Refractory Large B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med.* 2017 Dec 28;377(26):2531-2544. doi: 10.1056/NEJMoa1707447. Epub 2017 Dec 10

VI.1.1 DLBCL – léčba 1. linie

VI.1.1.1 Mladší pacienti s velmi nízkým rizikem

Charakteristika populace:

- Věk do 60 let
- IPI = 0
- Maximální rozměr tumoru < 7,5 cm

Léčebný postup

- 4× R-CHOP-21 + 2× R²⁰²
- RT eventuálně u PET pozitivního rezidua

VI.1.1.2 Mladší pacienti s nízkým rizikem

Charakteristika populace

- Věk do 65 let
- nesplňují kritéria mladších pacientů s velmi nízkým rizikem

Léčebný postup

- 6× R-CHOP-21²⁰³
- RT doporučujeme vždy u PET pozitivního rezidua; RT zvážit v případě „bulky“ masy v úvodu, případně u PET rezidua nejasné biologické povahy

Pozn.: U pacientů ve věku 60–65 let, kteří by jinak splňovali kritéria mladších pacientů s velmi nízkým rizikem, doporučujeme postupovat individuálně, včetně zahrnutí preferencí pacienta.

202 Poeschel V, Held G, Ziepert M et al.: Four versus six cycles of CHOP chemotherapy in combination with six applications of rituximab in patients with aggressive B-cell lymphoma with favourable prognosis (FLYER): a randomised, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet*. 2020; 394(10216):2271-2281.

203 Pfreundschuh M, Trümper L, Österborg A, et al. CHOP-like chemotherapy plus rituximab versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse large-B-cell lymphoma: a randomised controlled trial by the MabThera International Trial (MInT) Group. *Lancet Oncol* 2006; 7: 379-91

VI.1.1.3 Mladší pacienti s vyšším rizikem

Charakteristika populace

- Věk do 65 let
- **IPI 3–5**

Léčebný postup

- Standardní léčbou je **8× rituximab + 6–8× CHOP-21** ± 2× HD-MTX (případně i.th. profylaxe)
- Zvážit použití **intenzifikovaných režimů** (R-Hyper CVAD/R-MTX-HDAraC, R-CHOEP-14, **DA-EPOCH-R**)²⁰⁴.
- **RT** doporučujeme vždy u PET pozitivního rezidua, zvážit při „bulky“ mase v úvodu >7,5 cm, eventálně u PET rezidua nejasné biologické povahy; zvážit na místa původního skeletálního postižení
- Při jakékoli odpovědi horší než CR a u pacientů nevhodných k radioterapii je **indikována záchranná terapie s HDT a ASCT**

VI.1.1.4 Starší pacienti (> 65 let věku)

Léčebný postup

- **8× rituximab + 6× CHOP 21** ± HD-Methotrexát nebo i.th.profylaxe ± RT IF
- **RT** vždy u PET pozitivního rezidua, zvážit při „bulky“ mase
- U nemocných ve špatném celkovém stavu (ECOG ≥2) či u nemocných s masivním postižením zvážit v úvodu **podání „prefáze“**: Prednison 50 mg/m² 1–7 dní ± vincristin 1 mg jednorázově 1 den, až poté zahájit vlastní kúru.

204 Schmitz N, Nickelsen M, Ziepert M, et al. Conventional chemotherapy (CHOEP-14) with rituximab or high-dose chemotherapy (MegaCHOEP) with rituximab for young, high-risk patients with aggressive B-cell lymphoma: an open-label, randomised, phase 3 trial (DSHNHL 2002-1). *Lancet Oncol.* 2012 Dec;13(12):1250-9.

VI.1.2 Léčba nemocných s relapsem DLBCL

VI.1.2.1 Léčba relapsu u nemocných mladších 65 let

Mělo by být konzultováno centrum disponující možností transplantace krvetvorných buněk (CIHP).

| Relaps DLBCL u pacientů schopných HD terapie (obvykle do 65 let věku) Zvážit účast ve studii (kontaktovat CIHP) | |
|--|---|
| Záchraná „salvage“ chemoterapie: 3× R-ICE nebo R-ESHAP nebo R-DHAP nebo R-GDP ²⁰⁵ | |
| Při dosažení CR, PR | <ul style="list-style-type: none"> Standardně HD terapie (nejčastěji BEAM) + ASCT |
| Při dosažení SD, PD | <ul style="list-style-type: none"> léčba 3. linie režimem s nezkríženou rezistencí, při dosažení alespoň PR pak opět BEAM + ASCT |

- V případě relapsu mladších nemocných po ASCT nebo nemožnosti provést ASCT (selhání sběru, infiltrace KD) je možné zvážit léčbu CAR-T lymfocyty nebo alogenní transplantaci.
- V případě relabovaného/refrakterního primárního mediastinálního B-lymfomu po min. 2 liniích léčby je možné zvážení terapie pembrolizumabem²⁰⁶, event. CAR-T terapie axicelem

VI.1.2.2 Léčba relapsu u nemocných starších 65 let

| Relaps DLBCL u pacientů neschopných HD terapie (obvykle nad 65 let věku) Zvážit účast v klinické studii (kontaktovat CIHP) |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 4–6× R-ICE, R-DHAP, R-ESHAP, R-GDP, R-GEMOX, R-Bendamustin-polatuzumab vedotin²⁰⁷ R-gemcitabin, případně v kombinaci s dexamethasonem (R-GD), R-CEOP, event. paliativní terapie |
| * nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb |

- V případě relapsu starších pacientů v klinicky dobrém stavu (ECOG = 0–1), ale nevhodných k ASCT, je možno zvážit léčbu CAR-T lymfocyty nebo v případě biologického podtypu ABC (resp. nonGC) zvážit použití cílené terapie – lenalidomid.²⁰⁸
- V případě relabovaného/refrakterního primárního mediastinálního B-lymfomu je možné zvážení terapie pembrolizumabem.²⁰⁹

205 Gisselbrecht C, Glass B, Mounier N, et al.: Salvage regimens with autologous transplantation for relapsed large B-cell lymphoma in the rituximab era. *J Clin Oncol.* 2010 Sep 20;28(27):4184-90. doi: 10.1200/JCO.2010.28.1618. Epub 2010 Jul 26

206 Armand P, Rodig S, Melnichenko V, et al.: Pembrolizumab in Relapsed or Refractory Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma. *J Clin Oncol.* 2019 Dec 1;37(34):3291-3299. doi: 10.1200/JCO.19.01389. Epub 2019 Oct 14

207 Sehn LH, Herrera AF, Flowers CR, et al.: Polatuzumab Vedotin in Relapsed or Refractory Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *J Clin Oncol.* 2020 Jan 10;38(2):155-165. doi: 10.1200/JCO.19.00172

208 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

209 Armand P. et al. Pembrolizumab in Relapsed or Refractory Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma. *J Clin Oncol* 2019 Dec 1;37(34):3291-3299

VI.2 Zralé T/NK lymfomy²¹⁰

Nejčastější histologické subtypy:

- Periferní T lymfom blíže neurčený (PTCL, NOS)
- Anaplastický velkobuněčný lymfom (ALCL) – ALK pozitivní nebo negativní
- Angioimunoblastický lymfom (AITL) – existují 3 varianty:
 - AITL,
 - Folikulární T-lymfom
 - Nodální PTC s fenotypem T-folikulárního helpera

Charakteristika skupiny

- **Potenciálně kurabilní** onemocnění, někteří nemocní jsou kurabilní ve vysokém procentu (ALK pozitivní ALCL s nízkým IPI); u některých je prognóza stále nepříliš dobrá (PTCL NOS, ALCL ALK negativní, ALK pozitivní ALCL s vyšším IPI).
- Vzácné podjednotky – např. hepatosplenický $\gamma\delta$ lymfom a další – vždy konzultovat s CIHP.
- Důležitá je **přesná histologická diagnostika**. Vždy **nutné druhé čtení** na hematopatologickém pracovišti disponujícím i molekulárně biologickými technikami.
- Rozdělení dle věku pro jednotlivé léčebné postupy je nutné brát orientačně – vždy záleží na **biologickém stavu nemocného**.
- Důležité je vyšetření **exprese CD30** u všech T-lymfomů v souvislosti s možnou terapií brentuximab vedotinem.
- **Vyšetření přestavby DUSP22/IRF4** – při přítomnosti dané přestavby je lepší prognóza (OS) než u ALCL ALK negativní skupiny.

Principy terapie

- Před rozhodnutím o léčbě doporučujeme kontaktovat některé ze spolupracujících center (CIHP či KOC), případně navštívit stránky www.lymphoma.cz, zvážit účast v klinické studii.
- U **mladších nemocných s histologicky nepříznivým typem** (PTCLNOS, ALCL, ALK-negativní, AITL) standardní nebo **intenzivnější chemoterapie** (preferenčně CHOEP) + **zvážit konsolidaci** vysokodávkovanou chemoterapií a ASCT.
- U nemocných s CD30+ PTCL je indikována a má úhradu kombinace **brentuximab vedotin + chemoterapie CHP**²¹¹.
- **Monoterapie brentuximab vedotinem** je indikována a má úhradu i **při selhání léčby 1. linie u ALCL, za což se považuje nedosažení CR**.
- U **starších nemocných standardní** nebo **při dobrém biologickém stavu zvážit denzní dávkování chemoterapie** či **přidání etoposidu** (tj. CHOEP-21 nebo CHOP-14).
- **Postavení RT v léčbě zralých T/NK lymfomů: individuální zvážení u:**
 - lokalizovaného PET+ rezidua u pacientů neindikovaných k záchranné systémové léčbě,
 - zvážit RT na oblast úvodního bulku (vzít v úvahu např. omezené možnosti salvage systémové léčby u starších pacientů a ostatní faktory např. klinicky nižší význam pozdní a velmi pozdní toxicity RT u starších nemocných).

210 Yamaguchi M, Oguchi M, Suzuki R. Extranodal NK/T-cell lymphoma: Updates in biology and management strategies. *Best Pract Res Clin Haematol.* 2018 Sep;31(3):315-321. doi: 10.1016/j.beha.2018.07.002. Epub 2018 Jul 3

211 Horwitz S, O'Connor OA, Pro B et al. Brentuximab vedotin with chemotherapy for CD30-positive peripheral T-cell lymphoma (ECHOLON-2): a global, double-blind, randomised, phase 3 trial. *Lancet* 2019; 393: 229-240

- **Specifika pro NK/T lymfom, nasální typ:**
- Léčba: protokoly založené na L-asparagináze (Aspa/Met/Dex, GELOX, SMILE) nebo ifosfamidů s platinovým derivátem (2/3 DeVIC, VIPD), 4–6 cyklů.
- Intenzivní radioterapie u lokalizovaných onemocnění je zcela nezbytnou součástí léčby.
- Léčbu monitorujeme kromě zobrazovacích metod též pomocí kvantitativní PCR na EBV v plazmě.

Principy léčby relapsů

- Vždy kontaktovat CIHP, zvážit zařazení do klinické studie.
- U mladších pacientů: záchranná chemoterapie založená na **gemcitabinu** a/nebo **platinových derivátech** (GDP, GIFOX, DHAP, ICE, ESHAP)
- U mladších nemocných v dobrém celkovém stavu včetně těch, kteří měli autologní transplantaci v 1. kompletní remisi zvážit **alogenní transplantaci**
- U mladších pacientů, kteří neměli autologní transplantaci v léčbě 1. linie a nemají vhodného dárce nebo nejsou vhodní k alloSCT: záchranná chemoterapie + autologní transplantace.
- U CD30+ lymfomů **brentuximab vedotin**^{212,213,214} (u relapsu systémového ALCL se jedná o indikaci dle SPC, ale bez schválené úhrady, u ostatních CD30+ lymfomů o indikaci „off label“).
- U starších pacientů paliativní léčba (gemcitabin v monoterapii, kortikoidy).

212 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

213 Pro B, Advani R, Brice P, et al. Brentuximab vedotin (SGN-35) in patients with relapsed or refractory systemic anaplastic large-cell lymphoma: results of a phase II study. *J Clin Oncol.* 2012; 30: 2190-6

214 Horwitz SM, Advani RH, Bartlett NL, et al. Objective responses in relapsed T-cell lymphomas with single-agent brentuximab vedotin. *Blood.* 2014 May 15;123(20):3095-100.

VI.2.1 Léčba periferních T lymfomů v 1. linii²¹⁵

| Prognosticky nepříznivé podtypy periferních T lymfomů – léčba 1. Linie (PTCL-NOS, ALK-negativní SLCL, ALK-pozitivní ALCL s IPI \geq 2, AITL a další) Zvážit účast ve studii (kontaktovat CIHP) | |
|--|---|
| Mladší pacienti (do 60–65 let věku) | Starší pacienti (nad 60–65 let věku) |
| 6–8× BV + CHP (event. CHEP) 6× CHOEP-14 nebo CHOEP-21 ± RT úvodního bulku či rezidua ↓ zvážit HD terapii (BEAM, TEAM) +ASCT | 6–8× BV + CHP 6–8× CHOP-14 nebo CHOP-21 ± RT úvodního bulku či rezidua* (dle věku a biologického stavu) u pacientů starších 80 let: 6× miniCHOP či 6–8× COP ± RT úvodního bulku či rezidua |
| * Doporučená dávka 40 Gy | |

- Při nedosažení CR léčbou 1. linie je možno podat konsolidační terapii [brentuximab vedotinem](#), buď jako monoterapii nebo jako bridge k další terapii (např. autoSCT, allo SCT).
- U pacientů s ALK pozitivním ALCL nízkého rizika (IPI 0-1) lze zvážit redukci terapie.

| |
|---|
| <p align="center"> Prognosticky příznivé podtypy periferních T lymfomů (ALK pozitivní ALCL, IPI 0-1) – léčba 1. linie 6× CHOP-21 ± RT úvodního bulku či rezidua Zvážit účast ve studii (kontaktovat CIHP) </p> |
|---|

215 Allen PB, Pro B. Therapy of Peripheral T Cell Lymphoma: Focus on Nodal Subtypes. *Curr Oncol Rep.* 2020 Apr 16;22(5):44. doi: 10.1007/s11912-020-00902-1

VI.2.2 Léčba relapsů periferních T-lymfomů

| Léčba relapsu PTCL u mladších pacientů Zvážit účast ve studii (kontaktovat CIHP) | |
|---|--|
| chemoterapie platinovým režimem (např. ICE, DHAP, GDP) u sALCL brentuximab vedotin | |
| u nemocných s dárce ↓ alogenní transplantace | u nemocných bez dárce a bez prodělané autologní SCT ↓ vysokodávkovaná terapie s autologní transplantací |
| Léčba relapsu PTCL u starších pacientů bez možnosti intenzivní terapie Zvážit účast ve studii (kontaktovat CIHP) | |
| nemocní v dobrém biologickém stavu | nemocní s komorbiditami bez možnosti intenzivnější chemoterapie |
| GDP, GIFOX, ESHAP, DHAP, ICE, eventuálně lenalidomid* u relapsu ALCL brentuximab vedotin | u relapsu ALCL brentuximab vedotin ; jinak paliativní léčba (gemcitabin, bendamustin* , kortikoidy, best supportive care) |
| * nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb. | |

VII. Lymfom z plášťových buněk – mantle cell lymphoma (MCL)

Charakteristika skupiny

- Morfologické **varianty MCL**: klasická, pleomorfní a blastická varianta
- Představuje **6–7 %** všech NHL, postihuje nemocné okolo 60 let věku, má sklon k **extranodálnímu šíření** včetně postižení kostní dřeně a gastrointestinálního traktu (někdy až do obrazu lymfomatoidní polypózy).
- Histopatologický obraz může vést k mylné diagnóze jiného low-grade lymfomu. Diagnóza se opírá o typický imunofenotyp (vysoká exprese CD20, obvyklá exprese CD5, absence exprese CD200) a patognomonickou cytogenetickou aberaci: translokaci t(11;14)(q13;q32) vedoucí ke **zvýšené expresi cyklinu D1**. Prognostický význam mají i cytogenetické aberace, zejména **delece TP53 a delece CDKN2A**, nově se objevují data o prognostickém významu některých rekurentních somatických mutací (zejména TP53).
- Základním prognostickým vodítkem zůstává výpočet **prognostického indexu dle MIPI**^{216, 217} (věk, index klinické výkonnosti dle ECOG, LDH, počet leukocytů), který rozdělí pacienty do 3 kategorií dle prognózy (nízké, střední a vysoké riziko) – viz [kapitola prognostické indexy](#) nebo viz kalkulátor na internetových stránkách European MCL Network: http://www.european-mcl.net/de/clinical_mipi.php. Cenným prognostickým ukazatelem zůstává i nadále určení stupně **proliferace nádorových buněk (tzv. Ki-67)**, kdy pacienti s vysokým proliferčním indexem (Ki-67 ≥ 30%) mají horší prognózu²¹⁸. Kombinací **MIPI a Ki-67** získáme tzv. **MIPIc** (kombinované MIPI) s ještě přesnějším prognostickým rozdělením pacientů při diagnóze²¹⁹. Zde je nutné připomenout, že Ki-67 lze stanovit pouze z biopsie uzliny či extramedulární tkáně, nikoli z trepanobiopsie. Výpočet MIPIc je extrémně jednoduchý, neboť k riziku dle MIPI (1, 2 nebo 3) připočítáme buď 1 (pokud Ki-67 ≥ 30%) nebo 0 (pokud Ki-67 < 30 %). MIPIc následně rozdělí pacienty do 4 prognosticky významných kategorií (1, 2, 3, 4).
- Recentně publikované výsledky ukazují významný prognostický vliv **mutací tumor supresorového genu TP53**.^{220,221} Ukazuje se, že vysoké procentuální zastoupení mutované alely genu **TP53** významně koreluje s chemorezistencí, celkovým přežitím a přežitím bez progresu.²²²
- Specifickou podskupinu tvoří **pacienti s infiltrací CNS**. Šíření do CNS je popisováno u cca 4 % pacientů. V době diagnózy je to pak jenom kolem 1 % případů. Predisponujícími faktory jsou blastická cytomorfológická varianta, přítomnost B-symptomů, serová koncentrace LDH nad normu, pokročilé stádium dle Ann Arbor a vysoké skóre dle MIPI.

216 Hoster E, Dreyling M, Klapper W, et al. a new prognostic index (MIPI) for patients with advanced-stage mantle cell lymphoma. *Blood*. 2008;111(2):558-565

217 Hoster E, Klapper W, Hermine O, et al. Confirmation of the mantle-cell lymphoma International Prognostic Index in randomized trials of the European Mantle-Cell Lymphoma Network. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2014;32(13):1338-1346

218 Hoster E, Rosenwald A, Berger F, et al. Prognostic Value of Ki-67 Index, Cytology, and Growth Pattern in Mantle-Cell Lymphoma: Results From Randomized Trials of the European Mantle Cell Lymphoma Network. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2016;34(12):1386-1394

219 Salek D, Vesela P, Boudova L, et al. Retrospective analysis of 235 unselected patients with mantle cell lymphoma confirms prognostic relevance of Mantle Cell Lymphoma International Prognostic Index and Ki-67 in the era of rituximab: long-term data from the Czech Lymphoma Project Database. *Leukemia & lymphoma*. 2014;55(4):802-810

220 Eskelund CW, Dahl C, Hansen JW, et al. TP53 mutations identify younger mantle cell lymphoma patients who do not benefit from intensive chemoimmunotherapy. *Blood*. 2017;130(17):1903-1910

221 Obr A, Prochazka V, Jirkuvova A, et al. TP53 Mutation and Complex Karyotype Portends a Dismal Prognosis in Patients With Mantle Cell Lymphoma. *Clinical Lymphoma Myeloma and Leukemia*, 18, 762–768

222 Delfau-Larue MH, Klapper W, Berger F, et al. High-dose cytarabine does not overcome the adverse prognostic value of CDKN2A and TP53 deletions in mantle cell lymphoma. *Blood*. 2015;126(5):604-611

- Volba jednotlivých linií léčby závisí kromě dostupnosti vhodných klinických studií též na standardech a zvyklostech jednotlivých center. Posouzení, která z léčebných možností je pro pacienta optimální, závisí na řadě faktorů: věk a komorbidity pacienta, rozsah a biologické faktory nemoci, schopnost spolupráce a možnosti absolvovat léčbu ambulantně, rychlost nástupu relapsu a jeho klinická agresivita, typ předchozí terapie, tolerance předchozí terapie. V samostatné kapitole se pak budeme věnovat pacientům s infiltrací CNS.

Pozn.: následující popis léčebných možností se týká pacientů s MCL bez postižení CNS v kterékoli fázi léčby, tj. primoterapie či léčby relapsů/progresí.

VII.1 MCL – Léčba 1. linie

Obecné poznámky

- Před rozhodnutím o léčbě doporučujeme kontaktovat některé ze spolupracujících center (CIHP či KOC), event. navštívit stránky www.lymphoma.cz pro získání informací o právě probíhajících klinických studiích.
- Obvyklým postupem bývá u pacientů s nově diagnostikovaným MCL zahájení **systemové léčby**.
- V případě **indolentních forem** (2–3 % všech případů MCL, asymptomatických, často pod obrazem CLL-like MCL s dominující leukocytozou, lymfocytozou, s žádnou nebo jen nevelkou lymfadenopatií, většinou s normální hodnotou LDH a nízkou proliferační frakcí, SOX11 negativitou) lze pacienty individuálně sledovat do symptomatické progresse (strategie **watch & wait**).

VII.1.1 Pacienti schopní vysokodávkované terapie (do 65 let)

Obvykle pacienti do 65 let, výjimečně do 70 let bez limitujících komorbidit

VII.1.1.1 Indukce

- intenzifikované režimy založené na **anthracyklinech** s implementací **vysokodávkovaného cytarabinu**²²³ (v některých případech i methotrexátu či platinových derivátů), vždy v kombinaci s **rituximabem**

Možnosti léčby intenzivní chemoterapie

- R-maxi-CHOP/R-HD-Ara-C = **Nordický protokol**²²⁴
- R-maxi-CHOP/R-DHAOX
- R-CHOP / R-DHAP = **protokol European MCL Network**²²⁵
- R-hyper-CVAD/R-HD-MTX-Ara-C = **MD Anderson Cancer Centre protokol**

223 Hermine O, Hoster E, Walewski J, et al. Addition of high-dose cytarabine to immunochemotherapy before autologous stem-cell transplantation in patients aged 65 years or younger with mantle cell lymphoma (MCL Younger): a randomised, open-label, phase 3 trial of the European Mantle Cell Lymphoma Network. *Lancet* (London, England). 2016;388(10044):565-575

224 Geisler CH, Kolstad A, Laurell A, et al. Nordic MCL2 trial update: six-year follow-up after intensive immunochemotherapy for untreated mantle cell lymphoma followed by BEAM or BEAC + autologous stem-cell support: still very long survival but late relapses do occur. *British Journal of Haematology*. 2012;158(3):355-362

225 Delarue R, Haioun C, Ribrag V, et al. CHOP and DHAP plus rituximab followed by autologous stem cell transplantation in mantle cell lymphoma: a phase 2 study from the Groupe d'Etude des Lymphomes de l'Adulte. *Blood*. 2013;121(1):48-53

VII.1.1.2 Konsolidace

Pouze v případě dosažení objektivně měřitelné odpovědi – CR, PR

- vysokodávkovaná terapie (např. **BEAM**) následovaná autologní transplantací kostní dřeně (ASCT)

VII.1.1.3 Udržovací léčba

- **rituximab**, obvykle každé 3 měsíce po dobu 3 let^{226,227,228,229}

VII.1.2 Pacienti schopní středně intenzivní chemoterapie (R-CHOP-like)

Obvykle pacienti do 75–80 let bez limitujících komorbidit či mladší pacienti s limitujícími komorbiditami²³⁰.

VII.1.2.1 Indukce

- režimy založené na **anthracyklinech** (samotné či s implementací vysokodávkovaného cytarabinu, HDAC) nebo režimy založené na **bendamustinu**²³¹, vždy v kombinaci s **rituximabem**²³²

Režimy:

- alternace **R-CHOP** a **R-HD-AraC** (cytarabin 2 g/m² D1 + D2, 3+3 cykly)²³³
- alternace **R-CHOP** a **R-DHAOX-edlerly** (cytarabin 2 g/m²)
- **6× R-CHOP** či **R-COEP** (v případě kardiální komorbidity) (6–8 cyklů terapie)
- **6× R-bendamustin** (v ČR v 1. linii terapii v praxi standardně nepoužíváno z důvodu chybné úhrady bendamustinu)^{234,235}
- **6× R-BAC500** (v ČR v 1. linii terapii v praxi standardně nepoužíváno z důvodu chybné úhrady bendamustinu)^{236,237}

226 Le Gouill S, Thieblemont C, Oberic L, et al. Rituximab after Autologous Stem-Cell Transplantation in Mantle-Cell Lymphoma. *The New England journal of medicine*. 2017;377(13):1250-1260

227 Klener P, Salek D, Pytlík R, et al. Rituximab maintenance significantly prolongs progression-free survival of patients with newly diagnosed mantle cell lymphoma treated with the Nordic MCL2 protocol and autologous stem cell transplantation. *American journal of hematology*. 2019;94(2):E50-e53

228 Graf SA, Stevenson PA, Holmberg LA, et al. Maintenance rituximab after autologous stem cell transplantation in patients with mantle cell lymphoma. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*. 2015

229 Burki TK. Maintenance rituximab in mantle-cell lymphoma. *The Lancet Oncology*. 2017;18(11):e647

230 Kluin-Nelemans HC, Hoster E, Hermine O, et al. Treatment of older patients with mantle-cell lymphoma. *The New England journal of medicine*. 2012;367(6):520-531

231 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

232 Gerson JN, Handorf E, Villa D, et al. Survival Outcomes of Younger Patients With Mantle Cell Lymphoma Treated in the Rituximab Era. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2019;37(6):471-480

233 Klener P, Fronkova E, Belada D, et al. Alternating R-CHOP and R-cytarabine is a safe and effective regimen for transplant-ineligible patients with a newly diagnosed mantle cell lymphoma. *Hematological oncology*. 2017

234 Rummel MJ, Niederle N, Maschmeyer G, et al. Bendamustine plus rituximab versus CHOP plus rituximab as first-line treatment for patients with indolent and mantle-cell lymphomas: an open-label, multicentre, randomised, phase 3 non-inferiority trial. *Lancet (London, England)*. 2013;381(9873):1203-1210

235 Rummel M, Kaiser U, Balsec C, et al. Bendamustine plus rituximab versus fludarabine plus rituximab for patients with relapsed indolent and mantle-cell lymphomas: a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority phase 3 trial. *The Lancet Oncology*. 2016;17(1):57-66

236 Visco C, Chiappella A, Nassi L, et al. Rituximab, bendamustine, and low-dose cytarabine as induction therapy in elderly patients with mantle cell lymphoma: a multicentre, phase 2 trial from Fondazione Italiana Linfomi. *The Lancet Haematology*. 2017;4(1):e15-e23

237 Visco C, Finotto S, Zambello R, et al. Combination of rituximab, bendamustine, and cytarabine for patients with mantle-cell non-Hodgkin lymphoma ineligible for intensive regimens or autologous transplantation. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2013;31(11):1442-1449

VII.1.2.2 Udržovací léčba

v případě dosažení objektivně měřitelné odpovědi se jedná o standardní postup, který významným způsobem prodlužuje celkové přežití pacientů

- **rituximab**, obvykle každé 3 měsíce po dobu 3 let²³⁸

VII.1.3 Pacienti nevhodní k středně dávkované terapii (typu R-CHOP-like)

Obvykle pacienti nad 75–80 let či mladší pacienti v případě výrazných komorbidit.

VII.1.3.1 Indukce

- režimy založené na **alkylačních látkách** v kombinaci s **rituximabem** ve vybraných případech monoterapie inhibitorem Brutonovy tyrozin-kinázy

Režimy:

- **R-COP**
- R-chlorambucil
- **Ibrutinib**²³⁹
- R-bendamustin²³⁹ (s redukcí **bendamustinu** na 50–70 mg/m²)

VII.1.3.2 Udržovací léčba

V případě dosažení objektivně měřitelné odpovědi se jedná o standardní postup.

- **rituximab**, obvykle každé 3 měsíce po dobu 3 let

VII.1.4 Pacienti neschopní žádné chemoterapie

Z důvodu vysokého věku či závažných komorbidit

Režimy:

- **Rituximab** v monoterapii či v kombinaci s kortikoidy (dexamethazon)
- **Ibrutinib**
- monoterapie kortikoidy (dexamethazon)
- lokální radioterapie 30–40 Gy

238 Obr A, Prochazka V, Papajik T, et al. Maintenance rituximab in newly diagnosed mantle cell lymphoma patients: a real world analysis from the Czech lymphoma study group registry(dagger). *Leukemia & Lymphoma*. 2019;60(3):748-755

239 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

VII.2 Léčba relapsu/progrese onemocnění

VII.2.1 Pacienti schopní podstoupit alogenní transplantaci

Obvykle pacienti mladší 60 let, bez významných komorbidit, kteří mají vhodného dárce, tj. HLA-identického sourozence či HLA-kompatibilního dárce štěpu z registru dárců kostní dřeně.

VII.2.1.1 Re-indukce

- obvykle **vysokodávkovaná terapie** založená na **platinových** derivátech nebo bendamustinu, téměř vždy v kombinaci s **rituximabem** (imunoterapie anti CD20 protilátkou není indikována pouze v případech prokázané CD20-negativity lymfomu z rebiopsie). V léčbě časného relapsu do 24 měsíců od ukončení předchozí terapie lze použít **ibrutinib**.²⁴⁰

Režimy:

- Ibrutinib
- R-DHAP, R-DHAOX
- R-ESHAP
- R-ICE
- R-BAC (bendamustin²⁴⁰ 70 mg/m² D1-D2, cytarabin 900 mg/m² D1-D3)

VII.2.1.2 Konsolidace

Pouze v případě chemosenzitivního onemocnění (tj. v případě dosažení kompletní či alespoň parciální remise)

- myeloablativní či RIC terapie následovaná **alogenní transplantací** kostní dřeně (graft-versus-lymphoma efekt)

²⁴⁰ nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

VII.2.2 Pacienti nevhodní k intenzifikované chemoterapii

Důvodem je vysoký věk či limitující komorbidity

- za standardní léčbu u pacientů s prvním selháním léčby (1. relaps, 1. progresse na primoterapii) je nutné považovat terapii inhibitory Brutonovy tyrozin-kinázy **ibrutinibem**. Aktuálně je ibrutinib hrazen u všech pacientů, kteří absolvují alespoň jednu linii terapie a **zrelabují do 2 let od ukončení poslední podané terapie** a zároveň již jsou po alogenní transplantaci nebo nejsou kandidáty vysokodávkované léčby a alogenní transplantace kostní dřeně (u nemocných s pozdním relapsem MCL > 24M od ukončení poslední léčby tedy hrazen není). Léčba je vázána na CIHP. Terapie ibrutinibem probíhá do progresse či intolerance léčby.^{241,242,243,244,245}
- U všech relapsů však obecně platí, že by maximum pacientů mělo být zařazováno do klinických studií.
- V případě nemožnosti zařadit pacienta do klinické studie či podávat ibrutinib (např. z důvodů závažné kardiální komorbidity či nutnosti plné antikoagulace) lze zvážit inhibitory BTK nové generace s výrazně menšími nežádoucími (*off-target*) účinky (acalabrutinib²⁴⁶, zanubrutinib) – ty jsou však vázány na schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.
- Kromě inhibitorů BTK²⁴⁷ je k dispozici několik dalších velice účinných linií léčby – viz seznam.

Režimy:

- **Ibrutinib**²⁴⁸
- R-bendamustin²⁴⁸, R-bendamustin-cytarabin (R-BAC)²⁴⁹
- **Akalabrutinib**²⁴⁸, zanubrutinib²⁴⁸ (monoterapie do progresse onemocnění)
- **Lenalidomid**^{248,250} nebo R-lenalidomid^{248,251}
- **Venetoklax**^{248,252}
- R-fludarabin-cyklofosfamid (R-FC), event. v kombinaci s mitoxantronem (**R-FCM**)
- R-bortezomib²⁴⁸, R-bendamustin²⁴⁸-bortezomib²⁴⁸ (RBB)
- R-bortezomib²⁴⁸-dexamethason

241 Rule S, Dreyling M, Goy A, et al. Ibrutinib for the treatment of relapsed/refractory mantle cell lymphoma: extended 3.5-year follow up from a pooled analysis. *Haematologica*. 2019;104(5):e211-e214

242 Dreyling M, Jurczak W, Jerkeman M, et al. Ibrutinib versus temsirolimus in patients with relapsed or refractory mantle-cell lymphoma: an international, randomised, open-label, phase 3 study. *Lancet (London, England)*. 2016;387(10020):770-778

243 Wang ML, Rule S, Martin P, et al. Targeting BTK with ibrutinib in relapsed or refractory mantle-cell lymphoma. *The New England journal of medicine*. 2013;369(6):507-516

244 Cheah CY, Chihara D, Romaguera JE, et al. Patients with mantle cell lymphoma failing ibrutinib are unlikely to respond to salvage chemotherapy and have poor outcomes. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*. 2015;26(6):1175-1179

245 Jain P, Kanagal-Shamanna R, Zhang S, et al. Long-term outcomes and mutation profiling of patients with mantle cell lymphoma (MCL) who discontinued ibrutinib. *British journal of haematology*. 2018;183(4):578-587

246 Wang M, Rule S, Zinzani PL, et al. Acalabrutinib in relapsed or refractory mantle cell lymphoma (ACE-LY-004): a single-arm, multicentre, phase 2 trial. *Lancet (London, England)*. 2017

247 Owen C, Berinstein NL, Christofides A, Sehn LH. Review of Bruton tyrosine kinase inhibitors for the treatment of relapsed or refractory mantle cell lymphoma. *Current oncology (Toronto, Ont)*. 2019;26(2):e233-e240

248 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

249 McCulloch R, Visco C, Eyre TA, et al. Efficacy of R-BAC in relapsed, refractory mantle cell lymphoma post BTK inhibitor therapy. *British journal of haematology*. 2020;33

250 Trneny M, Lamy T, Walewski J, et al. Lenalidomide versus investigator's choice in relapsed or refractory mantle cell lymphoma (MCL-002; SPRINT): a phase 2, randomised, multicentre trial. *The Lancet Oncology*. 2016;17(3):319-331

251 Wang M, Fayad L, Wagner-Bartak N, et al. Lenalidomide in combination with rituximab for patients with relapsed or refractory mantle-cell lymphoma: a phase 1/2 clinical trial. *The Lancet Oncology*. 2012;13(7):716-723

252 Davids MS, Roberts AW, Seymour JF, et al. Phase I First-in-Human Study of Venetoclax in Patients With Relapsed or Refractory Non-Hodgkin Lymphoma. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2017;35(8):826-833

VII.2.3 Pacienti neschopní žádné chemoterapie

Důvodem je vysoký věk či závažné komorbidity

- **Ibrutinib**
- kortikoidy (např. dexamethazon)
- lokální paliativní radioterapie

VII.3 Léčba pacientů s postižením CNS

- Postižení CNS bývá častější u pacientů v období relapsu. S ohledem k této poměrně vzácné komplikaci nejsou ustanovena jednoznačná léčebná doporučení. Zvolený typ terapie by se měl odvíjet od aktuální kondice, věku a komorbidity nemocného. V podstatě se neliší od jiných lymfomů se sekundární infiltrací CNS.²⁵³
- Základem je kombinovaná indukční imunochemoterapie s **rituximabem** a cytostatiky s průnikem do CNS jako jsou **metothrexát** ($\geq 3 \text{ g/m}^2$ anebo $\geq 2 \text{ g/m}^2$ u starších 60 let) a **vysokodávkovaný cytarabin** ($\geq 3 \text{ g/m}^2$). Dle kondice pacienta by měla následovat **konsolidační ASCT** s přípravným režimem TEAM.
- Při léčbě relapsu pak **alogenní transplantace** kmenových buněk. Dle literárních dat existují příznivé zprávy o efektivitě **ibrutinibu**. U starších komorbidních pacientů je vhodnou léčebnou metodou **celomozková radioterapie** (WBRT), v paliativním přístupu pak kortikoidy.

253 Cheah C.Y., George A., Giné E., Chiappella A., Kluijn-Nelemans H.C., Jurczak W., Krawczyk K., Mocikova H., Klener P., Salek D., Walewski J., Szymczyk M., Smolej L., Auer R.L., Ritchie D.S., Arcaini L., Williams M.E., Dreyling M., Seymour J.F. Central nervous system involvement in mantle cell lymphoma: clinical features, prognostic factors and outcomes from the European Mantle Cell Lymphoma Network. *Annals of Oncology*. 2013 Aug;24(8):2119-23

VIII. Vysoce agresivní lymfomy

VIII.1 Prekurzorové lymfoidní neoplázie

Lymfoblastická leukémie/lymfom z B-buněk

- B-lymfoblastická leukémie/lymfom (B-ALL/LBL), blíže nespecifikované
- B-lymfoblastická leukémie/lymfom s rekurentními genetickými abnormalitami:
 - B-lymfoblastická leukémie/lymfom s t(9;22); *BCR-ABL 1*
 - B-lymfoblastická leukémie/lymfom s t(v;11q23); s přestavbou *KMT2A (MLL)*
 - B-lymfoblastická leukémie/lymfom s t(12;21); *ETV6-RUNX1 (TEL-AML 1)*
 - B-lymfoblastická leukémie/lymfom s hyperdiploidií
 - B-lymfoblastická leukémie/lymfom s hypodiploidií
 - B-lymfoblastická leukémie/lymfom s t(5;14); *IL3-IGH*
 - B-lymfoblastická leukémie/lymfom s t(1;19); *TCF3-PBX (E2A-PBX1)*
 - provizorní jednotka: B-ALL/lymfom *BCR-ABL 1*-like
 - provizorní jednotka: B-ALL/lymfom s *iAMP21*

Lymfoblastická leukémie/lymfom z T-buněk

- T-lymfoblastická leukémie/lymfom (T-ALL/LBL)
 - provizorní jednotka: časná T-prekurzorová ALL

Provizorní jednotka: Lymfoblastická leukémie/lymfom z NK buněk

Charakteristika skupiny

- Vrchol **incidence** ve věku 1–5 let: 7,7/100000, v dospělosti: 1,2/100000.
- ALL/LBL v **dospělosti** mají rizikovější cytogenetický a molekulárně genetický profil, horší odpověď na léčbu a jsou častěji indikovány k alogenní transplantaci krvetvorných kmenových buněk
- Jako **leukémie** se označují prekurzorové lymfoidní neoplázie s infiltrací kostní dřeně **lymfoblasty větším než 20 %**.
- Místa možného **extramedulárního postižení** zahrnují CNS, mediastinum, játra, slezinu, lymfatické uzliny a varlata.
- Jako **lymfom** se většinou (cca 80 %) prezentuje T-ALL/LBL, obvyklé je u něj bulky postižení mediastina.
- Diagnostika spočívá primárně na **imunofenotypizačním vyšetření** kostní dřeně/ lymfatické uzliny.
- Součástí **vstupního stagingového vyšetření** ALL/LBL je aspirace kostní dřeně, vyšetření mozkomíšního moku, u T-ALL/LBL i CT trupu.

Principy léčby

- Léčba probíhá podle **protokolů pro akutní lymfoblastické leukémie na CIHP**. U mladších pacientů je preferována léčba v režimech inspirovaných pediatrickými protokoly (např. ALL CELL 2012 Junior, GMALL 07/2003)²⁵⁴.
- V případě lymfoblastového lymfomu lze použít např. R-HyperCVAD-HD/MTX nebo Magrathův protokol (**R-CODOX-M/R-IVAC**).²⁵⁵

254 Ram R, Wolach O, Vidal L, Gafter-Gvili A, Shpilberg O, Raanani P. Adolescents and young adults with acute lymphoblastic leukemia have a better outcome when treated with pediatric-inspired regimens: Systematic review and meta-analysis. *Am J Hematol*. 2012 May;87(5):472-8

255 Barnes JA, Lacasce AS, Feng Y, et al. Evaluation of the addition of rituximab to CODOX-M/IVAC for Burkitt's lymphoma: a retrospective analysis. *Ann Oncol* 2011;22:1859-1864

- U pacientů léčených s kurativním záměrem je standardem sledování **minimální reziduální nemocí (MRN)** pomocí specifických přestaveb v genech pro imunoglobuliny nebo T-buněčné receptory (Ig/TCR), kvantifikace transkriptu *BCR-ABL1* a/nebo metodami multiparametrové průtokové cytometrie.²⁵⁶
- Alternativou pediatrických protokolů, zejména při nedostupnosti akreditované metodiky pro sledování MRN, jsou méně intenzivní polychemoterapeutické režimy, např. Hyper-CVAD.
- **Starší pacienti** schopní intenzivní léčby zpravidla profitují z léčby v klinických studiích s novými léky. Při jejich nedostupnosti jsou voleny chemoterapeutické režimy s redukovanými dávkami cytostatik (např. EWALL Elderly, mini-hyper-CVAD), případně kombinační léčba TKI plus kortikosteroidy u *BCR-ABL1*–pozitivní ALL²⁵⁷.

VIII.1.1 Léčba první linie

- Terapie je zahájena **kortikoidní prefází** (prednison, **dexamethason**). Prefáze redukuje nádorovou masu před zahájením intenzivní chemoterapie a skýtá čas pro upřesnění diagnózy (přítomnost fúzního genu *BCR-ABL1*).
- Cílem **indukční terapie** je dosažení kompletní remise. Standardem je podání 2 indukčních polychemoterapeutických cyklů zahrnujících glukokortikoidy, antracyklin, vinkristin, cytosin arabinosid, event. methotrexat a asparaginázu.
- Standardní součástí indukční a konsolidační léčby pacientů s ALL a expresí CD20 je **rituximab**.^{258,259,260} Jeho přidání vedlo k rychlejšímu dosažení molekulární remise a delšímu přežití bez relapsu.^{261,262,263,264}
- U pacientů s *BCR-ABL1*–pozitivní ALL je indikována léčba TKI²⁶⁵. V první linii je podáván **imatinib** v dávce 400-800 mg/den^{266,267}, při jeho selhání nebo refrakternosti pak TKI 2. generace (dasatinib, nilotinib)²⁶⁸.

256 Bassan R, Spinelli O, Oldani E, Intermesoli T, Tosi M, Peruta B, et al. Different molecular levels of post-induction minimal residual disease may predict hematopoietic stem cell transplantation outcome in adult Philadelphia-negative acute lymphoblastic leukemia. *Blood Cancer J.* 2014 Jul 11;4:e225

257 Vignetti M, Fazi P, Cimino G, Martinelli G, Di Raimondo F, Ferrara F, et al. Imatinib plus steroids induces complete remissions and prolonged survival in elderly Philadelphia chromosome-positive patients with acute lymphoblastic leukemia without additional chemotherapy: results of the Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto (GIMEMA) LAL0201-B protocol. *Blood.* 2007 May 1;109(9):3676-8

258 Maury S, Chevret S et al. Rituximab in B-lineage adult acute lymphoblastic Leukemia. *New England Journal of Medicine* 375.11: 1044-1053. Massachusetts Medical Society. (Sep 15, 2016)

259 Thomas X. Updates in adult acute lymphoblastic leukemia-Current status of antigen targeted treatments and immunotherapy. *European Oncology and Haematology* 13.2: 92-99. Touch Briefings. (2017)

260 Wendling P. ASH: Rituximab add-on therapy ,new standard' in BCP-ALL. *Oncology Report* 12.1: 16-17. Elsevier Oncology. (Jan 2016)

261 Nam J et al. Economic evaluation of rituximab in addition to standard of care chemotherapy for adult patients with acute lymphoblastic leukemia. *Journal of Medical Economics* : 1-13. Taylor and Francis Ltd. (Sep 15, 2017)

262 Ribrag V et al. Rituximab and dose-dense chemotherapy for adults with Burkitt's lymphoma: a randomised, controlled, open-label, phase 3 trial. *The Lancet* 387.10036: 2402-2411. Lancet Publishing Group. (Jun 11, 2016)

263 Salles G et al. Rituximab in B-Cell Hematologic Malignancies: a Review of 20 Years of Clinical Experience. *Advances in Therapy* 34.10: 2232-2273. Springer Healthcare. (Oct 1, 2017)

264 Zhu, Katie Y.; Song et al. Population-based survival outcomes in adult patients with burkitt lymphoma (BL) treated with cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, high-dose methotrexate (CODOXM)/ ifosfamide, etoposide and high-dose cytarabine (IVAC) plus or minus rituximab (R) in British Columbia (BC), Canada. *Blood* 128.22 American Society of Hematology. (Dec 2, 2016)

265 Giebel S, Czyz A, Ottmann O, Baron F, Brissot E, et al. Use of tyrosine kinase inhibitors to prevent relapse after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for patients with Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia: a position statement of the Acute Leukemia Working Party of the European Society for Blood and Marrow Transplantation. *Cancer.* 2016 Oct;122(19):2941-51

266 Fielding AK, Rowe JM, Buck G, Foroni L, Gerrard G, Litzow MR, et al. UKALLXII/ECOG2993: addition of imatinib to a standard treatment regimen enhances long-term outcomes in Philadelphia positive acute lymphoblastic leukemia. *Blood.* 2014 Feb 6;123(6):843-50

267 Ribera JM, Oriol A, Gonzalez M, Vidrales B, Brunet S, Esteve J, et al. Concurrent intensive chemotherapy and imatinib before and after stem cell transplantation in newly diagnosed Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia. Final results of the CSTIBES02 trial. *Haematologica.* 2010 Jan;95(1):87-95

268 Benjamini O, Dumlaio TL, Kantarjian H, O'Brien S, Garcia-Manero G, Faderl S, et al. Phase II trial of hyper CVAD and dasatinib in patients with relapsed Philadelphia chromosome positive acute lymphoblastic leukemia or blast phase chronic myeloid leukemia. *Am J Hematol.* 2014 Mar;89(3):282-7

- Integrální součástí protokolů je léčba a/nebo **profylaxe leukemického postižení CNS**. Sestává z opakovaných aplikací methotrexatu, cytosinu arabinosidu a **dexamethasonu** intrathékálně. **Radioterapie CNS** je vždy indikována u pacientů se vstupní leukemickou infiltrací CNS, v některých protokolech je indikována také profylakticky. Radioterapie je aplikována frakcionovaně do cílové dávky 12–24 Gy.
- U pacientů se vstupním bulky postižením mediastina je v případě reziduálního tumoru po skončení indukční léčby indikována **radioterapie mediastina** dávkou 24–36 Gy.
- Principem **konsolidační léčby** je intenzivní sled 6–8 chemoterapeutických bloků. Uplatňuje se methotrexat, cytosin arabinosid, asparagináza, cyklofosfamid, etoposid, glukokortikoidy, merkaptopurin. V jejím průběhu pokračuje profylaktická aplikace cytostatik do CNS.
- Skupina s **vysokým rizikem** je definována vstupními parametry (leukocytózou, imunofenotypem, cytogenetickými a molekulárně genetickými abnormalitami) a perzistencí MRN^{269,270}. Za rizikovou je považována ALL/LBL s t(9;22) a/nebo fúzním genem *BCR-ABL1*, s t(4;11) a/nebo fúzním genem *KMT2A-AFF1 (MLL-AF4)* a s přetrvávající pozitivitou MRN po 3–4 měsících léčby (3 cyklech intenzivní chemoterapie).
- Součástí konsolidační léčby ALL/LBL s vysokým rizikem je **alogenní transplantace krevtvo-
ných kmenových buněk** (alo-HSCT).
- **Autologní transplantace** je považována za alternativu konsolidační chemoterapie nebo alo-HSCT u pacientů s negativitou MRN při nenalezení vhodného dárce.
- Na konsolidační terapii pacientů standardního rizika navazuje **udržovací léčba** v délce 1–2 roky. Sestává z pravidelného podávání methotrexatu a merkaptopurinu. Možné jsou pravidelné intenzifikace vinkristinem, prednisonem, asparaginázou nebo antracykliny. U pacientů s LBL bez dřevného postižení může být vynechána.

VIII.1.2 Léčba relapsu a refrakterního onemocnění

- **Relabující ALL/LBL** jsou považovány za **chemorezistentní onemocnění**, cílem léčby je dosažení druhé (a další) kompletní remise následované **alo-HSCT**.
- Za **refrakterní onemocnění** je označena ALL/LBL, kdy se podáním 2 cyklů intenzivní chemoterapie nepodařilo dosáhnout hematologické remise.
- **Molekulární relaps** vysoce prediktivní pro relaps hematologický. Medián doby od molekulárního do hematologického relapsu činí 4 měsíce. Molekulární relaps, který je ověřen z nezávislého odběru, potvrzen a kvantifikován v referenční laboratoři, je indikací k léčbě stejně jako relaps hematologický.
- **Standardní chemoterapeutické režimy** pro léčbu relapsu ALL/LBL jsou:
 - **Hyper-CVAD** (liché cykly: 6× cyklofosfamid 300 mg/m², 2× vincristin 2 mg, 1× doxorubicin 50 mg/m², 8 dní **dexamethason** 40 mg; sudé cykly: 1× methotrexat 1 mg/m², 4× cytosin arabinosid 3 mg/m²);
 - **FLAG ± antracyklin** (idarubicin 10 mg/m² dny 1+3+5, fludarabin 30 mg/m² dny 1–5, cytosin arabinosid 2 g/m² dny 1–5), u pacientů > 60 let je doporučena redukce dávek idarubicinu na 5 mg/m² a cytosinu arabinosidu na 1 g/m²), alternativa: FLAM s mitoxantronem 10 mg/m² amsacrinem nebo FLAMSA s amsacrinem 100 mg/m²;
 - **režimy na bázi HiDAC** (cytosin arabinosid v dávce 1 g/m² a vyšší) v kombinaci s dalšími chemoterapeutiky (mitoxantronem, etoposidem, asparaginázou, antracyklinem, kortikosteroidy);

269 Berry DA, Zhou S, Higley H et al. Association of Minimal Residual Disease With Clinical Outcome in Pediatric and Adult Acute Lymphoblastic Leukemia: a Meta-analysis. *JAMA Oncol* 2017 Jul 13;3(7):e170580

270 Šálek C, Folber F, Froňková E, Procházka B, Marinov I, Cetkovský P, et al. Early MRD response as a prognostic factor in adult patients with acute lymphoblastic leukemia. *Eur J Haematol*. 2015 May 21

- režimy na bázi HD-MTX (methotrexat 500-3000 mg/m²) v kombinaci s dalšími chemoterapeutiky (etoposidem, asparaginázou, vincristinem, kortikosteroidy);
- monoterapie **clofarabinem** v dávce >20 mg/m²/den po dobu 5 dnů.²⁷¹
- V léčbě relabující a refrakterní *BCR-ABL1*-negativní B-ALL je preferována cílená léčba²⁷² před standardní chemoterapií, která má prokázanou vyšší účinnost než standardní chemoterapie:^{273,274}
 - při expresi znaku CD19: **blinatumomab** (kontinuální infuze 9 µg/den prvních 7 dní 1. cyklu, dále 28 µg/den); hrazen při refrakternitě na minimálně 2 cykly chemoterapie nebo v 1. relapsu do 12 měsíců od dosažení remise nebo v 2. a dalším relapsu do 2 let od ukončení konsolidační léčby nebo od provedení HSCT, maximálně hrazeno 5 cyklů.^{275,276,277,278,279}
 - při expresi znaku CD22: **inotuzumab ozogamicin** (1,8 mg/m² v 1. cyklu, 1,5 mg/m² v dalších cyklech); hrazen u pacientů předlčených 1–2 liniemi chemoterapie, u kterých je plánována následná HSCT, nutno vyloučit t(4;11), maximálně hrazeno 6 cyklů.²⁸⁰
- U pediatrických pacientů a mladých dospělých do 25 let včetně s refrakterní B-ALL nebo v relapsu po transplantaci nebo ve 2. a pozdějším relapsu je metodou volby léčba autologními T-lymfocyty s chimerickým anti-CD19 receptorem, tzv. anti-CD19 **CAR-T (Kymriah)**.²⁸¹
- V léčbě relapsu *BCR-ABL1*-pozitivní ALL se uplatňují **TKI 2. a vyšší generace** v monoterapii nebo v kombinaci s chemoterapií. Volba konkrétního TKI je uskutečněna na základě znalosti výsledku vyšetření mutací v kinázové doméně *BCR-ABL1* a vyšetření mozkomíšního moku (při postižení CNS je preferován **dasatinib**²⁸² v dávce 140 mg/den).
- U pacientů s T-ALL/LBL: monoterapie **nelarabinem**²⁸³ 1500 mg/m² dny 1+3+5²⁸⁴.
- V indikaci perzistující **MRN positivity** nebo MRN relapsu je u pacientů s *BCR-ABL1*-negativní B-ALL v první kompletní remisi indikována léčba **blinatumomabem**. Podmínkou úhrady je předchozí podání nejméně 3 bloků intenzivní chemoterapie a hladina MRN ≥ 0,1 %. Hrazeny jsou maximálně 4 cykly.

- 271 Huguet F, Leguay T, Raffoux E, Rousselot P, Vey N, Pigneux A, et al. Clofarabine for the treatment of adult acute lymphoid leukemia: the Group for Research on Adult Acute Lymphoblastic Leukemia intergroup. *Leuk Lymphoma*. 2015 Apr;56(4):847-57
- 272 Valecha G et al. Emerging role of immunotherapy in precursor B-cell acute lymphoblastic leukemia. *Expert Review of Hematology* 10.9: 783-799. Taylor and Francis Ltd. (Sep 2, 2017)
- 273 Gökbuget N, Kneba M, Raff T, Trautmann H, Bartram CR, Arnold R, et al. Adult patients with acute lymphoblastic leukemia and molecular failure display a poor prognosis and are candidates for stem cell transplantation and targeted therapies. *Blood*. 2012 Aug 30;120(9):1868-76
- 274 Huguet F et al. Emerging biological therapies to treat acute lymphoblastic leukemia *Expert Opinion on Emerging Drugs* 22.1: 107-121. Taylor and Francis Ltd. (Jan 2, 2017)
- 275 Gökbuget N, Dombret H, Bonifacio M, Reichle A, Graux C, et al. Blinatumomab for minimal residual disease in adults with B-precursor acute lymphoblastic leukemia. *Blood*. 2018 Jan 22
- 276 Kantarjian H, Stein A, Gökbuget N, Fielding AK, Schuh AC, et al. Blinatumomab versus Chemotherapy for Advanced Acute Lymphoblastic Leukemia. *N Engl J Med*. 2017 Mar 2;376(9):836-847
- 277 Martinelli G, Boissel N, Chevallier P, et al. Complete hematologic and molecular response in adult patients with relapsed/refractory Philadelphia chromosome-positive B-precursor acute lymphoblastic leukemia following treatment with blinatumomab: results from a phase II, single-arm, multicenter study. *J Clin Oncol* 2017; 35(16): 1795-1802
- 278 Topp MS, Gökbuget N, Stein AS, Zugmaier G, O'Brien S, Bargou RC, et al. Safety and activity of blinatumomab for adult patients with relapsed or refractory B-precursor acute lymphoblastic leukaemia: a multicentre, single-arm, phase 2 study. *Lancet Oncol*. 2015 Jan;16(1):57-66
- 279 Topp MS, Gökbuget N, Zugmaier G, Klappers P, Stelljes M, Neumann S, et al. Phase II trial of the anti-CD19 bispecific T cell-engager blinatumomab shows hematologic and molecular remissions in patients with relapsed or refractory B-precursor acute lymphoblastic leukemia. *J Clin Oncol*. 2014 Dec 20;32(36):4134-40
- 280 Kantarjian HM, DeAngelo DJ, Stelljes M, Martinelli G, Liedtke M, et al. Inotuzumab Ozogamicin versus Standard Therapy for Acute Lymphoblastic Leukemia. *N Engl J Med*. 2016 Aug 25;375(8):740-53
- 281 Maude SL, Laetsch TW, Buechner J, et al. Tisagenlecleucel in children and young adults with B-cell lymphoblastic leukemia. *N Engl J Med* 2018; 378(5): 439-448
- 282 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.
- 283 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.
- 284 Gökbuget N, Basara N, Baurmann H, Beck J, Bruggemann M, Diedrich H, et al. High single-drug activity of nelarabine in relapsed T-lymphoblastic leukemia/lymphoma offers curative option with subsequent stem cell transplantation. *Blood*. 2011 Sep 29;118(13):3504-11

VIII.2 Burkittův lymfom (BL)

Stanovení rizika: viz kapitola

Charakteristika skupiny

- Jedná se o **rychle proliferující agresivní** zralé B lymfoproliferativní onemocnění s charakteristickou translokací onkogenu *c-MYC*, silnou expresí znaku CD20 a průkazem povrchového imunoglobulinu.
- Obvykle přítomna **velká masa** tumoru (bulky disease) s nebo bez leukemizace.
- Časté je **extranodální postižení**, zejména GIT, CNS, lymfatické uzliny, mléčné žlázy.
- **Klinické varianty:**
 - endemická forma asociovaná s EBV
 - sporadická forma
 - s imunodeficitem asociovaný BL
- Vyžaduje **rychlé zahájení intenzivní léčby**.
- Základními principy léčby BL jsou:
 - prefáze kortikoidy;
 - prevence a léčba syndromu nádorového rozpadu
 - krátké bloky **vysokodávkované chemoterapie** podávané **v těsné časové souslednosti**
 - kombinace alkylačních látek s antimetabolity (methotrexat, cytosin arabinosid)
 - zařazení dalších chemoterapeutik, zejména etoposidu
 - kombinace chemoterapeutických cyklů s cílenou léčbou **rituximabem**^{285,286}
 - **profylaxe a/nebo léčba CNS postižení**.
- **Radioterapie** má v léčbě první linie minoritní význam. Je indikována jako součást záchranné léčby při perzistujícím CNS postižení. Doporučená dávka je 24 Gy ve 12–13 frakcích. Radioterapie je cílena i na případný reziduální tumor v jiné lokalitě.

285 Hoelzer D, Walewski J, Dohner H, Viardot A, Hiddemann W, Spiekermann K, et al. Improved outcome of adult Burkitt lymphoma/leukemia with rituximab and chemotherapy: report of a large prospective multicenter trial. *Blood*. 2014 Dec 18;124(26):3870-9

286 Jabbour E et al. Chemoimmunotherapy as a new standard of care for Burkitt leukaemia/lymphoma. *The Lancet* 387:10036: 2360-2361. Lancet Publishing Group. (Jun 11, 2016)

VIII.2.1 Léčba první linie²⁸⁷

- 4 cykly alternující R-CODOX-M a R-IVAC
- U nemocných s nízkým rizikem: 3× R-CODOX-M
- R-HyperCVAD/HD-MTX (MD Anderson protokol)
- GMALL B-ALL/NHL 2002 protokol: 6 krátkých 5denních cyklů alternujících MTX 1500 mg/m², ifosfamid 800 mg/m², nízké dávky ARA-C, DEX a VCR s frakcionovaným cyklofosfamidem, MTX, DEX, VCR a doxorubicinem, v poslední verzi protokolu byla terapie posílena o teniposid, RIT 375 mg/m² je podáván před každým cyklem + 2 udržovací dávky (celkem 8 dávek), léčba cílená do CNS ve formě triple profylaxe, u pacientů se vstupní infiltrací CNS kombinovaná s radioterapií 24 Gy.

Alternativní protokoly pro starší a/nebo komorbidní nemocné:

- 6× DA EPOCH R + i.t. profylaxe MTX.

VIII.2.2 Léčba relapsu

Záchranný platinový režim (ESHAP, DHAP, ICE) + rituximab²⁸⁸ s následným zvážením provedení autologní, eventuálně alogenní transplantace u pacientů mladších 65 let.²⁸⁹

287 Oosten LEM, Chamuleau MED, Treatment of sporadic Burkitt lymphoma in adults, a retrospective comparison of four treatment regimens. *Ann Hematol.* 2018 Feb;97(2):255-266.

288 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

289 Short NJ, Kantarjian HM Outcomes of adults with relapsed or refractory Burkitt and high-grade B-cell leukemia/lymphoma. *Am J Hematol.* 2017 Jun;92(6):E114-E117.

IX. Lymfomy u imunokompromitovaných nemocných

IX.1 B-NHL spojené s AIDS

Charakteristika skupiny:

- řadí se k vysoce agresivním lymfomům
- nutné vyšetření absolutního počtu CD4+ lymfocytů
- vyšetření virové nálože HIV
- vyšetření HBsAg, HBcAg, HbeAg, HBV DNA
- indikovaná antiretrovirová léčba (HAART)²⁹⁰
- vždy aplikovat G-CSF
- pacienti na HAART s trvale nízkým počtem CD4+ lymfocytů <100 mají špatnou prognózu a vyšší riziko infekce spojené s přidáním rituximabu

Burkittův lymfom spojený s AIDS – léčba

- modifikovaný CODOX-M/IVAC ± rituximab^{291,292}
- CHOP + HD metotrexát (nepodávat dávky MTX >3g/m²) ± rituximab²⁹¹
- DA-EPOCH-R
- modifikovaný zkrácený DA-EPOCH-R²⁹¹ pro HIV pozitivní pacienty²⁹³

DLBCL spojený s AIDS

- R²⁹¹-CHOP + intrathékální profylaxe
- DA-EPOCH-R²⁸⁹

Plasmoblastový lymfom spojený s AIDS

- CODOX-M/IVAC
- DA-EPOCH-R²⁹¹

Primární CNS lymfom spojený s AIDS

- Léčba na bázi HD metotrexátu ±radioterapie
- antiretrovirová léčba

290 Ratner L et al. Chemotherapy for human immunodeficiency virus-associated non-Hodgkin's lymphoma in combination with highly active antiretroviral therapy. *J Clin Oncol.* 2001;19: 2171-2178

291 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

292 Wang ES et al. Intensive chemotherapy with cyclophosphamide, doxorubicin, high-dose methotrexate/ifosfamide, eteoposide, and high-dose cytarabine (CODOX-M/IVAC) for human immunodeficiency virus-associated Burkitt lymphoma. *Cancer* 2003;98:1196-1205

293 Dunleavy et al. Low-Intensity Therapy in Adults with Burkitt's Lymphoma *N Engl J Med.* 2013 November 14; 369(20): 1915–1925

IX.2 Posttransplantační lymfoproliferativní stavy (PTLD)

Charakteristika skupiny²⁹⁴:

- Heterogenní skupina lymfoidních lézí sahající od polyklonálních lymfoproliferací až po agresivní lymfomy
- Výskyt: zejména po hematopoetických a orgánových transplantacích
- Riziko pro vznik: virové infekce, imunosuprese, typ štěpu
- Častěji B-původu
- Cca 2/3 jsou spojeny s infekcí EBV
- Rozdělení dle WHO: časná léze, polymorfní a monomorfní PTLD

Léčba PTLD

- Redukce imunosupresivní léčby
- V případě CD20 positivity je standardní terapií [rituximab](#), eventuálně v kombinaci s chemoterapií dle příslušného subtypu lymfomu²⁹⁵

294 Al-Mansour Z1, Nelson BP, Evens AM et al.: Post-transplant lymphoproliferative disease (PTLD): risk factors, diagnosis, and current treatment strategies. *Curr Hematol Malig Rep.* 2013 Sep;8(3):173-83. doi: 10.1007/s11899-013-0162-5

295 Trappe R1, Oertel S, Leblond V, Sequential treatment with rituximab followed by CHOP chemotherapy in adult B-cell post-transplant lymphoproliferative disorder (PTLD): the prospective international multicentre phase 2 PTLD-1 trial. *Lancet Oncol.* 2012 Feb;13(2):196-206.

X. Primární extranodální lymfomy

Poznámky k úvodnímu vyšetření a stagingu^{296,297}

- Primární EN lymfomy zahrnují **různé histologické** podtypy lymfomů.
- V oblasti hlavy a krku, resp. při postižení měkkých tkání a páteře je v některých případech vhodné místo PET-CT²⁹⁸ **použít MRI**.
- V případě primárních lokalizací s rizikem okultního postižení resp. relapsu v CNS nutno provést **diagnostickou lumbální punkci** (např. při postižení oka, varlete).
- U lymfomů v oblasti Waldeyerova okruhu bývá častější postižení i dalších částí zažívacího traktu a je možné do stagingu zahrnout **gastrokopii**.
- Non-gastrické MALT lymfomy vznikají často na podkladě autoimunitního procesu příslušného orgánu, případně jsou asociovány s chronickou infekcí.

Poznámky k léčbě

- Základem léčebné strategie je ta, která odpovídá stejnému histologickému typu a klinickému stadiu u lymfomu primárně nodálního.
- **Chirurgický zákrok** má význam převážně diagnostický, u některých typů však může vést k dobré lokální kontrole (např. lymfomy varlat, kožní B lymfomy). U většiny případů **nejsou radikální chirurgické výkony** (např. amputace při primárně extranodální lymfomu kosti nebo ablaci prsu při lymfomovém postižení apod.) **indikovány** kromě zcela výjimečných případů. Obecně vždy, kde lze použít jinou léčebnou modalitu – (imuno)chemoterapie, radioterapie – jsou tyto výkony kontraindikovány.
- nemocní s t(11;18)+ lymfomem mají menší citlivost k alkylačním cytostatikům
- Základem léčby u indolentních B-lymfomů ve **stadiu IE** je snaha o co nejlepší lokální kontrolu, tedy **radioterapie** v dostatečné dávce, prováděná na pracovišti zkušeném v definování IF.
- V léčbě lokalizovaných lymfomů **agresivního histologického typu** (nejčastěji DLBCL a MCL) je **základem léčby kombinace chemoterapie** (s rituximabem při CD20 pozitivitě) **± radioterapie**.
- V případě primárních lokalizací s rizikem okultního postižení zahájit **profylaxi CNS postižení**, při pozitivním nálezů v likvoru nutno aplikovat režim se **systémovou a lokální léčbou CNS**.

296 Matysiak-Budnik T, Fabiani B, Hennequin C, Thieblemont C, et al. Gastrointestinal lymphomas: French Intergroup clinical practice recommendations for diagnosis, treatment and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, SFH). *Dig Liver Dis.* 2018 Feb;50(2):124-131

297 Zucca E, Arcaini L, Buske C, et al. Marginal zone lymphomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2020 Jan;31(1):17-2

298 Treglia G, Zucca E, Sadeghi R, et al. Detection rate of fluorine-18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography in patients with marginal zone lymphoma of MALT type: a meta-analysis. *Hematol Oncol.* 2015 Sep;33(3):113-24

X.1 Primární GIT lymfomy

Charakteristika skupiny

- **Indolentní lymfomy (50 %):** lymfom marginální zóny MALT typu (varianta imunoproliferativní choroba tenkého střeva, IPSID), folikulární lymfom (raritně).
- **Agresivní lymfomy (50 %):** difúzní B-velkobuněčný lymfom (DLBCL) s low-grade komponentou MALT lymfomu, DLBCL bez low-grade komponenty, mantle cell lymfom (MCL), periferní T-lymfomy (PTCL).
- Nejčastěji postiženým místem je **žaludek** (MALT, DLBCL), PTCL častěji postihují **střevo** (lymfomatoidní polypóza), případně může být postižena současně horní i dolní část GIT.
- Chirurgický výkon je vyhrazen pro případy s obstrukcí GIT nebo s nezvladatelným krvácením.
- Zlatým diagnostickým standardem je **gastro-duodenoskopie/kolonoskopie s biopsií** doplněná o endosonografii (EUS), eventuálně dvojbaloňová endoskopie či kapslová enteroskopie k posouzení tenkého střeva; přínos EUS pro sledování po léčbě je limitovaný, povinné je vyšetření na přítomnost **Helicobacter pylori (HP)**, případně **Campylobacter jejuni**.
- V případě dg. MALT lymfomu je vhodné doplnění ORL vyšetření.
- V případě agresivních lymfomů s vysokým rizikem postižení CNS (vysoké proliferační aktivitě, invazivitě a vysoké hladině LDH) doporučujeme **diagnostickou lumbální punkci**, případně CNS profylaxi.
- PET/CT vyšetření je doporučeno u dg. DLBCL, MCL, PTCL a agresivních forem MALT
- Stádium lymfomu klasifikováno pomocí **Blackledge klasifikace**, při použití EUS je vhodné popsat hloubku invaze:
 - stadium I₁ – postižení sliznice a submukózy
 - stadium I₂ – pronikání submukózou

X.1.1 Indolentní lymfomy GIT (MALT):

X.1.1.1 MALT lymfom, časně stádium (I, II₁)

- **Eradikace HP:** amoxicilin 2× 1g + klaritromycin 2× 500 mg + omeprazol 2× 20 mg (10–14 dnů) bez ohledu na výsledek vyšetření na HP. Eradikační ATB léčba je účinnější u nižšího stádia a u nemocných bez t(11;18). Efektivita terapie by měla být ověřena ureázovým testem nebo průkazem antigenu ve stolici nejméně 6 týdnů po ukončení léčby.
- V případě MALT lymfomu tenkého střeva zvážit eradikaci *Campylobacter jejuni*: tetracyklin (6 měsíců), případně metronidazol + ampicilin.
- **Endoskopie s biopsií za 6 měsíců po skončení eradikační léčby**, sledování po 6 měsících po 2 roky, poté 1× ročně.
- V případě perzistence choroby/parciální remise je metodou volby **radioterapie 24–30 Gy** s ozářením perigastrických uzlin.
- Lze zvážit postup watch & wait (minimální zbytková choroba), monochemoterapii (cyklofosfamid, chlorambucil) nebo léčbu polychemoterapií COP, případně jiné kombinované režimy (R-chlorambucil²⁹⁹), v případě použití chemoterapie je při léčbě CD20+ lymfomu indikována i imunoterapie rituximabem.

299 Zucca E, Conconi A, Martinelli G, et al. Final Results of the IELSG-19 Randomized Trial of Mucosa-Associated Lymphoid Tissue Lymphoma: Improved Event-Free and Progression-Free Survival With Rituximab Plus Chlorambucil Versus Either Chlorambucil or Rituximab Monotherapy. *J Clin Oncol.* 2017 Jun 10;35(17):1905-1912

X.1.1.2 HP negativní MALT lymfom a pokročilá stádia HP pozitivního MALT lymfomu (II₂-IV)

- Léčba stádia IIE-IV je založena na **imunochemoterapii** (např. R-COP, R-CHOP, R-bendamustin, R-chlorambucil).
- V případě bioptické negativy HP doporučujeme **verifikovat negativitu** vyšetřením antigenu ve stolici, případně serologií anti-HP protilátek. Zvážit vyloučení infekce jiným druhem *Helicobacter* (*H. heilmannii*, *H. felis*).
- Metodou volby u stadia I, II₁ je **radioterapie** s ozářením perigastrických uzlin, v případě II₂ RT EF s ozářením i paraaortálních a parakaválních uzlin.
- V případě rezistentních forem nemoci je možné zvážit podání **ibrutinibu**^{300,301,302} či **lenalidomidu**.^{303,304}

X.1.2 Agresivní lymfomy GIT (DLBCL, MCL, PTCL)

- Terapie je **stratifikována dle prognostických indexů u příslušných systémových lymfomů** a řídí se dle postupů používaných u **nodálních protějšků** agresivních lymfomů.
- U nemocných s DLBCL s low-grade komponentou MALT lymfomu a HP pozitivitou doporučena navíc **ATB eradikace HP**.
- Při prokázaném limitovaném stádiu (I, II₁) lze zvážit **4 cykly CHOP** (s rituximabem³⁰⁵ v případě CD20 pozitivity) s následnou **RT IF**.
- Stadia II₂-IV léčíme příslušnými protokoly pro daný typ nodálního lymfomu (většinou R-CHOP-like).
- Léčebnou odpověď u pokročilých stádií (II₂-IV) se doporučuje hodnotit pomocí PET/CT.
- Kontrolní endoskopie je doporučována po léčbě.
- Endoskopie s biopsií v rámci sledování individuálně.

300 Noy A, de Vos S, Thieblemont C, et al. Targeting Bruton tyrosine kinase with ibrutinib in relapsed/refractory marginal zone lymphoma. *Blood*. 2017 Apr 20;129(16):2224-2232

301 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

302 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

303 Zinzani PL, Broccoli A. Possible novel agents in marginal zone lymphoma. *Best Pract Res Clin Haematol*. 2017 Mar – Jun;30(1-2):149-157. doi: 10.1016/j.beha.2016.07.003. Epub 2016 Nov 4. Review

304 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

305 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

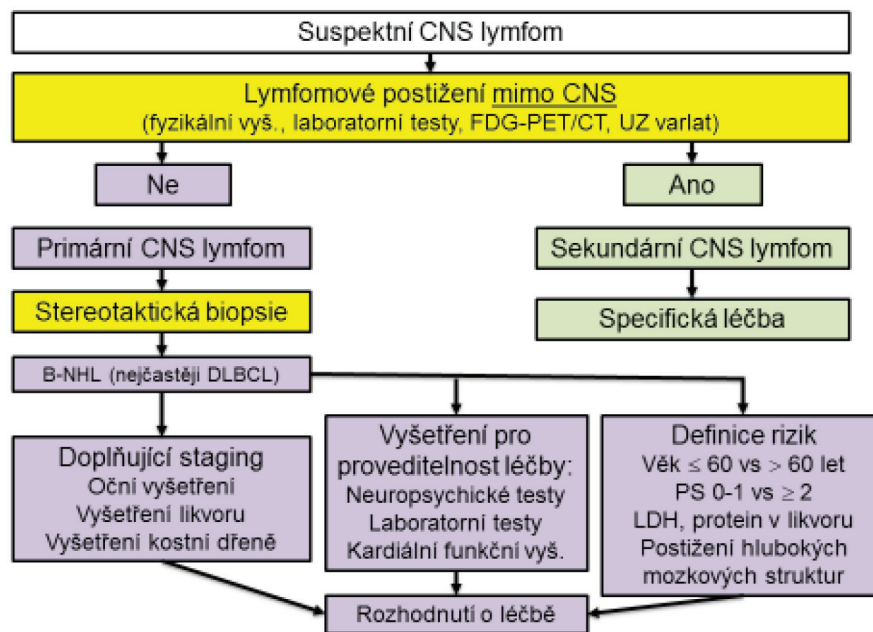
X.2 Primární lymfomy CNS

Primární lymfomy centrální nervové soustavy (PCNSL) – ve WHO klasifikaci je zařazena samostatná jednotka **primární difúzní velkobuněčný lymfom CNS**.

Charakteristika skupiny

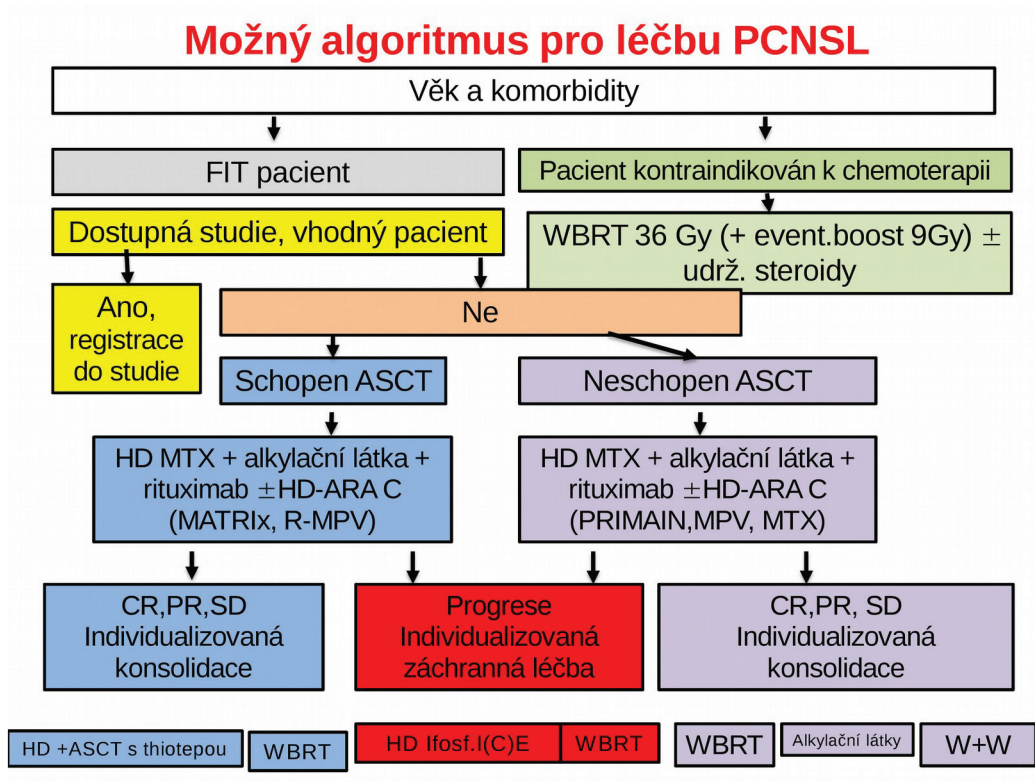
- Lymfom vznikající **primárně v mozku a míše** včetně leptomening nebo **v oku** Postižení oka = postižení **sklivce, sítnice, očního nervu**.
- Mezi PCNSL **nepatří** lymfomy postihující **dura mater, očníci, oční adnexa**.
- Zůstávají limitované na CNS, bez systémového šíření.
- Přibližně 5 % všech intrakraniálních tumorů a 1–2 % všech NHL.
- Histologie: nejčastěji se jedná o **difúzní B-velkobuněčný lymfom, častěji non GC**.
- Prognóza: medián OS 2–6 let v závislosti na vstupním riziku
- Onemocnění je přes celkově nepříznivou prognózu u části nemocných, obzvláště mladších 60 let, **potenciálně kurabilní**.
- Neurochirurgický zákrok by měl být omezen **jen na odběr biopsie**. Metodou volby pro histologickou verifikaci je stereotaktická biopsie. Resekce ložiskového postižení není přínosem.

Algoritmus pro diagnostiku a staging PCNSL



- Součástí standardního stagingu je **vyloučení systémového postižení**. Používá CT hrudníku, břicha a pánve také CT (alternativně PET/CT případně lze použít ultrasonografii).
- Ke **zjištění rozsahu CNS** postižení je indikována MR mozku (MR páteře a páteřního kanálu při postižení mozkomíšního moku), kompletní oftalmologické vyšetření včetně vyšetření šterbinovou lampou, vyšetření likvoru (cytologicky, průtokovou cytometrií, event.vyšetření klonality lehkých řetězců a rearanžování genů), neurologické vyšetření k objektivizaci vstupního stavu a alespoň bazální vyšetření kognitivních funkcí (Minimal Mental State, MMS – viz [kapitola prognostické indexy](#)).

- K doplňujícím vyšetřením patří vyšetření kostní dřeně (histologické případně cytologické ev. CT/PET) a UZ varlat.



vysvětlivky: WBRT – ozáření CNS; ASCT – vysokodávkovaná terapie;

Obecné poznámky k terapii:

- Moderní léčba PCNSL zahrnuje **indukci** režimem s obsahem vysokých dávek MTX^{306,307} v kombinaci s rituximabem^{308,309,310,311} a **konsolidaci** – dle věku a komorbidit pomocí ASCT³¹², případně WBRT³¹³.
- U pacientů ve věku **65-70** let je indukce a konsolidace **individualizovaná** v závislosti na komorbiditách, PS a prognostických faktorech.
- Pacienti ve věku **nad 80 let** ve špatném neurologickém stavu s kontraindikací k chemoterapii: **samotná RT**, eventuálně kortikoidy.
- U pacientů vhodných k plným dávkám moderní léčby (např. **MATRIX**³¹⁴) není nutné podávat intratekální/intraventriculární léčbu.
- Pacienti s **meningeálním postižením**, kteří jsou nevhodní k i.v. MTX ≥ 3 g/m² nebo kteří nedosáhli dostatečnou odpověď po i.v. MTX, jsou indikováni k **intratekální (preferenčně intraventriculární)** chemoterapii.
- **Intravitreální chemoterapii** je vhodné zvážit v přítomnosti nebo v relapsu očního postižení u pacientů, kteří jsou nevhodní k intravenózní chemoterapii.
- **HDT + ASCT** je vhodná varianta pro pacienty < 65 nebo u vybraných pacientů < 75 let bez závažných komorbidit a s dobrou tolerancí k indukční chemoterapii.
- **Konsolidační WBRT** je preferována u pacientů < 60 let, kteří odpovídají na léčbu, mají závažnou komorbiditu a u těch, kteří špatně tolerovali indukční léčbu. WBRT je standardní konsolidací u pacientů, u kterých nebylo možno nasbírat kmenové buňky krvetvorby.³¹⁵
- Při podávání **metotrexátu** je nutné respektovat **redukci dávky** u starších nemocných (>60 let) na podkladě clearance kreatininu. Redukce dávkování dle kreatininové clearance platí i pro mladší nemocné s postižením renálních funkcí.
- **Rituximab** je indikován u CD20 pozitivních DLBCL.
- Radioterapie zvyšuje toxicitu léčby zejména u pacientů > 60 let a může se vynechat u těchto pacientů v první linii léčby. Pokud je radioterapie aplikována, nutno počítat s relativně častými pozdními účinky radioterapie na mozkové funkce.
- **Postavení RT v léčbě PCNSL:**
 - součást konsolidace po dosažení CR (u starších pacientů > 60 let zvážit i vynechání RT-CAVE neurotoxicita)
 - při PR, SD či PD po systémové primoléčbě

306 Ferreri AJ, et al. High-dose cytarabine plus high-dose methotrexate versus high-dose methotrexate alone in patients with primary CNS lymphoma: a randomised phase 2 trial. *Lancet*. 2009; 374: 1512-1520

307 Ferreri AJ, et al. (IELSG): High-dose cytarabine plus high-dose methotrexate versus high-dose methotrexate alone in patients with primary CNS lymphoma: a randomised phase 2 trial. *The Lancet* 2009; 374: 1512-1520

308 Shah GD, Yahalom J, Correa DD et al. Combined Immunochemotherapy with reduced whole brain radiotherapy for newly diagnosed primary CNS lymphoma. *J Clin Oncol* 25: 4730-4735, 2007

309 Omuro A, et al.; R-MPV followed by high-dose chemotherapy with TBC and autologous stem-cell transplant for newly diagnosed primary CNS lymphoma. *Blood*. 2015 Feb 26;125(9):1403-10.

310 Mocikova H, Pytlik R, Sykorova A et al. Role of rituximab in treatment of patients with primary central nervous system lymphoma: a retrospective analysis of the Czech lymphoma study group registry. *Leuk Lymphoma*. 2016 Dec;57(12):2777-2783

311 Fritsch K, et al.: High-dose methotrexate-based immunochemotherapy for elderly primary CNS lymphoma patients (PRIMSIN study). *Leukemia*. 2017 Apr;31(4):846-852.

312 Schorb E, et al. High-dose thiotepa-based chemotherapy with autologous stem cell support in elderly patients with primary central nervous system lymphoma: a European retrospective study. *Bone Marrow Transplant*. 2017 Aug;52(8)

313 Korfel A, et al.: Randomized phase III study of whole-brain radiotherapy for primary CNS lymphoma. *Neurology*. 2015 Mar 24;84(12):1242-8

314 A.J.Ferreri, K.Cwynarski et al.: Chemoimmunotherapy with methotrexate, cytarabine, thiotepa, and rituximab (MATRIX regimen) in patients with primary CNS lymphoma: results of the first randomisation of the International Extranodal Lymphoma Study Group-32 (IELSG32) phase 2 trial. *Lancet Haematol*. 2016; 3(5): e217-e227

315 Ferreri AJM, et al. International Extranodal Lymphoma Study Group (IELSG). Whole-brain radiotherapy or autologous stem-cell transplantation as consolidation strategies after high-dose methotrexate-based chemoimmunotherapy in patients with primary CNS lymphoma: results of the second randomisation of the International Extranodal Lymphoma Study Group-32 phase 2 trial. *Lancet Haematol*. 2017 Nov

- samostatná RT při KI systémové léčby
- léčba relapsů po CHT bez předcházející RT
- zvážit vynechání RT po dosažení remise po intenzivní indukci s ASCT (**MATRIX**)
- **RT v případě CR po CHT:23-30 Gy** (standardní frakcionace).
- **RT v případě PR, SD, PD: 36 Gy/3,5** týdne na oblast celého mozku + boost na nádorové ložisko 9 Gy/1 týden do CLD 45 Gy.
- **Objem RT:** celý mozek (vč. lamina cribiformis, zadní oční segment, dolní hranice C3/C4), při očním postižení do objemu i obě oči, RT kraniospinální osy se v kurativní primoterapii neindikuje, role v paliativní indikaci dle individuálního zvážení (risk/benefit).
- U pacientů s **primárním CNS lymfomem a asymptomatickým očním postižením** je základem léčby vysokodávkovaný metotrexát.
- **Kortikosteroidy u primárních CNS lymfomů** – pokud je pacient asymptomatický, steroidy nejsou nevyhnutelně nutné. Podání steroidů je indikované, pokud má pacient zvýšený intrakraniální tlak a je riziko vzniku edému mozku. Všeobecně je vhodné použít nejnižší dávku steroidů na krátkou dobu s postupným vysazováním. Pacienti s rozsáhlou nádorovou masou by měli dostat steroidy nejméně 24 hod. před radioterapií.
- Je vhodné sledovat **kognitivní funkce** a objektivizovat jejich hodnocení (viz kapitola).

Terapie relapsu

- Lze zvážit opakování terapie s vysokým MTX s rituximabem, případně zvážit ASCT.^{316,317}
- Lze zvážit podání inovativních léků³¹⁸: **ibrutinib**³¹⁹, rituximab±temozolomid³²⁰, **nivolumab**.³²¹
- Při intoleranci chemoterapie je pak indikována WBRT.³²²

316 Kasenda B., et al.: High-dose chemotherapy with autologous haematopoietic stem cell support for relapsed or refractory primary CNS lymphoma: a prospective multicentre trial by the German Cooperative PCNSL study group. *Leukemia*. 2017 Dec;31(12):2623-2629.

317 Enting RH. et al. Salvage therapy for primary CNS lymphoma with a combination of rituximab and temozolomide. *Neurology*. 2004;63:901-903

318 k podání těchto léčiv je potřeba schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb

319 Low J, Peters K Ibrutinib in primary central nervous system diffuse large B-cell lymphoma. *CNS Oncol*. 2020 Mar 6:CNS51

320 Enting RH. et al. Salvage therapy for primary CNS lymphoma with a combination of rituximab and temozolomide. *Neurology*. 2004;63:901-903

321 Chan TSY, Khong PL, Au-Yeung R et al. Low-dose nivolumab induced durable complete response in relapsed primary central nervous system diffuse large B cell lymphoma. *Ann Hematol*. 2019 Sep;98(9):2227-2230

322 Nguyen PL et al. Results of whole-brain radiation as salvage of methotrexate failure for immunocompetent patients with primary CNS lymphoma. *J.Clin Oncol*. 2005;23:1507-1513

X.3 Primární lymfomy oka

- Standardní diagnostika se opírá o vitrektomii s cytogickým, flow-cytometrickým, event. molekulárně-genetickým vyšetřením (MYD-88 atd.).³²³
- Léčba je **analogická** terapii primárních CNS lymfomů, se zvážením radioterapie.³²⁴
- U starších, komorbidních pacientů je možné zvážit samostatnou intraokulární chemoterapii metotrexátem.

X.4 Primární testikulární lymfomy

Charakteristika skupiny a principy léčby³²⁵

- Terapie pro všechna stádia i histologické typy (> 90 % tvoří DLBCL) je shodná s léčbou nodálních lymfomů³²⁶, nicméně prognóza je ve srovnání s nodálními typy méně uspokojivá.
- Doporučeno je vyšetření **likvoru** (vč. průtokové cytometrie) a **UZ kontralaterálního varlete**.
- **Vždy nutná CNS profylaxe**.
- Indikována je **RT kontralaterálního varlete** k prevenci relapsu.
- V rezistentních případech je možno zvážit aplikaci **nivolumabu**.^{327,328}

X.5 Primární lymfomy orbity a očních adnex

U ohraničených lymfomů marginální zóny spojivky vždy vyšetřit přítomnost **chlamydiové infekce**, eventuálně pak ATB léčba k eradikaci lymfomu³²⁹.

X.5.1 Terapie indolentního lymfomu (MZL)

Principy léčby

- stadium I: monoterapie **rituximabem**^{330,331}, **event.v kombinaci s chemoterapií**
- **u pacientů nevhodných k systémové léčbě: radioterapie IF**³³²
- stadium II-IV: léčba **odpovídá léčbě nodálních indolentních lymfomů**, léčba rituximabem je hrazena jen při podání ve vybraných centrech (**CIHP, KOC**)

X.5.2 Terapie agresivního lymfomu

Principy léčby: postupuje se stejně dle léčby ostatních forem nodálních lymfomů

323 Witmer MT. Primary Vitreoretinal Lymphoma: Management of Isolated Ocular Disease. *Cancer Control* 2016; 23 (2): 110-116

324 Fend F, Ferreri AJ, Coupland SE. How we diagnose and treat vitreoretinal lymphoma. *Br J Haematol.* 2016 Jun;173(5):680-92. doi: 10.1111/bjh.14025. Epub 2016 May 2. Review

325 Motyčková M, Vosáhllová V, Belada D, et al. Primární testikulární lymfomy Vnitř Lék 2017; 63(6): 415-422

326 Vitolo U, Seymour JF, Martelli M, et al. Extranodal diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) and primary mediastinal B-cell lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016 Sep;27(suppl 5):v91-v102

327 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

328 Nayak L, Iwamoto FM, LaCasce A, et al. PD-1 blockade with nivolumab in relapsed/refractory primary central nervous system and testicular lymphoma. *Blood.* 2017 Jun 8;129(23):3071-3073

329 Ferreri AJ, Govi S, Pasini E, Mappa S, Bertoni F, Zaja F, Montalbán C, Stelitano C, Cabrera ME, Giordano Resti A, Politi LS, Doglioni C, Cavalli F, Zucca E, Ponzoni M, Dolcetti R. Chlamydomphila psittaci eradication with doxycycline as first-line targeted therapy for ocular adnexae lymphoma: final results of an international phase II trial. *J Clin Oncol.* 2012 Aug 20;30(24):2988-94

330 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

331 Salepci T, Seker M, Kurnaz E, Guler DO, Bilici A, Dane F, Aliustaoglu M, Atesoglu EB, Gumus M, Yaylaci M. Conjunctival malt lymphoma successfully treated with single agent rituximab therapy. *Leuk Res.* 2009 Mar;33(3):e10-3. Epub 2008 Jul 23

332 Platt S, Al Zahrani Y, Singh N, et al. Extranodal Marginal Zone Lymphoma of Ocular Adnexa: Outcomes following Radiation Therapy. *Ocul Oncol Pathol.* 2017 Sep;3(3):181-187

X.6 Primární lymfomy štítné žlázy

Charakteristika skupiny

- 1/3 tvoří lymfomy marginální zóny, 1/3 DLBCL a v 1/3 případů je přítomna složka indolentního (MZL) i agresivního (DLBCL) lymfomu.
- Častý vznik v terénu **chronické autoimunní thyreoiditidy**.
- 90 % případů tvoří stadia IE a IIE, prognóza je příznivá.
- Stanovení diagnózy se musí opírat o kvalitní histologický vzorek, ne pouze o biopsii tenkou jehlou (FNAB).

X.6.1 Terapie indolentního lymfomu (MZL)

Principy léčby

- léčba **odpovídá léčbě nodálních** indolentních lymfomů; základem je podání rituximabu³³³ a chemoterapie (**R-COP**, **R-CHOP**)
- event. radioterapie IF

X.6.2 Terapie agresivního lymfomu (DLBCL), včetně případů indolentní varianty s okrsky difúzního růstu

Principy léčby

- **4–6× R-CHOP** (s redukcí dávek u starších pacientů > 80 let) ± RT v případě PET pozitivního izolovaného rezidua

³³³ nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

X.7 Primární kožní lymfomy

Obecné poznámky

- Primární kožní lymfomy (PCL) postihují **v čase stanovení diagnózy výhradně kůži**, v této době **není prokazatelné mimokožní postižení**.
- Roční incidence v ČR je 7,2 na 1 milion obyvatel.
- Častěji jsou postižení muži (1,5–2:1).
- V roce 2017 žilo v ČR kolem 800 nemocných s PCL.
- Roční mortalita v ČR je přibližně 2 případy na 1 milion obyvatel.
- Současná **WHO klasifikace 2017**, revivované 4. vydání, vychází z konsenzuální klasifikace WHO/EORTC 2005 (aktualizovaná ve 4. vydání WHO klasifikace kožních nádorů v roce 2018) rozděluje primární kožní lymfomy na dvě samostatné skupiny:
 - **primární kožní T-buněčné lymfomy (CTCL)**, zastoupení 75–80 %
 - **primární kožní B-buněčné lymfomy (CBCL)**, zastoupení 20–25 %
- Mycosis fungoides je nejčastějším podtypem PCL s relativním zastoupením 45–55 %, tomu odpovídá přibližně 60 % CTCL. Druhou nejčastější skupinou CTCL jsou primární kožní CD30 pozitivní lymfoproliferativní choroby (PCALCL a LyP).
- Nutná **mezioborová spolupráce** dermatologa, hematologa, radiačního onkologa a dermatohematologa.

Primární kožní T-buněčné lymfomy podle WHO klasifikace 2016:

- **Mycosis fungoides (MF)** a její varianty
- **Sézaryho syndrom (SS)**
- **CD30-pozitivní lymfoproliferativní onemocnění (CD30+ LPD)**: primární kožní anaplastický velkobuněčný lymfom (PCALCL), lymfomatoidní papuloza (LyP; typ A-E, LyP s 6p25)
- **vzácné podtypy CTCL**: primární kožní periferní T-buněčný lymfom – nespecifikovaný, podkožní T-buněčný lymfom podobný panikulitidě, primární kožní γ/δ T-buněčný lymfom, primární kožní lymfoproliferativní nemoci NK buněk (*hydroa vacciniiforme-like lymfoproliferativní nemoc**, mimouzlinový NK/T-buněčný lymfom – nasální typ), *primární kožní lymfoproliferativní onemocnění z CD4-pozitivních malých a středně velkých T-buněk**, *primární kožní akrální CD8-pozitivní T-buněčný lymfom**, *primární kožní agresivní epidermotropní cytotoxický T-buněčný lymfom**, *anaplastický velkobuněčný lymfom spojený s prsními implantáty**

ALCL asociovaný s prsním implantátem (BIA-ALCL= breast implantate associated ALCL)

- Samostatná jednotka dle WHO klasifikace
- Serom, infiltrát v okolí implantátu (CD30+, ALK-) většinou lokalizovaný
- Léčbou volby je totální chirurgické odstranění včetně implantátu
- V individuálních případech je indikována systémová chemoterapie, event.s brentuximab vedotinem

Systémové T-buněčné lymfomy s častým kožním postižením:

- T-buněčná leukemie/lymfom dospělých
- angioimunoblastický T-buněčný lymfom

Obecné poznámky

- roční incidence v ČR 4–5 případů na 1 milion obyvatel
- staging CTCL se provádí odlišně pro MF/SS a ostatní CTCL: podle ISCL/EORTC klasifikace pro MF/SS (viz. III.4.4) a podle navrhované ISCL/EORTC klasifikace pro primární kožní lymfomy jiné než MF/SS (viz. III.4.5).
- stagingová vyšetření jsou společná pro celou skupinu CTCL (viz. III.3.3), CT vyšetření je indikované u všech s výjimkou časných stádií MF (IA-IIA), PET je indikovaný u agresivních podtypů CTCL (pokročilá stadia MF/SS, příp. vzácné podtypy).
- CTCL nejsou v současné době vyléčitelné,
- cíle léčby:
 - kvalita života (zmírnění příznaků, psycho-sociální podpora)
 - prodloužení života s nemocí (zmenšení nádorového objemu, oddálení progresu)
- většina pacientů s MF a CD30+ LPD má velmi dobrou prognózu, naopak SS a agresivní vzácné podtypy CTCL mají prognózu špatnou

X.7.1 Mycosis fungoides

Charakteristika skupiny a obecné poznámky

- MF a její varianty představují 45–55 % všech primárních kožních lymfomů.
- Roční incidencí 2–3 případy na 1 milion obyvatel v ČR.
- Klasifikace WHO 2016 rozeznává kromě klasické MF („Alibert-Bazin“ typ) **varianty a podtypy MF**:
 - folikulotropní MF
 - pagetoidní retikulocytózu
 - granulomatózní syndrom volné kůže
- Staging MF se provádí podle platné TNMB klasifikace a ISCL/EORTC stážovacího systému (viz kapitola III.4.4).
- Model léčby: indukce léčebné odpovědi (CR, PR, SD) – udržovací léčba – při progresi indukce léčebné odpovědi – udržovací léčba.
- Specifická péče o kůži je velmi důležitá, vč. stafylokokové dekolonizace kůže.
- **Prognóza**: závisí na stádiu onemocnění a prognostických faktorech.



X.7.1.1 Mycosis fungoides – léčba

- Léčba se řídí stádiem dle TNMB klasifikace ISCL/EORTC 2007 a rizikovými faktory.
- Vzhledem k vzácnosti výskytu by léčba měla být konzultována a vedena pracovištěm se zkušenostmi s léčbou (vybraná dermatologická centra, CIHP).
- Systémová protinádorová léčba včetně biologické léčby je poskytována v CIHP.
-

| Klinické stádium | 1. linie léčby | 2. linie léčby |
|--|--|---|
| Časná stádia IA, IB, IIA tj. T1 2N1,2XM0B0-1 | Sledování Léčba cílená na kůži: <ul style="list-style-type: none"> • topické kortikosteroidy • UVB / PUVA³³⁴ • Lokální radioterapie • Topická chemoterapie (karmustin)³³⁵ • Imiquimodum^{336,337} | Systémová léčba modifikátory imunitní odpovědi: <ul style="list-style-type: none"> • Interferon-α³³⁸ • Retinoidy (bexaroten³³⁹, acitretin) • Celotělové /lokální povrchové ozáření elektrony Nízkodávkovaný metotrexát^{340,334} Brentuximab vedotin Mogamulizumab |
| Pokročilá stádia MF IIB, IIIA, IIIB, IVA, IVB tj. T3N0-2, XM0-1B0-2 | Systémová léčba modifikátory imunitní odpovědi: <ul style="list-style-type: none"> • Interferon-α • Celotělové/lokální povrchové ozáření elektrony • Nízkodávkovaný metotrexát Monochemoterapie <ul style="list-style-type: none"> • Gemcitabin³⁴¹ • chlorambucil ECP | Systémová imunomodulační léčba: <ul style="list-style-type: none"> • Bexaroten Monochemoterapie <ul style="list-style-type: none"> • gemcitabin, chlorambucil, liposomální doxorubicin, etoposid, cyklofosfamid, středně dávkovaný metotrexát Brentuximab vedotin^{342,336} Mogamulizumab³⁴³ Alemtuzumab Alogenní transplantace kostní dřeně Polychemoterapie (CHOP, CHOP-like) |

334 8-methoxyypsoralen je v ČR dlouhodobě nedostupný

335 je k dispozici magistraliter

336 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb

337 Huen AO, Rook AH. Toll receptor agonist therapy of skin cancer and cutaneous T-cell lymphoma. *Curr Opin Oncol.* 2014; 26(2):237-244

338 Jumbou O, N'Guyen JM, Tessier MH, et al. Long-term follow-up in 51 patients with mycosis fungoides and Sezary syndrome treated by interferon-alfa. *Br J Dermatol.* 1999 Mar; 140(3):427-431

339 Duvic M, Hymes K, Heald P, et al. Bexarotene is effective and safe for treatment of refractory advanced-stage cutaneous T-cell lymphoma: multinational phase II-III trial results. *J Clin Oncol.* 2001; 19: 2456-2471

340 Zackheim HS, Kashani-Sabet M, McMillan A. Low-dose methotrexate to treat mycosis fungoides: a retrospective study in 69 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2003 Nov; 49(5):873-878

341 Zinzani PL, Bonthapally V, Huebner D, Lutes R, Chi A, Pileri S. Panoptic clinical review of the current and future treatment of relapsed/refractory T-cell lymphomas: cutaneous T-cell lymphomas. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2016; 99:228-40

342 Prince HM, YH K, Horwitz SM, et al. Brentuximab vedotin or physician's choice in CD30-positive cutaneous T-cell lymphoma (ALCANZA): an international, open-label, randomised, phase 3, multicentre trial. *Lancet.* 2017 Aug 5; 390(10094):555-566

343 Kim YH, Bagot M, Pinter-Brown L, Rook AH, Porcu P, Horwitz SM, et al. Mogamulizumab versus vorinostat in previously treated cutaneous T-cell lymphomas (MAVORIC): an international, open-label, randomised, controlled phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2018 Sep; 19(9):1192-204

Obecné poznámky k terapii:

- **Systémová léčba modifikátory imunitní odpovědi** může být kombinovaná s léčbou cílenou na kůži nebo se systémovou léčbou (nizkodávkovaným metotrexátem).
- **Bexaroten** je dle SPC indikovaný pro 2. linii léčby po předchozí jedné systémové léčbě; v ČR je v současné době preskripce vázaná na dermatologická centra (viz kapitola XXIII.4).
- **Extrakorporální fotoferéza (ECP)** je indikovaná u erythrodermických forem MF, samotná nebo v kombinaci s léčbou cílenou na kůži nebo se systémovou léčbou.
- **Liposomální doxorubicin** v monoterapii.^{344,345}
- **Brentuximab vedotin** je indikován v léčbě 2. linie u CD30+ primárních kožních lymfomů.³⁴²
- **Mogamulizumab** je podle SPC indikovaný v 2. linii léčby.³⁴⁴
- **Alemtuzumab** je indikovaný hlavně u krevního postižení (B2: atypické Sézaryho buňky $\geq 1000/\mu\text{l}$).³⁴⁶
- **Povrchové ozáření elektrony (celotělové, lokální):** konvenční dávka elektronovým svazkem o energii 6–9 MeV (v závislosti na hloubce kožního postižení) je 30–36 Gy aplikovaná během 8–10 týdnů v režimu cyklů s ozářením v tzv. nástavách. Na „poddávkované“ oblasti (perineum, plantární povrchy, vnitřní stehna, inframamární oblasti, +/- skalp) se podává boost; nizkodávkované režimy (10–12 Gy) mají lepší toxický profil, kratší délku léčby, možnost opakovaných aplikací u progredujících/relabujících MF.³⁴⁷
- **Polychemoterapie** (CHOP, CHOP-like) je indikovaná pouze s paliativním cílem péče.
- **Autologní transplantace** není u MF indikovaná.
- U mladších nemocných (do 60 let) po selhání dvou liniích systémové terapie zvážit indikaci **alogení transplantace krvetvorných buněk** s přípravným režimem s redukovanou intenzitou.

344 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

345 Assaf, C., Becker, J.C., Beyer, M., Cozzio, A., Dippel, E., Klemke, C.-D., Kurschat, P., Weichenthal, M. and Stadler, R. (2013), Treatment of advanced cutaneous T-cell lymphomas with non-pegylated liposomal doxorubicin – Consensus of the lymphoma group of the Working Group Dermatologic Oncology. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 11: 338-347

346 dostupný ve specifickém léčebném programu na vybraných CIHP

347 KING, Brian J., et al. Skin Directed Radiation Therapy for Cutaneous Lymphoma: The Mayo Clinic Experience. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2019

X.7.2 Sézaryho syndrom

Obecné poznámky

- SS představuje 3 % všech primárních kožních lymfomů s roční incidencí 0,2–0,4 případy na 1 milion obyvatel v ČR.
- Charakteristické diagnostické rysy: leukemické postižení klonálními CD4+ T-buňkami (naplňující B2 kritérium), erythrodermie, lymfadenopatie, (histologie kůže často nespecifická), doplňující příznaky: pruritus, exfoliativní erythrodermie/dermatitida, alopecie, palmoplantární keratodermie, ektopion, ragády, hypotermie.
- Stanovení diagnózy patří do rukou zkušeného hematologa, dermatologa a dermato-hematologa.
- V ISCL/EORTC klasifikaci (III.4.4) odpovídá SS klinickému stádiu > IVA.
- Prognóza: 5leté přežití 39,5 %, medián přežití 2,5–4,0 roky (v závislosti na klonální heterogenitě a nádorovém objemu).
- Pacienti se SS mají být léčeni v CIHP.

Principy léčby

- léčbou volby je „imunitní odpověď šetřící“ terapie
- kombinovaná terapie: systémová imunomodulační terapie s terapií orientovanou na kůži
- vhodná ATB profylaxe *stafylokokové* infekce
- účinná terapie pruritu (antihistaminika, gabapentin, pregabalin, aprepitant)

| | 1. linie léčby | 2. linie léčby |
|----------------|---|---|
| Sézary syndrom | <p>ECP Chlorambucil + prednison Systémová imunomodulační léčba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interferon-α • Bexaroten <p>Chlorambucil + prednison³⁴⁸ Nizkodávkovaný metotrexát</p> | <p>Alemtuzumab³⁴⁹ Mogamulizumab³⁵⁰ Alogenní transplantace kostní dřeně Chemoterapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemcitabin • středně dávkovaná metotrexát • CHOP, CHOP-like polychemoterapie |

Poznámky:

- **Extrakorporální fotoferéza (ECP)**, samotná nebo v kombinaci se systémovou imunomodulační léčbou (interferon, bexaroten) je 1. linií léčby.
- Systémová léčba **modifikátory imunitní odpovědi** může být samotná nebo kombinovaná mezi sebou (interferon + bexaroten) anebo kombinovaná se systémovou cytotoxickou léčbou (nizkodávkovaným metotrexátem, chlorambucilem).
- Systémová imunomodulační léčba může být samotná (v monoterapii) nebo kombinovaná (interferon + bexaroten).
- **Bexaroten** je dle SPC indikovaný pro 2. linii léčby po předchozí jedné systémové léčbě, preskripce je v současné době v ČR vázaná na vybraná dermatologická centra viz XVIII.5.

348 Winkelmann RK, Diaz-Perez JL, Buechner SA. The treatment of Sézary syndrome. *J. Am. Acad Dermatol.* 1984;10(6):1000-1004

349 Stewart JR, Desai N, Rizvi S, et al. Alemtuzumab is an effective thirdline treatment versus single-agent gemcitabine or pralatrexate for refractory Sezary syndrome: a systematic review. *Eur J Dermatol.* 2018 Dec 1;28(6):764-774

350 Kim YH, Bagot M, Pinter-Brown L, Rook AH, Porcu P, Horwitz SM, et al. Mogamulizumab versus vorinostat in previously treated cutaneous T-cell lymphomas (MAVORIC): an international, open-label, randomised, controlled phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2018 Sep;19(9):1192-204.

- **Mogamulizumab** je podle SPC indikovaný v 2. linii léčby, nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.
- **Alemtuzumab** samostatně nebo v kombinaci s ECP³⁵¹.
- **Polychemoterapie** je indikovaná pouze s paliativním cílem péče.
- U mladších nemocných (do 60 let) po selhání dvou liniích léčby (vždy však po kombinované terapii interferon- α + bexaroten + ECP) zvážit indikaci nemyeloablativní **alogenní transplantace krvetvorných buněk** s přípravným režimem s redukovanou intenzitou.

351 dostupný ve specifickém léčebném programu na vybraných CIHP

X.7.3 Primární kožní CD30+ lymfoproliferativní onemocnění

Charakteristika skupiny a obecné poznámky

- Představují 25 % kožních T buněčných lymfomů, 10 % všech PCL.
- Zahrnují:
 - Lymfoidní papulóza (LyP, typ A-F, LyP s 6p25)
 - Primární kožní anaplastický velkobuněčný lymfom (PCALCL)
- Staging CD30+ LPD se provádí podle platné TNM klasifikace pro primární kožní lymfomy jiné než MF/SS dle ISCL/EORTC (viz III.4.4).
- Diferenciální diagnóza: sekundární kožní diseminace systémového ALCL, CD30+ velkobuněčná transformace mycosis fungoides (CD30+LCT MF).

X.7.3.1 Lymfomatoidní papulóza

Obecné poznámky

- Chronické a self-limited onemocnění (není shoda, zda se jedná o maligní onemocnění).
- Klinicky je charakterizovaná červeno-hnědými papulami a noduly menšími než 2 cm.
- Iničiální vyšetření: KO+diff., biochemické testy s LDH, ostatní stagingová vyšetření se provádí pouze při podezření na systémové postižení sekundárním lymfoproliferativním onemocněním.
- Nutné celoživotní sledování pro 10–30% riziko sekundárního lymfoproliferativního onemocnění.
- Prognóza: 5leté přežití 100 %.

Principy léčby

| | |
|--|---|
| Solitární, limitované postižení nebo asymptomatické onemocnění | Sledování Léčba cílená na kůži: <ul style="list-style-type: none"> • topické kortikoidy • fototerapie (UVB, PUVA) |
| Multifokální, difuzní postižení nebo symptomatické onemocnění | Systémová léčba: <ul style="list-style-type: none"> • LD methotrexát (5–40 mg/týden) • retinoidy (bexaroten) • brentuximab vedotin^{*352, 353} |
| *nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb. | |

Pozn: léčebné intervence neovlivňují riziko sekundárního lymfoproliferativního onemocnění

352 Duvic M, Tetzlaff MT, Gangar P, Clos AL, Sui D, Talpur R. Results of a Phase II Trial of Brentuximab Vedotin for CD30+ Cutaneous T-Cell Lymphoma and Lymphomatoid Papulosis. *J Clin Oncol.* 2015;33(32):3759-3765.

353 Lewis DJ, Talpur R, Huen AO, Tetzlaff MT, Duvic M. Brentuximab Vedotin for Patients With Refractory Lymphomatoid Papulosis: An Analysis of Phase 2 Results. *JAMA Dermatol.* 2017;153(12):1302–1306.

X.7.3.2 Primární kožní anaplastický velkobuněčný lymfom (PCALCL)

Obecné poznámky

- příznaky: velké rychle rostoucí často ulcerující tumory, ve 20 % případů je multifokální kožní postižení
- negativní prognostické faktory: manifestace multifokálním kožním postižením, časný relaps na kůži, progresse s uzlinovým postižením
- prognóza: 5leté přežití 93–95 %, PCALCL s ELD (vícečetné kožní postižení na jedné končetině) má 5leté přežití 76%

Principy léčby:

| Stádium PCALCL (TNM) | 1. linie | 2. linie / relaps |
|--|--|--|
| Solitární nebo lokalizované kožní léze T1-T2aNOMO | Léčba cílená na kůži: <ul style="list-style-type: none"> • lokální radioterapie • chirurgická excize Systémová léčba: <ul style="list-style-type: none"> • LD methotrexát (≤ 100 mg/tý) | Systémová léčba: <ul style="list-style-type: none"> • LD methotrexát retinoidy (bexaroten) • brentuximab vedotin³⁵⁴ |
| Multifokální, generalizované kožní léze T2b-T3bN0-3M0-1 | Léčba cílená na kůži: <ul style="list-style-type: none"> • lokální radioterapie Systémová léčba: <ul style="list-style-type: none"> • LD methotrexát (≤ 100 mg/tý) | Léčba cílená na kůži: <ul style="list-style-type: none"> • lokální radioterapie Systémová léčba: <ul style="list-style-type: none"> • brentuximab vedotin^{*355} • retinoidy (bexaroten) • gemcitabin • CHOP, CHOEP Alogenní transplantace |
| Systémový ALCL se sekundárním kožním postižením | Polychemoterapie (viz. kap.) | |
| *nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb. | | |

Poznámky:

- polychemoterapie u PCALCL nemá evidenci pro indikaci

354 Prince HM, Kim YH, Horwitz SM, et al. Brentuximab vedotin or physician's choice in CD30-positive cutaneous T-cell lymphoma (ALCANZA): an international, open-label, randomised, phase 3, multicentre trial. *Lancet* 2017;390:555-66.

355 Duvic M, Reddy SA, Pinter-Brown L, et al. a phase II study of SGN-30 in cutaneous anaplastic large cell lymphoma and related lymphoproliferative disorders. *Clin Cancer Res.* 2009;15(19):6217-6224.

X.7.4 Primární kožní periferní T-buněčný lymfom – nespecifikovaný a vzácné podtypy CTCL

- Představují méně než 5 % CTCL.
- Heterogenní skupina onemocnění s rozdílnými klinicko-patologickými rysy, rozdílným chováním a prognózou.
- Staging těchto onemocnění se provádí podle platné TNM klasifikace pro primární kožní lymfomy jiné než MF/SS dle ISCL/EORTC (viz III.4.4).
- Léčba se řídí biologickým chováním konkrétního podtypu CTCL.
- U agresivních podtypů (primární kožní periferní T-buněčný lymfom – neurčený primární kožní γ/δ T-buněčný lymfom, mimouzlinový NK/T-buněčný lymfom – nosní typ) je indikovaná specifická léčba, vč. alogenní transplantace kostní dřeně, v CIHP.

X.7.5 Primární kožní B-buněčné lymfomy (CBCL)

Primární kožní B-buněčné lymfomy podle WHO klasifikace 2016:

- primární kožní folikulocentrický lymfom (PCFCL)
- primární kožní lymfom z buněk marginální zóny (PCMZL; extranodální MZL-MALT)
- primární kožní difúzní velkobuněčný B lymfom – končetinový typ (PCLBCL-LT)
- *EBV-pozitivní mukokutánní vřed**

Systémové B-buněčné lymfomy s častým kožním postižením:

- lymfom z malých lymfocytů / chronická lymfocytární leukemie
- intravaskulární velkobuněčný B-buněčný lymfom.
- plazmablastický lymfom

**provizorní jednotky*

Obecné poznámky:

- roční incidence v ČR: 2–3 případy na 1 milion obyvatel
- nejčastějším podtypem CBCL je primární kožní folikulocentrický lymfom
- Staging CBCL se provádí podle ISCL/EORTC klasifikace pro primární kožní lymfomy jiné než MF/SS (viz III.4.5).
- iniciální staging je nutný k vyloučení systémového onemocnění, rozdílný pro konkrétní podtypy CBCL
- s výjimkou skupiny agresivních PCLBCL-LT mají ostatní CBCL (PCFCL a PCMZL) velmi dobrou prognózu

X.7.5.1 Primární kožní velkobuněčný B lymfom, končetinový typ (PCLBCL – LT)

Charakteristika skupiny

- Onemocnění starších nemocných (> 80 let věku), častěji u žen.
- Příznaky: solitární nebo vícečetná červená nebo namodralá tumorózní ložiska v typické lokalizaci na dolních končetinách (v 10–15 % se vyskytuje v jiných lokalizacích).
- MYC rearanže je přítomna u 30–40 % případů.
- Často a časně systémově diseminuje, vč. postižení CNS.
- Prognóza: 5leté přežití je 50–60 %; mnohočetné kožní postižení, inaktivace CDKN2A a mutace MYD88 L265P zhoršují prognózu.

Principy léčby

- shodné s léčbou systémového DLBCL, CNS profylaxe není indikovaná

| | |
|--|--|
| Solitární, lokalizované, multifokální kožní léze Generalizované onemocnění, vč. systémového onemocnění <i>u pacienta schopného absolvovat léčbu s antracykliny</i> | 8× rituximab + 6× CHOP + radioterapie |
| Solitární, lokalizované, multifokální kožní léze Generalizované onemocnění, vč. systémového onemocnění <i>u pacienta neschopného absolvovat léčbu s antracykliny</i> | paliativní chemoterapie |
| Solitární nebo lokalizované kožní léze <i>u pacienta s významnou komorbiditou</i> | radioterapie |

Poznámky:

- léčba relapsu se řídí výkonnostním stavem a komorbiditami nemocného:
 - salvage platinový nebo gemcitabinový režim s vedením k vysokodávkované chemoterapii s autologní transplantací krevetvorných buněk (příp. zvážení alogenní transplantace).
 - lenalidomid (v případě biologického podtypu ABC, resp. nonGC)³⁵⁶

356 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

X.7.5.2 Primární kožní lymfom z buněk marginální zóny (PCMZL)

Charakteristika skupiny

- Patří do skupiny extranodálních MALT-lymfomů.
- Solitární nebo častěji mnohočetná kožní ložiska s predilekční lokalizací u mladších nemocných na trupu a končetinách, u starších nemocných na hlavě a krku.
- Kožní relapsy jsou časté (50 %), systémová diseminace je vzácná.
- U 10–42 % pacientů je detekována DNA *Borrelia burgdorferi*.
- Prognóza: 5leté přežití 98–100 %.

Principy léčby

- **Borrelia-pozitivní** případy PCMZL jsou indikovány k přeléčení **1. linií ATB** před podáním jiné agresivní terapie.
- Léčba se řídí klinickým stádiem onemocnění.
 - Léčbu vyžadují symptomatická solitární anebo mnohočetná kožní ložiska (bolest, svědění, rychlý růst ložisek, systémové postižení)

| Stádium PCMZL (TNM) | 1. linie / relaps |
|---|---|
| <p>Solitární nebo lokalizované kožní léze</p> <p>T1-T2aN0M0</p> | sledování (ne u velkého končetinového tumoru) antibiotika topické kortikosteroidy lokální radioterapie chirurgická excize kortikosteroidy intralezionálně interferon alfa intralezionálně rituximab intralezionálně* |
| <p>Multifokální, generalizované kožní léze</p> <p>T2b-T3bN0-3M0-1</p> | interferon- α rituximab monoterapie systémově* chlorambucil liposomální doxorubicin ³⁵⁷ (\pm rituximab*) polychemoterapie (R*-COP) |
| <p>Systémový MZL se sekundárním kožním postižením</p> | polychemoterapie (viz. Kap V.4.1) |
| <p><i>*nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.</i></p> | |

357 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

X.7.5.3 Primární kožní difuzní velkobuněčný B lymfom, končetinový typ (PCDLBCL – LT)

Charakteristika skupiny

- Onemocnění starších nemocných (> 80 let věku), častěji u žen.
- Příznaky: solitární nebo vícečetná červená nebo namodralá tumorózní ložiska v typické lokalizaci na dolních končetinách (v 10–15 % se vyskytuje v jiných lokalizacích).
- Často a časně systémově diseminuje, vč. postižení CNS.
- Prognóza: 5leté přežití je 50–60 %.

Principy léčby

- shodné s léčbou systémového DLBCL, CNS profylaxe není indikovaná

| | |
|---|---|
| <p>Solitární, lokalizované, multifokální kožní léze Generalizované onemocnění, vč. systémového onemocnění <i>u pacienta schopného absolvovat léčbu s antracykliny</i></p> | <p>8× rituximab + 6× CHOP + radioterapie</p> |
| <p>Solitární, lokalizované, multifokální kožní léze Generalizované onemocnění, vč. systémového onemocnění <i>u pacienta neschopného absolvovat léčbu s antracykliny</i></p> | <p>paliativní chemoterapie</p> |
| <p>Solitární nebo lokalizované kožní léze <i>u pacienta s významnou komorbiditou</i></p> | <p>radioterapie</p> |

Poznámky:

- léčba relapsu se řídí výkonnostním stavem a komorbiditami nemocného:
 - salvage platinový nebo gemcitabinový režim s vedením k vysokodávkované chemoterapii s autologní transplantací krvinek (příp. zvážení alogenní transplantace).
 - **lenalidomid** (v případě biologického podtypu ABC, resp. nonGC)³⁵⁸

³⁵⁸ nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

X.7.5.4 Primární kožní B lymfom z buněk marginální zóny (PCMZL)

Charakteristika skupiny

- Solitární nebo častěji mnohočetná kožní ložiska s predilekční lokalizací u mladších nemocných na trupu a končetinách, u starších nemocných na hlavě a krku.
- Kožní relapsy jsou časté (50 %), systémová diseminace je vzácná.
- U 10–42 % pacientů je detekována DNA *Borrelia burgdorferi*.
- Prognóza: 5leté přežití 98 %.

Principy léčby

- ***Borrelia*-pozitivní** případy PCMZL jsou indikovány k přeléčení **1. linií ATB** před podáním jiné agresivní terapie.
- Léčba se řídí klinickým stádiem onemocnění.
- Léčbu vyžadují symptomatická solitární anebo mnohočetná kožní ložiska (bolest, svědění, rychlý růst ložisek, systémové postižení).

| Stádium PCMZL (TNM) | 1. linie / relaps |
|---|---|
| <p>Solitární nebo lokalizované kožní léze</p> <p>T1-T2aN0M0</p> | sledování (ne u velkého končetinového tumoru) antibiotika topické kortikosteroidy lokální radioterapie chirurgická excize kortikosteroidy intralezionálně interferon alfa intralezionálně rituximab intralezionálně* |
| <p>Multifokální, generalizované kožní léze</p> <p>T2b-T3bN0-3M0-1</p> | interferon- α rituximab monoterapie systémově* chlorambucil liposomální doxorubicin (\pm rituximab*) polychemoterapie (R*-COP) |
| <p>Systémový MZL se sekundárním kožním postižením</p> | polychemoterapie (viz. Kap V.4.1) |
| * nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb. | |

- při relapsu onemocnění zvážit opakování původní léčby nebo kombinaci léčebných modalit

X.7.5.5 Primární kožní folikulocentrický lymfom (PCFCL)

Charakteristika skupiny

- Příznaky: solitární nebo vícečetné kožní tumory nebo plaky s predilekční lokalizací ve kštici, na čele nebo na trupu, velmi vzácně na dolních končetinách.
- Vícečetná ložiska se vyskytují u menšiny pacientů, neznamenaají horší prognózu.
- Kožní relapsy jsou relativně časté (> 30–40 %), systémová diseminace je velmi vzácná.
- Prognóza: 5leté přežití > 95 % (bez ohledu na histopatologický nále, přítomnost t(14;18) anebo expresi BCL2), končetinové postižení zhoršuje prognózu.

Principy léčby

- Léčba se řídí klinickým stádiem onemocnění.
- Léčbu vyžadují symptomatická solitární anebo mnohočetná kožní ložiska (bolest, svědění, rychlý růst lézí, systémové postižení)

| Stádium PCFCL (TNM) | 1. linie |
|--|---|
| Solitární nebo lokalizované kožní léze T1-T2aNOMO | sledování (ne u velkého končetinového tumoru) topické kortikosteroidy lokální radioterapie chirurgická excize interferon alfa intralezionálně rituximab intralezionálně* |
| Multifokální, generalizované kožní léze T2b-T3bN0-3M0-1 | interferon- α rituximab monoterapie systémově* chlorambucil polychemoterapie (R*-COP, R*-CHOP, BR*) |
| Systémový FCL se sekundárním kožním postižením | polychemoterapie (viz. kap. V.2) |
| *nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb. | |

- při relapsu onemocnění zvážit opakování původní léčby nebo kombinaci léčebných modalit

XI. Hodgkinův lymfom

XI.1 Hodgkinův lymfom s predominancí lymfocytů (NLPHL)

Charakteristika skupiny^{359,360}

- Tvoří cca 3–8 % ze všech Hodgkinových lymfomů.
- Onemocnění je diagnostikováno většinou **časných stádiích**.
- Nepříznivé prognostické faktory se vyskytují poměrně zřídka, B symptomy jen cca v 10 %.
- Pacienti jsou **většinou muži (75 %)** ve věku mezi 25–45 lety (**medián věku 35 let**).
- Oproti klasickému HL zcela **odlišný imunofenotyp** (CD15, CD30 negativní, **CD20 pozitivní**).
- Klinicky **indolentní průběh** s velmi dobrou prognózou, onemocnění progreduje pomalu, s časnými relapsy, které ale vedou zřídka k úmrtí pacienta.
- Oproti klasickému HL vyšší **riziko transformace** v agresivní NHL (nejčastěji do DLBCL).^{361,362}

359 Nogová L, et al.: Lymphocyte-predominant and classical Hodgkin's lymphoma: a comprehensive analysis from the German Hodgkin Stud Group. *J Clin Oncol* 2008; 26: 434–439

360 Gerber NK, Atoria CL, Elkin EB, Yahalom J. Characteristics and outcomes of patients with nodular lymphocyte-predominant Hodgkin lymphoma versus those with classical Hodgkin lymphoma: a population-based analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2015 May 1;92(1):76-83. doi: 10.1016/j.ijrobp.2015.02.012. Epub 2015 Mar 14

361 Biasoli I, et al. Nodular, lymphocyte-predominant Hodgkin lymphoma: a long-term study and analysis of transformation to diffuse large B-cell lymphoma in a cohort of 164 patients from the Adult Lymphoma StudyGroup. *Cancer* 2010; 116: 631–639

362 Al-Mansour M, et al. Transformation to aggressive lymphoma in nodular lymphocyte-predominant Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol* 2010; 28: 793–799

XI.1.1 NLPHL – léčba 1. linie^{363,364}

| Časná stádia | |
|-------------------------|--|
| Stádium IA/IIA | 1. Samostatná radioterapie – Involved field, t.j. IFRT (30 Gy) 2. Rituximab ^{365,366,367,368} v monoterapii |
| | 3. Observace (stádium IA – pokud byla lymfatická uzlina úplně odstraněna) |
| Stádium IB/IIB | 1. Samostatná radioterapie – Involved field, t.j. IFRT (30 Gy) |
| | 2. Rituximab ³⁶⁹ + chemoterapie s následnou IFRT (u stádia IIB nebo u časného stádia, pokud byla nádorová masa ≥ 5 cm) |
| | R-CHOP ³⁷⁰ + IS RT ³⁷¹ |
| | R-ABVD + IS RT |
| | R-COP + IS RT |
| Pokročilá stadia | |
| Stádium III/IV A nebo B | Rituximab + chemoterapie (6 cyklů) |
| | R-CHOP |
| | R-ABVD |
| | R-COP |

363 Fanale M. Lymphocyte-predominant Hodgkin lymphoma: what is the optimal treatment? *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2013;2013:406-13

364 Eichenauer DA, Plutschow A, Fuchs M, et al. Long-Term Course of Patients With Stage IA Nodular Lymphocyte-Predominant Hodgkin Lymphoma: a Report From the German Hodgkin Study Group. *J Clin Oncol* 2015;33:2857-2862

365 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

366 Mocikova H, et al. Can Rituximab Improve the Outcome of Patients with Nodular Lymphocyte-Predominant Hodgkin's Lymphoma? *Acta Haematol.* 2015;134(3):187-92

367 Advani RH, et al.: Mature results of a phase II study of rituximab therapy for nodular lymphocyte-predominant Hodgkin lymphoma. *J Clin Oncol.* 2014 Mar 20;32(9):912-8

368 Eichenauer DA, Fuchs M, Plutschow A, et al. Phase 2 study of rituximab in newly diagnosed stage IA nodular lymphocyte-predominant Hodgkin lymphoma: a report from the German Hodgkin Study Group. *Blood* 2011;118:4363-4365

369 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

370 Fanale MA, et al. Encouraging activity for R-CHOP in advanced stage nodular lymphocyte-predominant Hodgkin lymphoma. *Blood.* 2017;130(4):472-477

371 Nogová L, et al.: Extended field radiotherapy, combined modalit treatment or involved field radiotherapy for patients with stage IA lymphocyte-predominant Hodgkin's lymphoma: a retrospective analysis from the German Hodgkin Study Group (GHSG). *Ann Oncol* 2005; 16: 1683–1687

XI.1.2 NLPHL – léčba relapsu/refrakterního onemocnění

Principy léčby: volba léčby závisí na rozsahu a časnosti relapsu

- **rituximab**³⁷² s následnou udržovací léčbou rituximabem³⁷³
- **rituximab**³⁷² v kombinaci s chemoterapií (**R-COP**, **R-CHOP**, **R-ABVD**) – dle režimu použitého v předchozí linii
- vysokodávkovaná chemoterapie + autologní transplantace hemopoetických kmenových buněk (při opakovaném relapsu)
- radioterapie

XI.1.3 NLPHL – transformace do DLBCL

- **R³⁷²-CHOP** (pokud **R-CHOP** nebo **R-ABVD** nebyl podán v předchozích liniích léčby)
- Pokud byl podán **R-CHOP** v předchozích liniích léčby: **R³⁷²-ICE** nebo podobný platinový režim (např. **R³⁷²-DHAP**) podávaný u relabovaného DLBCL s následnou vysokodávkovanou chemoterapií + ASCT.

372 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

373 Schulz H, et al. Rituximab in relapsed lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma: long-term results of a phase 2 trial by the German Hodgkin Lymphoma Study Group (GHSG). *Blood* 2008; 111: 109–111

XI.2 Klasický Hodgkinův lymfom

Charakteristika skupiny³⁷⁴:

XI.2.1.1 Počáteční stádia HL

Charakteristika skupiny

- stádium I, II bez rizikových faktorů

XI.2.1.2 Intermediární stádia

Charakteristika skupiny

- stádium IA, IB, IIA a stádium IIB jen s rizikovými faktory c,d (vysoká FW, postižení ≥ 3 regionů uzlin)

XI.2.1.3 Pokročilá stádia HL

Charakteristika skupiny

- stádia III, IV a stádium IIB s rizikovými faktory a, b (velkým mediastinálním tumorem – MMT a/ nebo s extranodálním postižením – E).

374 Eichenauer DA, et al.: Hodgkin's lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2014 Sep;25 Suppl 3:iii70-5

XI.2.2 Hodgkinův lymfom – léčba 1.linie

XI.2.2.1 Počáteční stádia^{375,376,377,378}

| Klinické stadium + RF | Léčba 18–59 let | Léčba ≥ 60 let |
|---|-----------------------|---|
| I-II A/B bez RF | 2× ABVD + 20Gy IS* RT | 2× ABVD + 20Gy IS* RT <i>nebo</i> 2× AVD ³⁷⁹ + 20Gy IS* RT |
| *Involved site RF – rizikové faktory | | |

- Protonová vs fotonová radioterapie – dle doporučení radioterapeuta, resp. KOC s ohledem na riziko kardiotoxicity a plicní toxicity.
- U PET2 pozit. pacientů po 2 cyklech ABVD je možné zvážit eskalaci na 2 cykly BEACOPP eskal + 30 Gy ISRT (viz EORTC studie³⁸⁰).

XI.2.2.2 Intermediární stádia

| Klinické stadium + RF | Léčba 18–59 let | Léčba ≥ 60 let |
|--|---|--|
| I-II A/B s RF: a. MMT ≥ 1/3 šířky hrudníku b. Postižení 3 a více LU skupin c. FW nad 50(A), nad 30 (B tj s B symptomy) d. Extranodální postižení Pozn.: IIB s MMT a/nebo s EN postižením léčba jako pokročilá stádia | 2× ABVD Další postup dle PET2: PET2 pos. + 2× BEACOPPesk. + 30 Gy IS* RT PET2 neg. + 2× ABVD + 30 Gy IS* RT | 2× ABVD + 2x AVD + 30 Gy IS* RT <i>nebo</i> 4× AVD** + 30 Gy IS* RT |
| *Involved site **u preexistujícího plicního onemocnění RF – rizikové faktory | | |

- Protonová vs fotonová radioterapie – dle doporučení radioterapeuta, resp. KOC s ohledem na riziko kardiotoxicity a plicní toxicity

375 Fuchs M, et al. Positron emission tomography-guided treatment in early-stage favorable Hodgkin lymphoma: final results of the international, randomized phase III HD16 trial by the German Hodgkin Study Group. *J Clin Oncol* 2019; 37: 2835-2845

376 Raemaekers JM, et al. Omitting radiotherapy in early positron emission tomography-negative stage I/II Hodgkin lymphoma is associated with an increased risk of early relapse: clinical results of the preplanned interim analysis of the randomized EORTC/LYSA/FIL H10 Trial. *J Clin Oncol* 2014; 32: 1188–1194

377 Engert A, Plütschow A, Eich HT, Lohri A, Dörken B, Borchmann P Reduced treatment intensity in patients with early-stage Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med*. 2010 Dec 2;363(23):2220-7. doi: 10.1056/NEJMoa1002926. Epub 2010 Oct 13

378 Eich HT, et al.: Intensified chemotherapy and dose-reduced involved-field radiotherapy in patients with early unfavorable Hodgkin's lymphoma: final analysis of the German Hodgkin Study Group HD11 trial. *J Clin Oncol*. 2010 Sep 20;28(27):4199-206

379 Behringer K, Goergen H, Hitz F, Zijlstra JM, Greil R, Markova J et al.: Omission of dacarbazine or bleomycin, or both, from the ABVD regimen in treatment of early-stage favourable Hodgkin's lymphoma (GHSG HD13): an open-label, randomised, non-inferiority trial. *Lancet*. 2015 Apr 11;385(9976):1418-27.

380 André MPE, et al.: Early Positron Emission Tomography Response-Adapted Treatment in Stage I and II Hodgkin Lymphoma: Final Results of the Randomized EORTC/LYSA/FIL H10 Trial. *J Clin Oncol*. 2017 Jun 1;35(16):1786-1794

XI.2.2.3 Pokročilá stádia^{381,382,383,384}

| Klinické stadium + RF | Léčba 18–59 let | Léčba ≥ 60 let |
|--|--|---|
| III-IV A/B + IIB s MMT a/nebo s EN postižením | 2× BEACOPPesc Další postup dle PET2: ^{385,386} PET2 pos (Deauville 3–5) + 4× BEACOPPesc³⁸⁷ + RT 30 Gy na PET pozit. reziduum (objem menší než IS*) PET2 neg (Deauville 1–2) 2× BEACOPPesc <hr/> Alternativou je podání 6× ABVD nebo 6× BV + AVD + RT 30 Gy na PET+ reziduum <hr/> Alternativou je: 2×ABVD Další postup dle PET2: PET2 neg. (Deauville 1–2) 4× ABVD PET2 poz. (Deauville 3–5) 4× BEACOPPesc. | 2× ABVD + 4 cykly AVD vynechání bleomycinu u PET2 neg. pac. Alternativou je podání 6× BV + AVD + RT 30 Gy na PET+ reziduum (objem menší než IS*) |
| *Involved site RF – rizikové faktory | | |

Protonová vs fotonová radioterapie – dle doporučení radioterapeuta, resp. **KOC** s ohledem na riziko kardiotoxicity a plicní toxicity

381 Borchmann P, et al. PET-guided treatment in patients with advanced-stage Hodgkin's lymphoma (HD18): final results of an open-label, international, randomised phase 3 trial by the German Hodgkin Study Group. *Lancet*. 2018 Dec 23;390(10114):2790-2802

382 Borchmann P, et al. Progression-free survival of early interim PET-positive patients with advanced stage Hodgkin's lymphoma treated with BEACOPPescalated alone or in combination with rituximab (HD18): an open-label, international, randomised phase 3 study by the German Hodgkin Study Group. *Lancet Oncol*. 2017 Apr;18(4):454-463

383 Borchmann P, et al.: Eight cycles of escalated-dose BEACOPP compared with four cycles of escalated-dose BEACOPP followed by four cycles of baseline-dose BEACOPP with or without radiotherapy in patients with advanced-stage hodgkin's lymphoma: final analysis of the HD12 trial of the German Hodgkin Study Group. *J Clin Oncol*. 2011; 29(32):4234-4242

384 Diehl V, et al.: Standard and increased-dose BEACOPP chemotherapy compared with COPP-ABVD for advanced Hodgkin's disease. *N Engl J Med*. 2003; 348(24):2386-2395

385 Johnson P, et al. Adapted Treatment Guided by Interim PET-CT Scan in Advanced Hodgkin's Lymphoma. *N Engl J Med*. 2016 Jun 23;374(25):2419-29

386 Engert A, et al.: Reduced-intensity chemotherapy and PET-guided radiotherapy in patients with advanced stage Hodgkin's lymphoma (HD15 trial): a randomised, open-label, phase 3 non-inferiority trial. *Lancet*. 2012; 379(9828):1791-1799

387 von Tresckow B, et al. Dose-Intensification in Early Unfavorable Hodgkin's Lymphoma: Final Analysis of the German Hodgkin Study Group HD14 Trial. *J Clin Oncol* 2012; 30: 907-913

Obecné poznámky k terapii u pokročilých stádií:

- U pokročilých stádií s velkou nádorovou masou před zahájením chemoterapie zvážit prefázi 40 mg dexamethazonu/den 4–7 dní.
- **Indikace RT** – 30 Gy/15 frakcí/3 týdny na oblast rezidua se dle výsledku léčebné odpovědi po skončení CHT):
- RT doporučena u pacientů s PET pozitivním reziduem.
- U pacientů s PET negativním reziduem RT není nutné podávat.
- Zahájení RT doporučeno s odstupem 4–6 týdnů po posledním cyklu chemoterapie, resp. po úpravě počtu leukocytů a trombocytů v krevním obrazu.
- U nemocných st. IV byl prokázán benefit přidání **brentuximab vedotinu** k chemoterapii AVD oproti chemoterapii ABVD³⁸⁸, k aplikaci **brentuximab vedotinu** v této indikaci je nutný souhlas revizního lékaře.

XI.2.3 Klasický Hodgkinův lymfom – léčba relapsu**Obecné poznámky:**^{389,390,391}

- nutná vždy **histologická verifikace**, pokud možná
- **ASCT jako záchranná léčba** zlepšuje přežití bez relapsu (PFS a EFS) ve srovnání s netransplantačním postupem³⁹². Z hlediska celkového přežití (OS) byl pozorován trend lepšího OS ve prospěch ASCT, ale rozdíl není statisticky významný. ASCT je standardně doporučena v 1. relapsu kromě případů lokalizovaného relapsu, kdy je možné zvážit **IFRT**, nebo u pacientů s pozdním relapsem v časném stádiu, kdy je možné zvážit chemoterapii (např. **BEACOPP** esk.).

Léčba relapsu HL³⁹³**2× DHAP (nebo 2× ICE, ESAP, GDP) – dle PET další postup:**

- **CR** (Deauville skóre 1–3) → **BEAM** + ASCT ± ISRT

Po ASCT zvážit konsolidaci **brentuximab vedotinem** – max. 16 cyklů dle přítomnosti RF

- **PR + SD (PET Deauville skóre 4)** → možno podat **chemoterapii 2. linie** (např. 2–3× BEGEV nebo GVD) + **BEAM** + ASCT ± ISRT → po ASCT zvážit **konsolidaci brentuximab vedotinem** – max.16 cyklů – dle přítomnosti RF.^{394,395,396}

388 Connors JM et al.: ECHELON-1 Study Group. Brentuximab Vedotin with Chemotherapy for Stage III or IV Hodgkin's Lymphoma. *N Engl J Med.* 2018 Jan 25;378(4):331-344

389 Mociková H a spol.: Léčba relabovaného a refrakterního Hodgkinova lymfomu- doporučení české studijní skupiny Hodgkinův lymfom. *Klin Onkol.* 2016; 29(5):342-346

390 Móciková H, et al.: Léčba a prognóza pacientů s relabovaným nebo refrakterním Hodgkinovým lymfomem nevhodných k transplantaci kmenových buněk *Klin Onkol.* 2014;27(6):424-428

391 Younes A, et al.: Brentuximab vedotin (SGN-35) for relapsed CD30-positive lymphomas. *N Engl J Med.* 2010; 363:1812-1821

392 Morschhauser F, et al.: Risk-adapted salvage treatment with single or tandem autologous stem-cell transplantation for first relapse/refractory Hodgkin's lymphoma: results of the prospective multicenter H96 trial by the GELA/SFGM study group. *J Clin Oncol.* 2008;26:5980-5987

393 Moskowitz CH, et al.: Normalization of pre-ASCT, FDG-PET imaging with second-line, non-cross-resistant, chemotherapy programs improves event-free survival in patients with Hodgkin lymphoma. *Blood.* 2012;119:1665-1670

394 Moskowitz CH, et al.; AETHERA Study Group. Brentuximab vedotin as consolidation therapy after autologous stem-cell transplantation in patients with Hodgkin's lymphoma at risk of relapse or progression (AETHERA): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2015 May 9;385(9980):1853-62

395 Moskowitz CH, et al. The Aethera trial: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study of brentuximab vedotin in the treatment of patients at risk of progression following autologous stem cell transplant for Hodgkin lymphoma. *Blood.* 2014;124:673

396 Gopal AK, et al.: Durable remissions in a pivotal phase 2 study of brentuximab vedotin in relapsed or refractory Hodgkin lymphoma. *Blood.* 2014 Dec 22. pii: blood-2014-08-595801

- **Progrese** (PET Deauville skóre 5) → **2. linie chemoterapie** (2–3× BEGEV³⁹⁷ nebo GVD).
- U pacientů s relabujícím nebo refrakterním HL je možno indikovat **brentuximab vedotin** po nejméně dvou předchozích terapiích v případech, kdy ASCT nebo kombinovaná chemoterapie nepředstavuje léčebnou možnost. Pacienti, u kterých se dosáhne stabilizace onemocnění nebo lepšího výsledku, má být podáno minimálně 8 cyklů a maximálně až 16 cyklů (přibližně 1 rok).

Rizikové faktory pro konsolidaci brentuximab vedotinem:

- Nemocní s časným relapsem < 12 měsíců nebo refrakterní vůči první linii léčby **nebo**
- Nejlepší odpověď PR nebo SD na poslední záchrannou terapii dle vyšetření CT a/nebo PET **nebo**
- Extranodální onemocnění u relapsu před ASCT **nebo**
- B symptomy u relapsu před ASCT **nebo**
- Dvě nebo více předchozích záchranných terapií

→ výsledky post-hoc analýzy registrační studie naznačují zvýšený klinický přínos pro pacienty se dvěma nebo více rizikovými faktory

XI.2.4 Léčba relapsu/progrese HL po ASCT:

Brentuximab vedotin³⁹⁸ – monoterapie max.16 cyklů nebo v kombinaci s chemoterapií, např. s **bendamustinem**³⁹⁹, nebo **nivolumab**^{400,401}

- **CR/PR** → ± alogenní transplantace⁴⁰², pokud byla po **brentuximab vedotinu** dosažena CR → je možné zvážit observaci
- **SD, PD + následný relaps:** → **nivolumab**³⁹⁹ (pokud již nepoužit v relapsu po ASCT), nebo **pembrolizumab**³⁹⁹, ev.klinická studie.

397 Santoro A, et al: Bendamustine in combination with gemcitabine and vinorelbine is an effective regimen as induction chemotherapy before autologous stem-cell transplantation for relapsed or refractory Hodgkin lymphoma : Final results of a multicenter phase II study. *J Clin Oncol.* 2016 Sep 20;34(27):3293-9

398 Younes A, et al.: Results of a pivotal phase II study of brentuximab vedotin for patients with relapsed or refractory Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol.* 2012; 30: 2183-2189

399 nutné schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

400 Younes A, et al. Nivolumab for classical Hodgkin's lymphoma after failure of both autologous stem-cell transplantation and brentuximab vedotin: a multicentre, multicohort, single-arm phase 2 trial. *Lancet Oncol.* 2016 Sep;17(9):1283-94

401 Ansell SM, et al: PD-1 blockade with nivolumab in relapsed or refractory Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med.* 2015 Jan 22;372(4):311-9

402 Sureda A, et al.: Allogeneic stem cell transplantation after reduced intensity conditioning in patients with relapsed or refractory Hodgkin's lymphoma. Results of the HDR-ALLO study: a prospective clinical trial by the Grupo Espanol de Linfomas/ Trasplante de Medula Osea (GEL/TAMO) and the Lymphoma Working Party of the European Group for Blood and Marrow Transplantation. *Haematologica.* 2012;97:310-317

XII. Postavení transplantací v léčbě lymfomů

Všechna uváděná „transplantační“ doporučení (včetně doporučení ČHS a EBMT) slouží (zejména u alogenních transplantací) pouze jako vodítko, vždy je důležité individuální posouzení indikujícím pracovištěm (transplantačním centrem).

XII.1 Autologní transplantace v léčbě lymfomů

XII.1.1 Standardní indikace:

- konsolidace indukční terapie u **MCL, primárního CNS velkobuněčného lymfomu**
- konsolidace indukční terapie u **DLBCL a T-lymfomů, kteří dosáhli pouze PR** po indukční chemoterapii
- chemosenzitivní relapsy u DLBCL, T-NHL, Burkittova lymfomu, MCL, FL, MZL a u Hodgkinova lymfomu.

XII.1.2 Individuální indikace (klinická možnost):

Při indikaci nutno zvážit rizikové faktory i další možnosti léčby. Ideálně zařazovat do klinických studií.

- konsolidace indukční terapie u „**agresivních**“ nebo nepříznivě probíhajících lymfomů s **vysokým klinickým či biologickým rizikem** (DLBCL s **AA IPI** 2-3, „double-hit“ –HGBCL – či „double-expressors“ DLBCL, všechny T-lymfomy, Burkittův lymfom, lymfoblastický lymfom,
- chemosenzitivní relaps u WM \geq CR2
- chemorefrakterní relapsy u „agresivních lymfomů (DLBCL, HGBCL, ALCL, HL) či u **indolentních lymfomů** (FL, MCL) – přístup sloužící především jako tzv. „bridging“ k získání času a zvážení možné inovativní léčby (inhibitory kináz, monoklonální protilátky, CAR-T).

Zvláštní kategorií jsou transplantace v rámci klinického protokolu, či tzv. **vývojové indikace**. Jsou uvedeny v tabulce doporučení ČHS a ČOS, respektive EBMT

XII.1.3 Podmínky pro autologní transplantaci

- dobrý klinický stav pacienta
- věk do 65–70 let (dle biologického stavu, ve výjimečných případech i nad 70 let)

XII.2 Alogenní transplantace v léčbě lymfomů

Za **standardní indikaci** lze považovat chemosenzitivní relaps po předchozí autologní transplantaci u nemocných s MCL, PTCL, FL, DLBCL a HL.

Individuální indikaci k alogenní transplantaci je vhodné zvážit u následujících skupin:

- nemocní se **selháním primární indukční léčby u prognosticky nepříznivých lymfomů** (MCL, PTCL při nedosažení CR)
- nemocní s **relapsem** FL, SLL/CLL, MCL, PTCL, DLBCL, HL v situaci, kdy je relaps časný a chemoterapie (včetně ASCT) nedává naději na dlouhodobou remisi či nebylo-li možné autologní transplantaci provést (např. nevyplavení krvetvorných buněk).
- nemocní s LBL/Burkittovým lymfomem bez dosažení kompletní remise nebo s pozitivní reziduální chorobou
- nemocní s prognosticky nepříznivou Waldenstromovo makroglobulinémií
- nemocní s odpovědí na terapii CAR-T.

XII.2.1 Podmínky pro alogenní transplantaci

- Nalezení vhodného dárce v rodině (shodný sourozenec, haploidentický příbuzný) nebo nepříbuzného dárce v registru
Pozn: Za dobrou shodu u nepříbuzenského dárce je považována vzájemná shoda při HLA vyšetření při vysokém rozlišení **9/10 a 10/10**.
- splněna indikační kritéria dle ČHS/EBMT (viz tabulky dále)
- dobrý klinický a biologický stav pacienta
- dobrá spolupráce s pacientem

XII.2.2 Způsob provedení

- alogenní transplantace s myeloablativním přípravným režimem
- alogenní transplantace s redukováným přípravným režimem



XII.3 Indikace k transplantaci krvetvorných buněk dle doporučení ČHS a ČOS

Upraveno dle Krejčí et al, Transfuze & Hematologie Dnes, 2016⁴⁰³

| Diagnóza | Stav nemoci | Alogenní | | | Autologní |
|--------------------|---|------------------|-------------------------------|--------------------|-----------|
| | | Dárce sourozenec | Nepříbuzný dobře shodný dárce | Alternativní dárce | |
| DLBCL | CR1 (střední/vysoký IPI při dg.) | GNR | GNR | GNR | CO |
| | chemosenzitivní relaps, \geq CR2 | CO | CO | D | S |
| | chemosenzitivní relaps, po selhání auto-HCT | S | S | CO | GNR |
| MCL | refrakterní onemocnění | CO | CO | D | CO |
| | CR1 | D | D | GNR | S |
| | CR/PR > 1, předchozí auto-HCT ne | CO | CO | D | S |
| Folikulární lymfom | CR/PR > 1, předchozí auto-HCT ano | S | S | CO | GNR |
| | refrakterní onemocnění | CO | CO | D | GNR |
| | CR1 | GNR | GNR | GNR | D |
| WM | chemosenzitivní relaps, \geq CR2 | CO | CO | GNR | S |
| | \geq CR2 po selhání auto-HCT | S | S | D | GNR |
| | Refrakterní | CO | CO | CO | GNR |
| TCL | CR1 | GNR | GNR | GNR | D |
| | chemosenzitivní relaps, \geq CR2 | GNR | GNR | GNR | CO |
| | vysoké riziko | CO | CO | D | GNR |
| HL | CR1 | CO | CO | D | S |
| | chemosenzitivní relaps, \geq CR2 | S | S | CO | S |
| | Refrakterní | CO | CO | CO | GNR |
| MM | CR1 | GNR | GNR | GNR | GNR |
| | chemosenzit. relaps, bez předchozí auto-HCT | D | D | GNR | S |
| | chemosenzit. relaps, s předchozí auto-HCT | S | S | CO | CO |
| AL amyloidóza | refrakterní | D | D | D | CO |
| | | CO | CO | D | S |
| | | CO | CO | GNR | CO |

Vysvětlivky a zkratky:

S – standardní indikace transplantace;

CO – individuální indikace transplantace, klinická možnost;

D – transplantace v rámci klinického protokolu, vývojové indikace;

GNR – transplantace není indikována či není všeobecně doporučována;

Nepříbuzný dobře shodný dárce – dárce 10/10, 8/8 nebo 9/10 (pokud je neshoda v DQB1);

Alternativní dárce – nepříbuzný dárce s 1 a více neshodami, haploidentický dárce, dárce pupečnickové krve

⁴⁰³ Krejčí M. et al.: Indikace k alogenním a autologním transplantacím krvetvorných buněk. Doporučení České hematologické společnosti ČLS JEP a České onkologické společnosti ČLS JEP. Transfuze&Hematologie Dnes, 2016

XII.4 Indikace k transplantaci krvetvorných buněk EBMT

 Upraveno dle Duarte et al. Bone Marrow Transplant 2019⁴⁰⁴

| DISEASE | DISEASE STATUS | MSD allo | MUD Allo | MMAD Allo | Auto |
|--------------|--|----------|----------|-----------|---------|
| DLBCL | CR1 (intermediate/high IPI at dx) | GNR/III | GNR/III | GNR/III | CO/I |
| | Chemosensitive relapse, ≥CR2 | CO/II | CO/II | D/III | S/I |
| | Chemosensitive relapse after auto-HSCT failure | S/II | S/II | CO/III | GNR/III |
| | Refractory disease | CO/II | CO/II | CO/III | CO/II |
| MCL | CR1 | GNR/III | GNR/III | GNR/III | S/I |
| | CR/PR>1, prior auto-HSCT no | CO/III | CO/III | D/III | S/II |
| | CR/PR>1, prior auto-HSCT yes | S/II | S/II | CO/III | GNR/II |
| | Refractory | CO/II | CO/II | D/III | GNR/II |
| FL | CR1, untransformed | GNR/III | GNR/III | GNR/III | GNR/II |
| | CR1, transformed to high-grade lymphoma | GNR/III | GNR/III | GNR/III | CO/III |
| | Chemosensitive relapse, ≥CR2 | CO/III | CO/III | GNR/III | S/II |
| | ≥ CR2 after auto-HSCT failure | S/II | S/II | D/III | GNR/III |
| WM | CR1 | GNR/III | GNR/III | GNR/III | GNR/III |
| | Chemosensitive relapse, ≥CR2 | GNR/III | GNR/III | GNR/III | CO/II |
| | Poor risk disease | CO/II | CO/II | D/III | GNR/III |
| | Refractory | CO/II | CO/II | CO/III | GNR/III |
| PTCL | CR1 | CO/II | CO/II | GNR/III | CO/II |
| | Chemosensitive relapse, ≥CR2 | S/II | S/II | CO/III | CO/II |
| | Refractory | CO/II | CO/II | CO/III | GNR/II |
| Primary CTCL | EORTC/ISCL Stages I–IIA (Early) | GNR/III | GNR/III | GNR/III | GNR/III |
| | EORTC/ISCL Stages IIB–IV (Advanced) | CO/III | CO/III | D/III | GNR/III |
| HL | CR1 | GNR/III | GNR/III | GNR/III | GNR/I |
| | Chemosensitive relapse, no prior auto-HSCT | D/III | D/III | GNR/III | S/I |
| | Chemosensitive relapse, prior auto-HSCT | S/II | S/II | CO/III | CO/III |
| | Refractory | D/II | D/II | D/III | CO/III |

Zkratky

CO clinical option

CR 1, 2, 3

D developmental

GNR generally not recommended

S standard of care

 Alternative donor alloHSCT **Haploidentický dárce, Cord-blood transplantace,**
nepříbuzný dárce se shodou <9/10
Well-matched unrelated donor 10/10 či 9/10 shodný dárce (je-li neshoda v DQB1 lokusu)
Léčebná možnost = může být provedena po pečlivém zhodnocení rizika a přínosu, individuální indikace

Kompletní léčebná odpověď 1, 2, 3

Ve stádiu vývoje = jsou potřebné další klinické studie

Není doporučeno
Standard péče = u vhodných pacientů standardně indikována

404 R. Duarte et al: Indications for haematopoietic stem cell transplantation for haematological diseases, solid tumours and immune disorders: current practice in Europe, 2019

XIII. Radioterapie u maligních lymfomů

XIII.1 Obecný úvod

- RT většinou jako doplňková metoda k systémové léčbě
- Principy užití RT:
 - kratší systémová léčba (2–4 cykly) + obligatorní RT na oblast původního postižení (například časná a středně pokročilá stadia HL)
 - samostatná RT s kurativním záměrem:
 - časná stadia indolentních lymfomů
 - st. IA NHLPL bez rizikových faktorů
 - intenzivnější systémová léčba (6 a více cyklů) + fakultativní RT na vstupně rizikové oblasti či na reziduum po systémové léčbě (pokročilá stadia HL, NHL)

XIII.2 Základní principy radioterapie

- Důraz kladen na redukci rizik RT (především pozdní toxicity u prognosticky příznivých případů)
- Správná definice cílového objemu, celkové dávky a ozařovací techniky
- Standardem v definici cílových objemů u časných a středních stadií nodálních lymfomů je technika **involved-site (IS RT)**, oproti ozáření pouze vstupně postižených uzlin (**involved node RT – IN RT**) nabízí větší benevolenci při definování cílového objemu v oblastech bez možnosti přesné lokalizace původního postižení (předléčebné PET/CT v jiné než ozařovací poloze znamenající obtížnou fúzi obrazu s plánovacím CT)
- V kombinaci s intenzivnější systémovou léčbou je cílový objem dále redukován na ozáření rezidua, oblasti původního bulku či rizikové oblasti (kostní ložisko)
- Cílový objem rozsahu **involved field (IF-RT)** je již nově doporučován pouze výjimečně. v situacích, kde je RT samostatnou léčebnou metodou (bez systémové léčby) je nově preferován také přístup IS-RT⁴⁰⁵. Jedná se například o pacienty st.IA bez RF u NLPHL, samostatnou RT v léčbě lokalizovaného relapsu HL nebo NHL, indolentní NHL st.II.

405 Dabaja BS, Ng AK, Terezakis SA, et al. Making Every Single Gray Count: Involved Site Radiation Therapy Delineation Guidelines for Hematologic Malignancies. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2020;106(2):279-281

XIII.2.1 Definice cílových objemů (extended-field, involved-field, involved-node)

XIII.2.1.1 Extended-field (EFRT)

Zahrnuta celá oblast původního postižení + sousední oblasti s rizikem subklinického postižení.

Definice EF RT:

- **mantle technika:** nadbrániční uzlinové oblasti (mediastinální, hilové, axilární, supraklavikulární, infraklavikulární, krční, submandibulární, okcipitální, nuchální)
- **obrácené Y** (\pm slezina s hilem): podbrániční uzlinové oblasti paraaortální, pánevní, inguinální, femorální
- **total nodal irradiation (TNI)** = mantle + obrácené Y
- **total lymphoid irradiation (TLI)** = mantle + obrácené Y + slezina
- **subtotal nodal irradiation (STNI)** = TNI bez pánevních, inguinálních a femorálních uzlin; tj. pouze mantle + paraaortální LU

XIII.2.1.2 Involved-field RT (IFRT)

Zahrnutý jsou celé postižené oblasti (regia) mízních uzlin. Od použití této definice cílového objemu se nyní odstupuje. Použití IFRT lze individuálně zvážit u pacientů s limitovaným postižením a omezenou možností salvage léčby především v situaci, kde větší rozsah RT není spojen se signifikantním navýšením toxicity. Dále též u pacientů se suboptimálním vstupním stagingem (CT, MRI např. u pacientek diagnostikovaných v graviditě, PET/CT s výraznou aktivitou hnědého tuku, která znemožňuje zhodnotit přesný rozsah nadbráničního postižení a jiné) a z toho vyplývajícím nejasným rozsahem iniciálního postižení (postižení jednotlivých etáží krčních uzlin, axilárních uzlin a jiné).

Definice IF RT:

- Několik definic rozsahu RT dle různých studijních skupin, (např. studijní skupiny EORTC/GELA, GHSG, MSKCC (Yahalom, Mauch) pro CALGB, Nordic Lymphoma Group, BCCA University British Columbia atd.).
- V ČR je doporučeno užití definic dle **MSKCC (Memorial Sloan Kettering Cancer Center) pro CALGB (Cancer and Leukemia Group B)**.

XIII.2.1.3 Nodální postižení-definice IFRT dle MSKCC pro CALGB⁴⁰⁶

NADBRÁNIČNÍ POSTIŽENÍ

Jednostranné krční uzliny

- pokud jsou postižené supraklavikulární LU, ozařuje se celý region včetně horních krčních LU pokud jsou postižené supraklavikulární LU jako součást postižení mediastina- je chráněna oblast nad laryngem – tj. neozářuje se oblast horního krku
- horní okraj: 1–2 cm nad dolní okraj proc. mastoideus a polovinou brady
- dolní okraj: 2 cm pod spodní část klavikulylaterálně: mediální 2/3 klíční kosti
- mediálně:
 - pokud iniciálně postiženy supraklavikulární LU: ipsilaterální proc. transversus obratlových těl kromě situace, kdy je iniciálně přítomno postižení mediálních krčních LU – zde zavzít celé obratlové tělo
 - pokud iniciálně postiženy supraklavikulární LU: kontralaterální proc. transversus, pro st. i – možné stínit larynx a obratlová těla nad laryngem (pokud nebyly postižené mediální krční LU)

Oboustranné krční uzliny

- horní okraj: 1–2 cm nad dolní okraj proc. mastoideus
- dolní okraj: kaudálně 2 cm pod dolní okraj klavikuly
- laterálně: mediální strana 2/3 klíční kosti

Axilární IF (včetně ipsilaterálních infraklavikulárních a supraklavikulárních uzlin)

- Horní okraj: C5-C6
- Dolní okraj: úroveň dolního konce lopatky nebo 2 cm pod nejkaudálnější axilární uzlinu
- Mediálně: ipsilaterální proc. transversus obratlových těl, pokud jsou postižené i supraklavikulární LU, včetně obratlového těla

Mediastinum (vždy zahrnuje objem obou plicních hilů a oblast mediálních supraklavikulárních uzlin bez ohledu na jejich postižení)

- Horní okraj: C5-C6, pokud je přítomno postižení supraklavikulárních LU, pak horní okraj k hornímu okraji laryngu a laterální hranice viz hranice u krčního regionu
- Dolní okraj: 5 cm pod karinu resp. 2 cm pod dolní okraj pre-CHT postižení mediastina
- Laterálně: post-CHT objem s lemem 1,5 cm, zavzetí oblasti hilů bez ohledu na jejich postižení s lemem 1 cm, při původním postižení s lemem 1,5 cm

PODBRÁNIČNÍ POSTIŽENÍ

Paraaortální IF (porta hepatis má být zavzata do objemu, pokud původně postižena)

- horní okraj: horní okraj Th11 nebo minimálně 2 cm nad horní okraj pre-CHT postižení
- dolní okraj: dolní okraj L4 nebo minimálně 2 cm pod dolní okraj pre-CHT postižení
- laterálně: proces. transversus nebo minimálně 2 cm k post-CT objemu

406 Yahalom J, Mauch P. The involved field is back: issues in delineating the radiation field in Hodgkin's disease. *Ann Oncol.* 2002;13(1):79-83

Inguinofemorální + externí ilické uzliny IF (tato oblast zářena celá při postižení jakékoliv uzliny z této oblasti, pokud jsou postiženy společné ilické LU-horní okraj k L4/L5 nebo minimální lem 2 cm k objemu před-CHT původně postižených LU)

- horní okraj: střed sacro-iliického skloubení
- dolní okraj: 5 cm pod trochanter minor
- laterální okraj: trochanter maior a minimálně 2cm lem k objemu původně postižených LU před CHT
- mediální okraj: foramen obturatum a minimálně 2cm lem k objemu původně postižených LU před CHT

Slezina

- indikace k RT pouze pokud je suspektní či verifikované postižení, září se post-CHT objem sleziny s lemem 1,5 cm

Jednostranné pánevní IF

- horní okraj: L4/L5
- dolní okraj: po foramen obturatum, uzliny + lem 1,5–2 cm

Porta hepatis

- uzliny v porta hepatis + lem 1,5–2 cm včetně sleziny a paraaortálních uzlin

Slezina

- slezina + lem 1,5–2 cm + přilehlé paraaortální LU



XIII.2.1.4 Involved-site RT (IS-RT) pro nodální formy lymfomů^{407,408,409}

- Jednotlivé cílové objemy se definují velkoryseji ve srovnání s ozářením IN RT, kdy je obligatorní vstupní PET/CT v plánované ozařovací poloze
- Praktické provedení: např. ozáření celé původně postižené etáže krčních LU podobně jako u karcinomů ORL nebo ozáření celého horního mediastina s vyjmutím či ponecháním některých velkých cév, většinou s vynecháním trachey a jícnu z CTV (pokud nebyla vstupně přítomna jejich infiltrace).
- Radiační onkolog praktikující ISRT by měl být obsírně seznámen s principy definice IS RT.

XIII.2.1.4.1 Definice jednotlivých cílových objemů:

- **Pre-CHT** či **předoperační GTV** = GTV před léčbou
- **Post-CHT GTV** = reziduum po systémové léčbě
- **CTV** = oblasti původně postižených LU (pre-CHT GTV) s vynecháním původně nepostižených svalů, kostí, mimo vzduch a plicní tkáň, ledviny, popř. velké cévy
- **ITV** = **CTV + lem**, který bere v úvahu dýchací pohyby, popř. srdeční akci, optimální stanovení dle 4D-CT, v oblasti hrudníku a horního břicha může být potřebný kranio-kaudální lem až 1,5–2 cm, možná redukce lemu CTV-ITV při použití ratingu (při ozáření mediastina a epigastria preferován přístup deep inspiration breath hold-DIBH), v oblasti krku se ITV většinou nestanovuje

XIII.2.1.4.2 Optimální provedení vstupního PET/CT pro aplikaci přístupu IS RT a IN RT:

- PET/CT diagnostické provést dle zvyklostí, dále **osnímkovat jen nadbrániční oblast v ozařovací poloze ve fixaci (podhlavník, záklon popř. termoplastická maska), HK podél těla, plochý stůl, při plánovaném užití RT v maximálním řízeném nádechu (deep inspiration breath hold-DIBH) s výhodou snímání CT v maximálním nádechu**

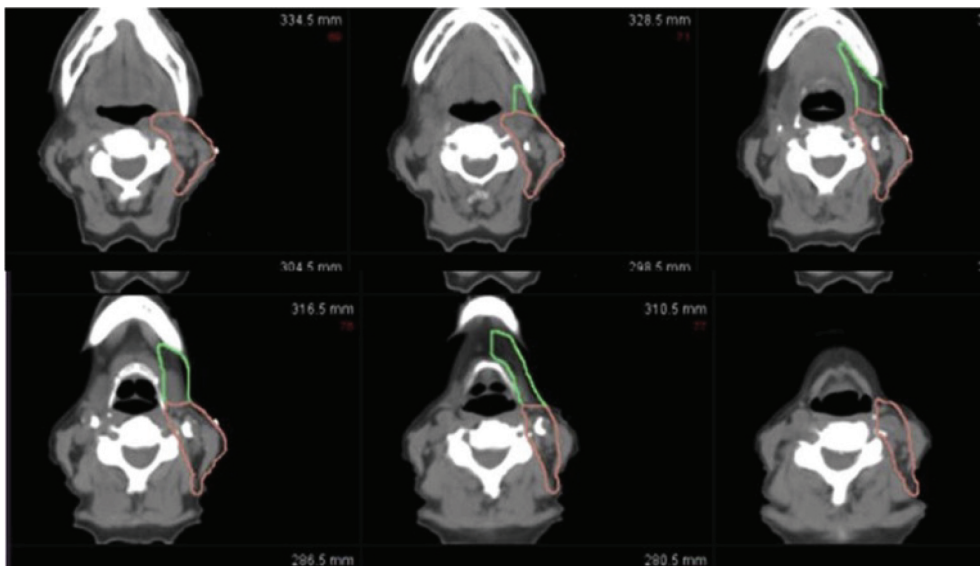
407 Hoppe BS, Hoppe RT. Expert radiation oncologist interpretations of involved-site radiation therapy guidelines in the management of Hodgkin lymphoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2015;92(1):40–45

408 Specht L, Yahalom J, Illidge T, et al.; International Lymphoma Radiation Oncology Group. Modern radiation therapy for Hodgkin lymphoma: field and dose guidelines from the International Lymphoma Radiation Oncology Group (ILROG). *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2014;89(4):854-862

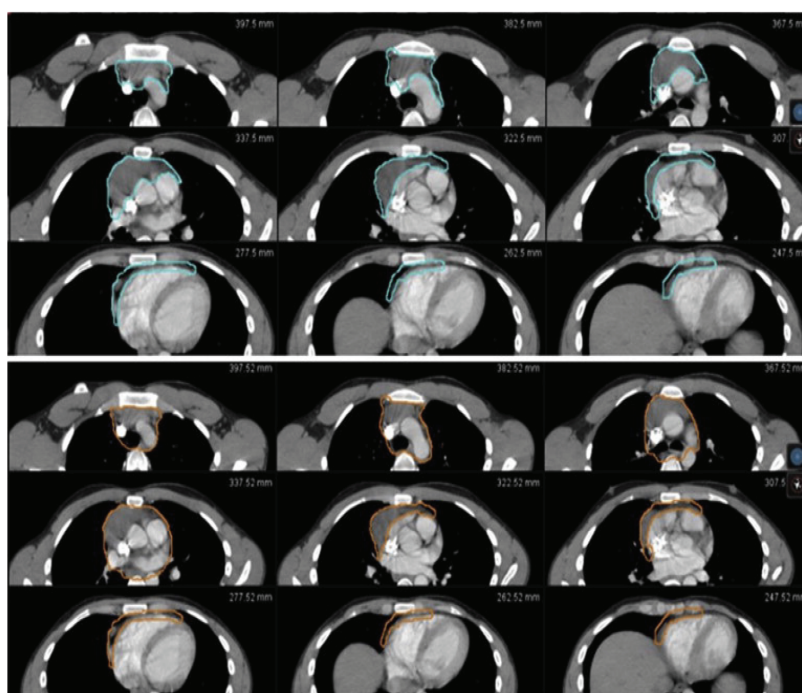
409 Illidge T, Specht L, Yahalom J, et al.; International Lymphoma Radiation Oncology Group. Modern radiation therapy for nodal non-Hodgkin lymphoma-target definition and dose guidelines from the International Lymphoma Radiation Oncology Group. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2014 May 1;89(1):49-58

Příklad č.1: Definice IS-RT u Hodgkinova lymfomu st. IA, stp. 2 × ABVD, iniciální postižení postižení parotické LU I.sin.+ etáže IIA, IIB, III, IV, a V, restaging po CHT- CR dle PET/CT

CTV=levostranné parotické LU+ etáž IIA-V viz hnědě zakreslený objem (± IB = etáž sousedící s postiženými etážemi krčních LU). 2 příklady možné definice IS RT (zelená a hnědá kontura cílového objemu-CTV) dle 2 radiačních onkologů trénovaných v přístupu IS RT.



Příklad č. 2: Hodgkinův lymfom st.IB – přední mediastinum se šířením anteriorně před srdce a možným perikardiálním postižením, bez postižení hilárních či subkarinních LU. Stp. 4× ABVD, restaging po CHT dle PET/CT – dosaženo metabolické CR, morfologické PR. 2 příklady možné definice IS RT (modrá a hnědá kontura cílového objemu-CTV) dle 2 radiačních onkologů trénovaných v přístupu IS RT (různý rozsah zavzetí velkých cév, trachey, jícnu).



XIII.2.1.5 RT rezidua či oblasti původního bulku

- při RT u onemocnění s primárním bulky postižením nebo extranodálním postižením by měl být zavzat do CTV původní rozsah onemocnění, tj. předléčebný rozsah postižení (preCHT GTV) v místě původního bulku či E-postižení.
- Cílový objem tedy nejčastěji zahrnuje původní kraniokaudální rozsah nálezu lymfomového infiltrátu indikovaného ke konsolidaci, laterolaterální rozměr často přizpůsoben stavu po systémové léčbě (např. v oblasti mediastina)

XIII.2.1.6 Definice cílových objemů pro extranodální lymfomové postižení (ENL)⁴¹⁰

- Koncepce stanovení cílových objemů podobná jako u nodálních HL a NHL = involved-site stanovení cílového objemu.
- Mini-atlas pro některé z lokalit extranodálních lymfomů k dispozici v publikaci.

Obecné principy

Indolentní ENL: především lymfomy marginální zony (MZL) a folikulární lymfomy (FL), často lokalizovaný rozsah popř. onemocnění limitované na určitý orgán. Infiltrace orgánu bývá často multifokální, často je tedy nutné ozářit celý postižený orgán. RT může být také užita v adjuvantní indikaci po chirurgickém výkonu či systémové léčbě nebo jako salvage léčebná modalita. U indolentních lymfomů se doporučuje nově zvážit kratší serii ozáření zvanou „boom-boom“ režim (4 Gy, 2×2 Gy/2 dnech), především v oblastech s rizikem vývoje signifikantní toxicity (oční adnexa, orbita), v adjuvanci či u pacientů s paliativním záměrem.

Agresivní NHL: RT často užita jako konsolidace nejrizikovějších oblastí s potenciálem snížení rizika lokoregionálního relapsu s možným ovlivněním PFS a OS.

⁴¹⁰ Yahalom J, Illidge T, Specht L, Hoppe RT, Li YX, Tseng R, Wirth A; International Lymphoma Radiation Oncology Group. Modern radiation therapy for extranodal lymphomas: field and dose guidelines from the International Lymphoma Radiation Oncology Group. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2015;92(1):11-31

XIII.2.2 Doporučení pro jednotlivé extranodální lymfomy

XIII.2.2.1 Primární CNS lymfom (PCNSL)

Většinou se jedná o histologický typ DLBCL.

CTV: celý mozek včetně C1 ± C2 obratle, lamina cribiformis a retrobulbární prostory. Pokud byly vstupně postiženy oči, měly by být obě oči zavzaty do cílového objemu. Role boostu na perzistující ložiska po systémové léčbě není jasná a většinou není boost doporučován. Doporučuje se zvážit snížení dávky/frakci vzhledem k nižšímu riziku vzniku pozdní CNS toxicity (1,5–1,8 Gy/frakci).

Dávka:

- konsolidace po dosažení CR po systémové léčbě: CLD 24 Gy
- při nedostatečné léčebné odpovědi na systémovou léčbu či v salvage indikaci: CLD 36–45 Gy, 1,5–1,8 Gy/frakci
- samostatná RT bez systémové léčby: CLD 40–50 Gy, 1,5–1,8 Gy/frakci
- paliativní RT: 30–36 Gy/10–15 frakcí

XIII.2.2.2 Primární nitrooční lymfom

Většinou se jedná o histologický typ DLBCL.

Často spojitost s PCNSL, nutno vyloučit postižení CNS. Někdy diagnostikováno pouze izolované postižení bulbu a jako kurativní metodu je pak možné zvolit primární RT alternativně k intraokulární aplikaci MTX.

Nutno též vyloučit infiltraci druhostranného bulbu, pokud je tato vyloučena, je možné provést RT pouze jednoho bulbu.

CTV: bulbus postiženého oka, optický nerv k úrovni chiasmatu

- Celková doporučovaná dávka: 36 Gy

XIII.2.2.3 Primární lymfom dura mater

Jedná se o vzácný intrakraniální lymfom, někdy imitující meningeom. Pacienti jsou často symptomatictí a mají více než 1 ložisko. Histologicky se většinou jedná o MZL a často zůstává lokalizován na povrchu dura mater. Je potenciálně kurabilní při užití samostatné RT.

CTV:

- Mnohočetné postižení (více než 1 ložisko): 1. celý mozek do CLD 24 Gy, 2. boost 12 Gy na postižená místa do CLD 36 Gy
- Solitární ložisko: na předoperační rozsah objemu viditelného na MRI+ lem do CLD 30–36 Gy

XIII.2.2.4 Lymfom orbity (očních adnex)

Většinou se jedná o MZL a postihuje spojivku, slznou žlázu, oční víčko nebo retrobulbární měkké tkáně. V 15 % případů může být postižení bilaterální. Méně časté je postižení FL či DLBCL. Před léčbou je nutné provést precizní stagingová vyšetření včetně CT, očního vyšetření a MRI (rozsah postižení orbit i mozku, vedlejších nosních dutin, kostěných struktur).

Primární RT je pro indolentní lymfomy zvažována jako kurativní metoda volby, pro agresivní lymfomy může být RT zvažena jako konsolidace.

CTV pro indolentní lymfomy retrobulbární lokalizace, lymfomy slzné žlázy, hluboce infiltrující lymfomy spojivky: doporučujeme ozáření celé orbity, CTV k hranici kostěné orbity. V případě prokázaného nebo suspektního postižení kostěných struktur či extraorbitálního šíření (u MZL vzácně) je nutno zavřít tuto infiltraci do cílového objemu. Parciální ozáření orbity má být zvažováno jen u pacientů, kde je vysoké riziko rozvoje postRT toxicity, tato redukce cílového objemu je však spojena s vyšším rizikem lokálního selhání.

CTV pro DLBCL: definice CTV identická, při perzistenci rezidua doporučujeme boost na zbytkové onemocnění, při samostatném postižení slzné žlázy DLBCL po dosažení CR po systémové léčbě je možné provést konsolidační RT pouze na slznou žlázu.

CTV při postižení spojivky nebo očního víčka: cílový objem zahrnuje celou spojivku k fornixu včetně celého spojivkového vaku (CAVE při užití stínění oční čočky, aby nedošlo k vykrytí části cílového objemu).

Celkové dávky:

- indolentní lymfomy: preferován režim „boom-boom“, tj. 4Gy, 2×2 Gy/2 dnech, při relapsu po RT možno zvážit opak. „boom-boom“ RT či aplikaci kurativní dávky 24–25 Gy, 1,5–2 Gy/frakci
- DLBCL: konsolidace po dosažení CR 30 Gy, v případě PR či relapsu, či užití samostatné RT 30–36 Gy na celou orbitu s eventuálním šetřením slzné žlázy a povrchu bulbu, boost na reziduální tumor do CLD 40–45 Gy

XIII.2.2.5 Lymfomy oblasti hlavy a krku

RT bývá cílena na oblast iniciálního prokázaného či suspektního postižení, profylaktické ozáření původně nepostižených LU není rutinně indikováno.

XIII.2.2.6 Lymfomy nosní dutiny a paranasálních dutin

Častou histologií ENL v této oblasti je DLBCL. Jeden z typů ENL této oblasti je NK/T-cell lymfom nasální typ s jeho speciální klinickou charakteristikou.

Definice cílového objemu je často komplikovaná přítomností reaktivní lymfatické tkáně, zánětlivými slizničními změnami a retencí sekretu. Vzhledem k obtížnému odlišení těchto nenádorových změn od lymfomové infiltrace na PET/CT i MRI je často doporučováno zavřít do cílového objemu celou postiženou strukturu nebo dutinu. V diagnostice se doporučuje provedení PET/CT a u tumorů v blízkosti lební baze i MRI k vyloučení eventuálního intrakraniálního postižení.

CTV: GTV před CHT + často celá původně postižená struktura či dutina včetně eventuálního dalšího šíření, iniciálně nepostižené dutiny se nezahrnují do CTV podobně jako původně nepostižené krční LU.

Celková dávka

- DLBCL: 30 Gy v rámci konsolidace při dosažení CR po systémové léčbě, 40 Gy pro reziduální postižení v případě PR či uCR
- indolentní lymfomy: 24–30 Gy.
- NK/T-cell lymfomy nasal type: doporučována vyšší CLD a často i větší rozsah CTV viz [XIII.2.2.11](#).

XIII.2.2.7 Lymfomy faryngu

Častá prezentace postižení v oblasti Waldeyerova mízního okruhu (tonsila palatina, nasofaryngeální tonsila, adenoidní vegetace na zadní stěně nosohltanu, linguální tonsila).

Nejběžnější je postižení DLBCL v oblasti patrové tonsily, většinou jednostranné s možným postižením ipsilaterálních krčních uzlin. Zde je primární léčbou systémová léčba a následná ISRT. Pro indolentní lymfomy je kurativní metodou samostatná ISRT.

ILROG definuje každou podjednotku Waldeyerova mízního okruhu (WMO) jako nezávislou jednotku. Při postižení jedné oblasti WMO tedy není doporučováno ozáření celého mízního okruhu. Optimální definice cílového objemu při postižení WMO indolentními lymfomy není jednoznačně definována.

CTV: preCHT GTV, často však obsahuje celou postiženou strukturu, např. celou tonsilární fossu, celý nosohltan atd. Původně nepostižené struktury nejsou součástí CTV, původně nepostižené krční LU také nejsou zahrnuty do CTV.

Celkové dávky:

- DLBCL: konsolidace po systémové léčbě v případě dosažení CR 30 Gy, v případě PR či uCR 40 Gy.
- indolentní lymfomy: 24–30 Gy.

XIII.2.2.8 Lymfomy ústní dutiny, laryngu a hypofaryngu

Málo běžné oblasti postižené ENL. Histologicky se jedná o indolentní lymfomy, mantle cell lymfom, DLBCL. Pro indolentní lymfomy samostatná RT zajišťuje excelentní lokální kontrolu, pro agresivní lymfomy může RT zajistit konsolidaci po systémové léčbě.

Definice cílového objemu bývá obtížná, zobrazovací metody mají často omezenou výpovědní hodnotou především u malých slizničních či podslizničních lézích. Vzhledem k omezenému počtu dat týkajících se RT této lokality lymfomového postižení se doporučuje spíše velkorysá definice cílového objemu.

CTV: zahrnuje často celý postižený orgán (larynx, hypofarynx, oblast ústní dutiny). Nepostižené struktury nejsou zahrnuty do CTV a krční uzliny jsou zavzaty do CTV pouze v případě jejich vstupního postižení.

Celkové dávky:

- DLBCL: konsolidace po systémové léčbě v případě dosažení CR 30 Gy, v případě PR či uCR 40 Gy.
- indolentní lymfomy: 24–30 Gy.

XIII.2.2.9 Lymfomy příušní žlázy a ostatních slinných žláz

Nejčastějším histologickým typem v této oblasti MZL (MALT lymfom). Častá je asociace tohoto postižení se Sjogrenovým syndromem nebo hepatitidou C. Samostatná RT je metodou volby u tohoto lokalizovaného lymfomu. v případě DLBCL (často vznikajícího na podkladě transformace MZL) je terapeutický přístup kombinovaný se systémovou léčbou.

CTV: celá postižená slinná žláza.

Celkové dávky:

- DLBCL: konsolidace po systémové léčbě v případě dosažení CR 30 Gy, v případě PR či uCR 40 Gy.
- Indolentní lymfomy: 24–30 Gy.

XIII.2.2.10 Lymfom štítné žlázy

Nejčastější podtyp DLBCL nebo MZL. Pro MZL je samostatná RT léčbou volby, DLBCL je léčen kombinovaným přístupem: systémová léčba + RT.

CTV: celá štítná žláza + předCHT či předresekční rozsah postižení.

Celkové dávky:

- DLBCL: konsolidace po systémové léčbě v případě dosažení CR 30 Gy, v případě PR či uCR 40 Gy.
- Indolentní lymfomy: 24–30 Gy.

XIII.2.2.11 ENL NK/T-cell nasal type lymfom

Časté bývá postižení nosní dutiny, vedlejších dutin nosních nebo obou těchto oblastí. Dále může být přítomno též postižení WMO. Při postižení WMO jsou častěji postiženy uzliny.

RT je zásadní léčebnou modalitou v léčbě časných stadií NK/T-cell NT lymfomu a měla by být aplikována časně. Doporučovaná celková dávka je vyšší než u ostatních lymfomů.

Lokální a lokoregionální kontrola a OS spolu velmi úzce souvisí. Benefit přidání CHT k RT u časných stadií těchto lymfomů není jasný.

NKTCL roste často lokálně destruktivně a může rozsáhle subklinicky infiltrovat podslizniční oblast (za makroskopicky evidentním postižením). Proto se do cílového objemu doporučuje zavít celou postiženou dutinu a přilehlé struktury.

CTV:

Nasální NKTCL:

- limitované postižení IE (bez šíření do okolních přilehlých struktur): CTV by mělo obsahovat bilaterální nosní dutinu, ipsilaterální maxilární sinus, bilaterální přední ethmoidy, tvrdé patro při bilaterálním postižení nosní dutiny: CTV zahrnuje bilaterální nosní dutinu, bilaterální maxilární sinus, bilaterální přední ethmoidy, tvrdé patro
- postižení v blízkosti zadní nosní apertury šířící se do nosohltanu: CTV by mělo zahrnovat i nosohltan

- při šíření do předních ethmoidů: CTV by mělo zahrnovat i zadní ethmoidy
- při šíření do přilehlých struktur či do krčních LU: CTV by mělo zahrnovat infiltrované paranasální orgány nebo tkáně popř. postižené krční LU. Profylaktická RT krčních LU není u nasálního NKTCL nutná.

NKTCL postihující Waldeyerův mizní okruh (WMO):

- bez užití systémové léčby: CTV zahrnuje celý WMO, přilehlé tkáně nebo orgány, kam se onemocnění šíří a krční LU, zavzetí nepostižených LU je otazné, ILROG doporučuje IS-RT krčních LU.
- při kombinaci se systémovou léčbou: CTV zahrnuje minimálně předCHT rozsah s dostatečným lemem.

Celková dávka:

- samostatná RT 50 Gy, boost na reziduální tumor 5-10 Gy.
- konsolidace po systémové léčbě 45-50 Gy

XIII.2.2.12 Primární mamární lymfom

Nejběžnější histologickým typem je DLBCL, méně často je lokalizované postižení prsu způsobeno indolentními lymfomy (MZL a FL).

CTV: celý prs, nepostižené LU nemusí být zavzaty do CTV, parciální ozáření prsu může být zváženo (nutno vzít v potaz vyšší riziko lokálního relapsu).

Celkové dávky:

- DLBCL: konsolidace po systémové léčbě v případě dosažení CR 30 Gy, v případě PR či uCR 40 Gy.
- Indolentní lymfomy: 24-30 Gy.

XIII.2.2.13 Primární plicní lymfom

MZL (bronchiální lymfom asociovaný s lymfoidní tkání-BALT) může postihnout jakoukoliv část bronchiálního stromu. Velmi často se BALT vyskytuje jako izolovaná léze a definitivní RT často předchází resekční výkon různého rozsahu (často realizovaný pro suspektní bronchogenní karcinom či jiný typ solidního plicního nádoru). Pro parciálně resekovaný či neresekabilní MZL může být RT potenciálně kurativním výkonem, pro DLBCL možnou konsolidací po CHT.

CTV: předCHT či předoperační GTV včetně dostatečných lemů na možné či předpokládané subklinické onemocnění, **CAVE:** nejistoty ve stanovení úplného rozsahu postižení dle zobrazovacích metod, pozor na dýchací pohyby (stanovení ITV dle 4D-CT, užití respiratory gatingu či DIBH)

XIII.2.2.14 Lymfomy v oblasti dutiny břišní a pánve

XIII.2.2.14.1 Lymfom žaludku

Histologicky časté zastoupení MZL (gastric MALT) i DLBCL. Pro MZL je RT jednou z potenciálně kurativních léčebných metod, často je RT indikována po selhání eradikace *H. pylori* u HP+ nebo jako primoléčba u HP- MZL. U DLBCL může být RT užita jako konsolidační léčba po systémové léčbě (např. R-CHOP).

CTV: MZL je multifokální onemocnění, proto by měl být do CTV zavzat celý žaludek, i když je zjevné postižení limitováno pouze na jednu oblast žaludku. Postižené nebo suspektní perigastrické uzliny by měly být zavzaty do CTV, stejně jako poměrně vzácně postižené či suspektní uzliny při porta hepatis nebo v paraaortální lokalizaci. Definice ITV se stanovuje dle 4D-CT nebo fluoroskopie (lem k CTV bývá stanoven kolem 1–2 cm).

Optimální podmínky lokalizace a vlastní RT: simulace i léčba by měla být prováděna s prázdným žaludkem po minimálně 4hodinovém půstu či půstu přes noc.

Plánovací poloha: na zádech, ruce za hlavou, indiv. fixace, optimální užití malého množství kontrastní látky p.o., i.v. kontrast by měl být použit v případě susp. uzlinového postižení (CAVE: kontrast a plánovací software!)

Cílové objemy:

GTV = makroskopické postižení (dle PET, CT či PET/CT) včetně patologicky zvětšených LU

CTV = GTV+žaludek (konturace od gastroesofageální junkce za oblast duodenálního bulbu, celá stěna žaludku by měla být zavzata do objemu, perigastrické LU jsou zavzaty pokud jsou viditelné.

ITV definovaný dle 4D-CT nebo fluoroskopie: sledování pohybu žaludku v průběhu dýchacích pohybů, většinou lem 1–2 cm

PTV: lem ITV na PTV ovlivněn variacemi při nastavení, většinou 1 cm k ITV modifikace dle zkušeností pracoviště

XIII.2.2.14.2 Lymfom duodena a tenkého střeva

Často zachycen v průběhu vyšetřovacího procesu došetřování pro abdominální symptomy. Má velmi pomalý přirozený průběh a velká část lékařů preferuje sledování před aktivní léčbou. Pokud je zvažována RT, je nutný podrobný staging (včetně kapslové endoskopie nebo double balloon/push enteroskopie). U velké části pacientů pak bývá zjištěno multifokální onemocnění. Zobrazovací metody včetně PET/CT nemusí být dostatečně citlivé k zobrazení maloobjemového multifokálního postižení. Indolentní lymfom tenkého střeva se může klinicky projevit bolestí nebo obstrukčním syndromem a někdy bývá primárně léčen chirurgicky pro symptomatologii.

Při postižení střeva RT objem často zaujímá celé břicho. Agresivní lymfomy tenkého střeva/mesenteria bývají léčeny CHT a následnou konsolidační RT na oblast původního bulk onemocnění. Cílový objem většinou bere v potaz předCHT GTV s dostatečným lemem (lem na pohyblivý cíl, nejistoty v nastavení). Simulace: pacient nalačno.

CTV:

- indolentní NHL:
ohraničené na duodenum: CTV zahrnuje celé duodenum
indolentní lymfom tenkého střeva či duodenální lymfom s nejistým postižením tenkého střeva: CTV zahrnuje celé břicho (včetně celého tenkého střeva a mesenteria), dop. je low-dose RT
- agresivní NHL:
objem by měl brát v potaz preCHT GTV s následnou úpravou po zmenšení masy po systémové léčbě. Struktury a orgány postižené před CHT by měly být zavzaty do cílového objemu, pokud je možné jejich ozáření bez významného rizika navýšení toxicity.

XIII.2.2.14.3 Pánevní lymfom postihující močový měchýř a gynekologické orgány

Nejčastěji se jedná o DLBCL nebo MZL.

CTV: celý postižený orgán

PTV: expanze CTV minimálně 1 cm, dle zvyklostí pracoviště

XIII.2.2.15 Testikulární lymfom

Nejčastějším histologickým typem je DLBCL. Primární léčba je systémová (R-CHOP a další agresivnější režimy včetně intrathekální nebo intravenózní aplikace MTX).

Poloha pacienta: na zádech, penis fixován k břišní stěně.

CTV: oblast postiženého varlete (pokud nebylo resekováno), dále oblast kontralaterálního varlete a skrota (riziko relapsu v kontralaterálním varletu). RT může být také aplikována na postižené abdominopelvicke LU u st. IIEA.

Celková dávka: 25-30 Gy v 1,5 Gy až 2 Gy /frakci

XIII.2.2.16 Kostní lymfomy

Nejčastěji se objevuje kostní postižení u pacientů s DLBCL. Nejčastěji postižené kosti v rámci solitárního DLBCL jsou: femur, pánevní kosti, tibie, fibula. Kolem 10 % pacientů má mnohočetné kostní postižení. k lokalizaci kostních lézí se doporučuje MRI i PET/CT vyšetření. Standardní léčbou je kombinovaný přístup R-CHOP a následná RT.

CTV: předCHT GTV (optimálně stanovený na MRI) + lem na nejistoty subklinického postižení

PTV: CTV + lem 0,5–1 cm, záleží na oblasti postižení a imobilizaci + definice dle vlastních zkušeností pracoviště

Celková dávka: 30–40 Gy, často není jistá definitivní léčebná odpověď po CHT

XIII.2.2.17 Primární kožní lymfomy

Heterogenní skupina onemocnění, často lokalizované onemocnění s pomalým průběhem a lepší prognózou než vykazují ostatní lymfomy.

Primární kožní lymfom z folikulárního centra, primární kožní lymfom z marginální zóny, primární kožní anaplastický velkobuněčný lymfom.

Většina pacientů ve stadiu onemocnění T1 profituje z lokální RT, totéž platí o části pacientů s malým počtem lézí ve stadiu T2.

Lokální kontrola u pacientů s primárním kožním lymfomem z folikulárního centra a marginální zóny je dobře reportována z četných retrospektivních studií, pro anaplastický velkobuněčný lymfom jsou data omezenější.

Cílový objem: solitární T1 léze (T1a pod 5 cm a T1b nad 5 cm) – léčeny „involved-lesion RT“, bezpečnostní lem za hranice makroskopicky patrného tumoru/erytému/indurace doporučujeme 1–1,5 cm (záleží na velikosti léze a oblasti postižení), nutné posoudit vertikální rozsah léze, aby bylo adekvátní dávkové pokrytí i tímto směrem. Lem ve vertikálním směru by měly být teoreticky stejného rozsahu jako laterální okraje (mohou být však modifikovány lokalizací léze a tloušťkou měkkých tkání pod ložiskem). Intaktní kost či fascie nebývá subklinicky postižena a vertikální lem je možné redukovat s ohledem na tuto skutečnost.

Technika RT: elektrony (obvykle 6–9 MeV), alternativně nízkoenergetické X-záření (obvykle RTG kolem 100 kV). v určitých situacích (hluboko infiltrující lymfom nebo bulk postižení či postižení circumference končetiny) je nutné užití vyšších energií fotonového záření nebo 2 protilehlých polí s bolusem.

Celková dávka:

- nově se doporučuje zvážit v 1. linii režim 2× 2 Gy, CLD 4 Gy/2 dnech, dosažení CR v 72 % případů, 30 % případů vyžaduje opakování RT s mediánem odstupe 6 měsíců, v případě selhání možno opakovat RT stejným režimem 2×2 Gy či navýšit dávku do CLD 24–30 Gy (primární kožní lymfom z folikulárního centra, primární kožní lymfom marginální zóny, primární kožní anaplastický velkobuněčný lymfom)

XIII.2.2.18 Primární kožní DLBCL-leg type

Rychle rostoucí infiltrát často postihující dolní končetinu, nemusí být však výhradně lokalizován pouze v oblasti dolní končetiny. Často postihuje starší pacienty. Tyto lymfomy často relabují v oblasti mimo kůži, mají horší prognózu než většina primárních kožních lymfomů. Solitární nebo lokalizované onemocnění je většinou léčeno kombinací **R-CHOP** a následnou RT. Pokud pacient netoleruje CHT, je užitá samotná RT popř. v kombinaci s rituximabem.

CTV: preCHT GTV + lem 1–2 cm, technika elektrony 6–9 MeV, popř. vyšší energie fotonového záření s bolusem nebo technika 2 protilehlých polí

Celková dávka:

- 36–40 Gy, pokud není aplikována systémová léčba je doporučeno CLD 40 Gy

XIII.2.2.19 Mycosis fungoides

RT je vysoce efektivní léčebná metoda, lokální léčba je efektivní v eradikaci solitárního postižení nebo v paliaci mnohočetného postižení. Celotělové elektronové ozáření (TSEBT) často zajistí dlouhotrvající disease free interval.

CTV:

- **Lokální paliace:** léze + lem 1–2 cm
- **Solitární léze** mycosis fungoides: léze + lem \geq 2cm
- **TSEBT:** různé techniky (velkoobjemová statická elektronová pole, rotační techniky), často nutno dozářit stíněné oblasti (vrchol skalpu, lýtka, perineum, oblast pod prsy, pod břišní řasou) + dozáření bývá nutné na oblast tumorozního postižení. Tato léčba bývá dostupná pouze na několika specializovaných pracovištích radiační onkologie (ORO České Budějovice, MOÚ Brno)

Celková dávka:

- **Lokální paliace:** dávka 2×2 Gy zajistí CR v méně než 30 % případů, dávka 8 a více Gy zajistí CR ve více než 90 % případů, dávky 8–12 Gy umožní opakování RT. Ačkoliv jednorázová dávka 8 Gy může být aplikována s dobrými léčebnými výsledky, lépe je zvážit nižší dávky na frakci 3–5 Gy s ohledem na NTCP, plánované TSEBT, předchozí RT, stav kůže před RT.
- **RT solitární léze:** doporučuje se CLD v rozmezí 6–40 Gy, lokální recidivy jsou vzácné při dávce nad 24 Gy, doporučené rozmezí dávek je 20–24 Gy.
- **Celotělová kožní RT:** rozmezí dávek 8–36 Gy, vyšší dávky jsou spojeny s vyšším počtem CR. CR však bohužel nemají delšího trvání. Nyní je věnována pozornost potenciálu celkově nižších dávek TSEBT (10–12 Gy) s možností opakování léčby v případě potřeby.

XIII.2.2.20 Refrakterní a recidivující lymfomy

- salvage RT na oblast lokalizovaného lymfomového infiltrátu (nejčastěji PET+ mediastinální infiltrát) často indikována v kombinované léčbě relabujících HL či NHL (v kombinaci se salvage systémovou léčbou a transplantací kostní dřeně), cílem RT může být cytoredukce nebo konsolidace, načasování RT před či po ASCT
- samostatná RT může být úspěšně indikována pro pacienty s lokalizovaným onemocněním bez systémových příznaků.

XIII.2.3 Dávky RT pro jednotlivé typy a stadia lymfomů

V RT lymfomů se užívají obvykle **normofrakcionační režimy** (dále jen NF) s jednotlivou dávkou na frakci velikosti 1,8–2 Gy, počet frakcí 5/týden.

XIII.2.3.1 Hodgkinův lymfom

- Pro časná stadia HL (po 2 cyklech ABVD) 20 Gy/10 fr/2 týdny, 2 Gy/fr/den (NF)
- Pro intermediate stadia a pokročilá stadia HL (po 4–6 cyklech systémové léčby) 30 Gy/15 fr/3 týdny, NF- v ostatních případech u primoléčby
- Pro relabující/refrakterní infiltráty HL 36–40 Gy/18-20 fr/3,5–4 týdny, NF

XIII.2.3.2 B-Nehodgkinské lymfomy

XIII.2.3.2.1 Indolentní NHL

- Nově vždy doporučeno zvážení režimu „boom-boom“ 2 frakce po 2 Gy, CLD 4 Gy/2 dnech, tato „minidávka“ CLD doporučována ke zvážení u indolentních lymfomů, nejen jako paliativní přístup, ale též v indikaci reiradiace, adjuvantního ozáření po chirurgickém výkonu, ozáření rizikového cílového objemu-např. orbita, oční adnexa), dlouhotrvající LRC až u 50 % pacientů!!!^{411,412,413,414,415}
- Samostatná kurativní RT stadia I+II: 24-30 Gy/2,5-3 týdny, NF, v případě bulk postižení možno zvážit až 36 Gy/3,5 týdne, NF
- Extranodální gastrický lymfom z marginální zony typu MALT lymfomu žaludku: 30 Gy/3 týdny, NF
- Ostatní lokalizace extranodálních low-grade lymfomů: 24–30 Gy (kůže, orbita, spojivka, slinná žláza...)

XIII.2.3.2.2 Agresivní NHL

- CR po CHT 30–36 Gy/3–3,5 týdne, NF, nově experimentální přístup konsolidace 20 Gy/2 týdny (studie Duke University⁴¹⁶, zařazení pacientů možno v centrech FN Motol a Proton Therapy Center)
- Nejistá CR či PR 36-40 Gy/3,5–4 týdny, vyšší dávka doporučena u NK/T-NHL
- Primární lymfom CNS: dávka na celý mozek (včetně lamina cribiformis, zadní oční segment, dolní hranice C3/C4): 24 Gy v případě CR po CHT, pokud po CHT nebylo dosaženo CR a je to možné, pak eskalace dávky na celý mozek do CLD 36 Gy/3,5 týdne, NF a následný boost 9 Gy/1 týden/5 frakcí na makroskopický tumor/y+lem do CLD 45 Gy/4,5 týdne CAVE: neurotoxicita v kombinaci s MTX, časový odstup od podání MTX a RT minimálně 48 hodin, riziko hlavně u starších pac. (> 60 let), kdy po dosažené CR zvážit vynechání konsolidační RT
- Časná stadia MCL: 30–36 Gy/3–3,5 týdne, NF
- Samostatná RT 44–50 Gy/4,5–5 týdnů, NF
- Nasální typ NK/T-NHL doporučujeme vždy minimální CLD 50 Gy/5 týdnů, NF. Při perzistenci infiltrace zvážit boost do CLD 55-60 Gy/5,5–6 týdnů

411 Hoskin PJ, Kirkwood AA, Popova B, et al. 4 Gy versus 24 Gy radiotherapy for patients with indolent lymphoma (FORT): a randomised phase 3 non-inferiority trial. *Lancet Oncol.* 2014;15(4):457-463. doi:10.1016/S1470-2045(14)70036-1

412 Ciammella P, Luminari S, Arcaini L, Filippi AR. Renewed interest for low-dose radiation therapy in follicular lymphomas: From biology to clinical applications. *Hematol Oncol.* 2018;36(5):723-732

413 Yahalom J. Radiotherapy of follicular lymphoma: updated role and new rules. *Curr Treat Options Oncol.* 2014;15(2):262-268.

414 Dabaja B. Renaissance of Low-Dose Radiotherapy Concepts for Cutaneous Lymphomas. *Oncol Res Treat.* 2017;40(5):255-260

415 Fasola CE, Jones JC, Huang DD, Le QT, Hoppe RT, Donaldson SS. Low-dose radiation therapy (2 Gy × 2) in the treatment of orbital lymphoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2013;86(5):930-935

416 <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01186978>

XIII.3 Provedení RT

- V léčbě maligních lymfomů se radioterapie uplatňuje jako léčba **konsolidační (adjuvantní), radikální, paliativní a profylaktická**.
- Vždy je nutná úzká spolupráce s hematologem ke stanovení indikace radioterapie.
- Vzhledem k variabilitě lymfomových onemocnění jsou uvedeny pouze nejčastější situace.

XIII.3.1 Plánování RT

XIII.3.1.1 Poloha pacienta

- **CNS** – na zádech, ruce podél těla, fixační maska 3bodová
- **Krk, mediastinum, axily** – na zádech, ruce podél těla, termoplastická fixační maska 3–5bodová, hlava v maximálním záklonu (podložka + obrácený klín), ruce mírně od těla
- **Retroperitoneum, tříslu** – na zádech, ruce za hlavou spojené za lokty

XIII.3.1.2 Provedení plánovacího CT

- řezy po 3–5 mm s/bez aplikace kontrastní látky
- aplikace kontrastní látky je vhodná zejména v indikaci RT residuálního mediastinálního a ostatních reziduálních tumorů
- rozsah: dle lokality
- u pohyblivých cílových objemů (mediastinum, epigastrium) doporučováno provedení RT s pomocí techniky zabezpečující kontrolu těchto pohybů (respiratory gating, breath hold techniky), technika maximálního řízeného nádechu (deep inspiration breath hold-DIBH) byla identifikována jako technika spojená s šetření plic i srdce u významné skupiny pacientů⁴¹⁷

XIII.3.1.3 Užití jednotlivých typů cílových objemů dle stadií lymfomů

XIII.3.1.3.1 Hodgkinův lymfom

Obvykle používanými objemy jsou:

- IS RT (KS i a II, mimo st.IIB s MMT či E-postižením)
- RT residuální nádorové masy či původního bulky postižení (vyšší stadia po dokončení kompletní systémové léčby, refrakterní/relabující onemocnění v kombinaci s intenzivní systémovou léčbou)

XIII.3.1.3.2 Non-Hodgkinův lymfom

Obvykle používanými objemy jsou:

- IS RT (při užití samostatné RT bez systémové léčby, KS i a II po inkompletní systémové léčbě či při užití kratší systémové léčby: obvykle 3-4 cykly)
- RT residuální nádorové masy, popř. oblast původního bulku, refrakterní/relabující onemocnění v kombinaci s intenzivní systémovou léčbou
- RT pro extranodální postižení

⁴¹⁷ Aznar MC, Maraldo MV, Schut DA, et al. Minimizing late effects for patients with mediastinal Hodgkin lymphoma: deep inspiration breath-hold, IMRT, or both?. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2015;92(1):169-174.

XIII.3.2 Rizikové orgány

Rizikové orgány relevantní k dané anatomické lokalitě, vzhledem k relativně nízkým dávkám záření je významné sledovat dávky na orgány, u nichž hrozí **potenciální pozdní toxicita** (plíce, mícha, u žen prsní žlázy).

Dle oblasti doporučeno zakreslení následujících rizikových orgánů: mícha, parotidy, ústní dutina, polykací cesty, event. oční trakt, mozkové struktury, plíce: levá a pravá samostatně + obě plíce současně, štítná žláza, prsní žlázy (ženy), odstupy a průběhy koronárních arterií, jednotlivé srdeční oddíly, převodní srdeční systém (AV node), celé srdce, srdeční chlopně, jícen, játra, ledviny pravá a levá samostatně, močový měchýř, rektum a další dle lokality RT.

Dávkové limity⁴¹⁸

Plíce:

- optimální $D_{\text{mean}} < 10$ Gy (dle doporučení ILROG), vzít v potaz předchozí systémovou léčbu: pacienti s relabujícími a refrakterními lymfomy po salvage CHT a ASCT jsou ve vyšším riziku vývoje RP, dále pacienti po pneumotoxické léčbě zahrnující bleomycin, busulfan, gemcitabin, **brentuximab**
- maximální přípustná $D_{\text{mean}} < 13,5$ Gy, $V_5 < 55$ % (nejsilnější prediktor rizika vývoje radiační pneumonitis)⁴¹⁹

Mícha – $D_{\text{max}} < 44$ Gy

Mamma:

- optimální $D < 4$ Gy < 5 %
- zvažování optimalizace techniky $D < 4$ Gy = 5–15%

Srdeční oddíly (především L komora):

- optimální dávka $D_{\text{mean}} < 5$ Gy
- zvažování optimalizace techniky $D_{\text{mean}} < 5$ –15 Gy

Chlopně:

- optimální dávka $D_{\text{mean}} < 5$ Gy
- zvažování optimalizace techniky $D_{\text{mean}} < 5$ –15 Gy

Parotidy $D_{\text{mean}} < 20$ Gy

Ledviny $D_{\text{mean}} < 15$ Gy

418 Dabaja BS, Hoppe BS, Plastaras JP, et al. Proton therapy for adults with mediastinal lymphomas: the International Lymphoma Radiation Oncology Group guidelines [published correction appears in Blood. 2019 Mar 21;133(12):1384-1385]. Blood. 2018;132(16):1635–1646

419 Pinnix CC, Smith GL, Milgrom S, et al. Predictors of radiation pneumonitis in patients receiving intensity modulated radiation therapy for Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2015;92(1):175-182.

Komentář k dávkám na rizikové orgány:

Přístup k RT hematologických malignit se obecně liší od přístupu pro RT solidních nádorů. Vzhledem k relativně nízké celkové dávce zde většinou nepozorujeme významná rizika spojená s akutní radiační toxicitou, která bývá mírná a dobře ovlivnitelná. Stoupá však důraz kladený na minimalizaci dlouhodobých následků RT, neboť v časovém odstupu 10 a více let po ukončené onkologické léčbě převažuje riziko spojené s následky onkologické léčby riziko návratu onemocnění. Výskyt těchto komplikací nevykazuje plato a stoupá kontinuálně v čase po ukončení onkologické léčby.

Srdce (ICHS, chlopenní vady a arytmie):^{420,421,422,423}

- riziko vývoje kardiální toxicity narůstá o 0,7 % s každou jednotkou navýšení V30 Gy na myokard
- riziko vývoje kardiální příhody nejpřesněji koreluje s dávkou Dmean, dávkovou homogenitou, mužským pohlavím a věkem
- riziko vývoje ischemické kardiální příhody zřejmě nejlépe koreluje s dávkou na koronární arterie (objem levé přední sestupné koronární arterie (left anterior descendent artery = LAD), který obdrží dávku 5 Gy, a objem levostranného ramus circumflex, který obdrží dávku 20 Gy)

420 Maraldo MV, Giusti F, Vogelius IR, et al. Cardiovascular disease after therapy for Hodgkin lymphoma: a detailed analysis of 9 collaborative EORTC-LYSA trials. *Lancet Haematol* 2015;2:e492-e502

421 van Nimwegen FA, Schaapveld M, Cutter DJ, et al. Radiation dose-response relationship for risk of coronary heart disease in survivors of Hodgkin lymphoma. *J Clin Oncol* 2016;34(3):235-243

422 Cutter DJ, Schaapveld M, Darby SC, et al. Risk of valvular heart disease after treatment for Hodgkin lymphoma. *J Natl Cancer Inst* 2015;107(4)

423 Hahn E, Jiang H, Ng A, Bashir S, et al. Late Cardiac Toxicity After Mediastinal Radiation Therapy for Hodgkin Lymphoma: Contributions of Coronary Artery and Whole Heart Dose-Volume Variables to Risk Prediction. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2017 Aug 1;98(5):1116-1123

XIII.3.3 Ozařovací techniky

XIII.3.3.1 Fotonové techniky:

XIII.3.3.1.1 3D-konformní RT

- vzhledem k riziku vzniku pozdní a velmi pozdní toxicity v souvislosti s relativně malými dávkami RT dodanými do velkého objemu tkáně je třeba vždy zvážit přínos **vysoce konformních technik fotonové RT** (IMRT, VMAT, tomoterapie) oproti „starší“ technice 3D-konformní radioterapie.

XIII.3.3.1.2 Vysoce konformní fotonové techniky

- IMRT a ostatní (VMAT, tomoterapie) = méně přínosné techniky při srovnání s jejich přínosem u ostatních malignit, vždy je třeba vážit rizika vzniklá z low-dose bath (ozáření velkého objemu nízkými a středními dávkami spojené s navýšením rizik vývoje sekundárních malignit) a teoretické riziko poddávkování cílového objemu (IMRT mediastina bez gatingu či DIBH s rizikem poddávkování části cílového objemu), pro oblast mediastinální lokalizace je proto vyžadováno užití některé z metod pro management dýchacích pohybů (DIBH, respiratory gating, 4D-CT)⁴²⁴

XIII.3.3.1.3 Protonová radioterapie

- Zvážit užití **protonové RT** jako léčebné alternativy k výše uvedeným fotonovým technikám, a to především pro mladé pacienty s mediastinální lokalizací lymfomu s předpokládanou vyšší radiosenzitivitou danou věkem, pro pacienty se signifikantními komorbiditami (preexistující plicní onemocnění, kardiální onemocnění)
- Při překročení limitních dávek nabízí protonová RT bezpečnější alternativu ozáření, a to i pro pacienty, kteří jsou masivně předléčeni systémovou léčbou (zvýšení rizika plicní toxicity), pacienti indikovaní k reiradiaci, pacienti s rozsáhlým cílovým objemem
- V případě pochybností o přínosu jednotlivých technik RT mohou být zhotoveny srovnávací plány s cílem identifikovat optimální léčebnou metodu. Při hodnocení ozařovacích plánů je však důležité posoudit nejen limitní dávky na rizikové orgány, ale i ostatní parametry (problematika nízkých a středních dávek záření, které mohou vést k navýšení rizika dlouhodobé morbidit i mortality).
- K dispozici konsenzuální ILROG guidelines pro protonovou RT mediastinální lokalizace lymfomů dospělých⁴²⁵. Dle těchto doporučení byli identifikováni **pacienti s předpokládaným největším benefitem z užití protonové RT:**
 - mediastinální postižení **zasahující pod úroveň kmene hlavní koronární levostranné arterie a šířící se před, za či podél levé části srdce**
 - **mladé ženy**, u kterých může protonová RT **snížit dávku na prsní žlázy** a tím i snížit riziko vývoje sekundárního ca prsu
 - **vysoce předléčení pacienti**, kteří jsou **ve velkém riziku rozvoje postradiační toxicity** především v oblasti kostní dřeně, srdce a plic

424 https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/hodgkins.pdf

425 Dabaja BS, Hoppe BS, Plastaras JP, et al. Proton therapy for adults with mediastinal lymphomas: the International Lymphoma Radiation Oncology Group guidelines [published correction appears in Blood. 2019 Mar 21;133(12):1384-1385]. Blood. 2018;132(16):1635-1646

XIV. Diagnostické a léčebné postupy u dětí a dospívajících s maligními lymfomy

XIV.1 Nehodgkinské lymfomy u dětí a dospívajících

- Tvoří 8–10 % nádorů dětí a dospívajících.
- Patří ke skupině **vysoce maligních lymfomů** (50 % lymfomy Burkittova typu, 30 % lymfoblastické lymfomy, 20 % lymfomy velkobuněčné).
- Vrchol výskytu je kolem 10 let věku, častěji onemocní chlapci.
- Časně leukemizují, infiltrují meningy, centrální nervový systém a jiné extralymfatické tkáně.
- Často se manifestují pod obrazem **život ohrožující příhody** (obstrukcí dýchacích cest, syndromem horní duté žíly, akutním renálním selháním).
- Celkové přežití dětských pacientů s NHL bez ohledu na histologický typ a stadium onemocnění kolísá mezi 70–90 %.
- Vyšetření před zahájením léčby jsou **shodná jako u dospělých** pacientů s NHL (viz III).

XIV.1.1 Prekurzorový T- a B- lymfoblastický lymfom

Principy léčby

- Pacienti s LBL jsou stratifikováni do 3 léčebných skupin podle imunofenotypu lymfomu, klinického stadia a molekulárně-genetických znaků při stanovení diagnózy (Obrázek 1: LBL 2018 – schéma léčby).
- Léčba je odvozena od léčebných protokolů pro akutní lymfoblastické leukémie (tabulka č.1).
- Horní věkovou hranicí pro léčbu podle protokolu LBL 2018 je datum 18. narozenin.

Tabulka č.1: Protokol LBL 2018 pro léčbu lymfoblastických lymfomů:

| Protokol LBL 2018 | |
|---|---|
| Protokol I | Prednison/dexametazon, vinkristin, daunorubicin, PEG-asparagináza, cyklofosfamid, cytarabin, 6-merkaptopurin, intratékální aplikace metotrexátu |
| Protokol M M – M – M – M | Metotrexát 5g/m ² , leukovorin, 6-merkaptopurin, intratékální aplikace metotrexátu |
| Intenzivní protokol M HR1 – M – HR2 – M | HR1 blok: dexametazon, vinkristin, metotrexát, cyklofosfamid, cytarabin, metotrexát intratékálně HR2 blok: dexametazon, vindesin, metotrexát, daunorubicin, ifosfamid, metotrexát intratékálně |
| Protokol II (pacienti stadia III+IV) | Dexametazon, vinkristin, doxorubicin, cyklofosfamid, cytarabin, 6-thioguanin, metotrexát intratékálně |
| Udržovací léčba | 6-merkaptopurin a metotrexát per os |

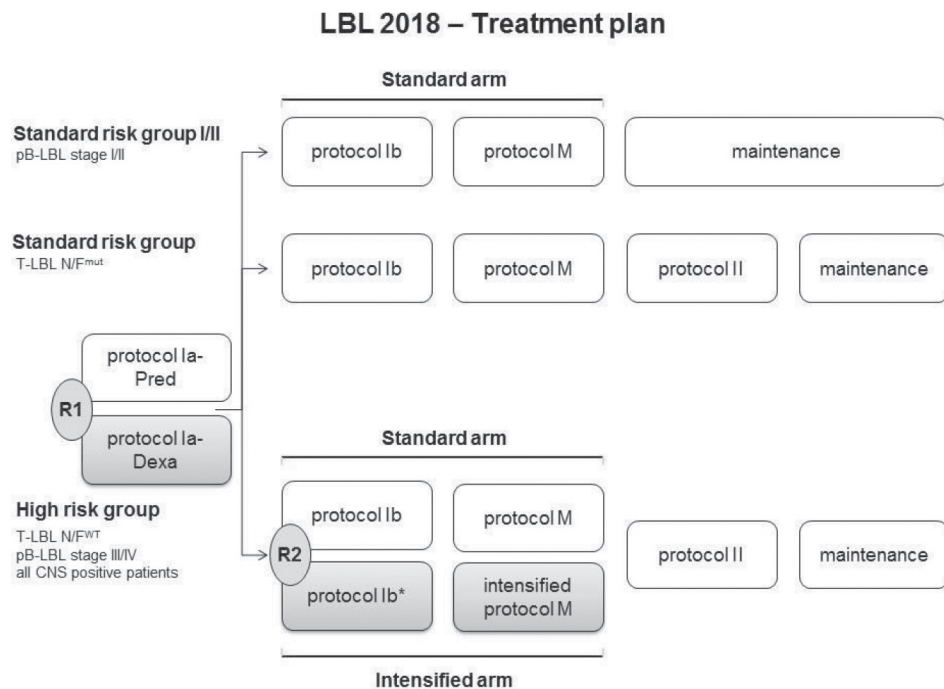
Hlavní cíle Studie LBL 2018:

- Zavedení nového stratifikačního systému založeného na vyšetření mutací NOTCH1 a FBXW7 pro T-LBL a rozsahu onemocnění pro pB-LBL 1⁴²⁶.
- Použití dexametasonu místo prednisonu v protokolu Ia indukční fáze s cílem snížit riziko CNS relapsu (randomizace 1 – R1), pro pacienty ve všech 3 rizikových skupinách 2⁴²⁷.
- Časná intenzifikace chemoterapie pro pacienty ve skupině vysokého rizika s cílem zlepšit léčebné výsledky těchto dětí (randomizace 2 – R2)
- Vynechání ozáření CNS u pacientů s CNS infiltrací, tyto pacienti budou dostávat intenzifikovanou intratékální chemoterapii (metotrexát, cytarabin, prednisolon).
- Substituce asparaginázy E. coli pomocí PEG asparaginázy, která bude podávána ve 14denních intervalech bez přerušení (protokol Ia / b; žádná asparagináza v prot. II).

426 Bonn BR, Rohde M, Zimmermann M, et al. Incidence and prognostic relevance of genetic variations in T-cell lymphoblastic lymphoma in childhood and adolescence. *Blood* 2013;121:3153-60

427 Landmann E, Burkhardt B, Zimmermann M, et al. Results and conclusions of the European Intergroup EURO-LB02 trial in children. *Haematologica* 2017;102:2086-2096

Obrázek 1: Schéma léčby pro lymfoblastické lymfomy (Studie LBL 2018)



XIV.1.2 Difúzní B-velkobuněčný lymfom, lymfomy Burkittova typu

- Pacienti jsou rozděleni do **4 léčebných skupin** v závislosti na rozsahu onemocnění a hladině laktátdehydrogenázy (LDH)⁴²⁸.

Definice terapeutických skupin v protokolu B-NHL 2013:

| Terapeutická skupina | Resekce | Klinické stadium a hladina LDH v séru |
|----------------------|-------------|--|
| R-1 | kompletní | |
| R-2 I/II | nekompletní | Stadium I+II |
| R-2 III | | Stadium III a LDH < 2× horní limit normy (ULN= upper normal limit) |
| R-3 | nekompletní | St. III a LDH ≥ 2× ULN, ale < 4× ULN St. IV/ B-ALL, LDH < 4× ULN, CNS negativní |
| R-4 | nekompletní | St. III a LDH ≥ 4× ULN St. IV/B-ALL, LDH > 4× ULN a CNS negativní |
| R4 CNS+ | nekompletní | St. IV/B-ALL, LDH > 4× ULN a CNS pozitivní |

Imuno-chemoterapie zralých B-buněčných NHL/ALL probíhá v jednotlivých blocích s 10–14 denní pauzou a trvá 2 až 6 měsíců. Schéma studie B-NHL 2013 je zobrazeno na obrázku č. 1.

- **Skupina R1, R2 stadium I/II** (lokalizovaný B-NHL): antracyklíny jsou nahrazeny 1 dávkou rituximabu před zahájením chemoterapie (rituximab window)²⁴²⁹.
- **Skupina R2 stadium III** (méně pokročilým B-NHL): randomizace k podání 4 cyklů standardní chemoterapie (standardní rameno) nebo kombinace rituximab window + 4 cykly standardní chemoterapie (rituximab-plus rameno).
- **Skupina R3+R4, včetně R4 CNS+** (velmi pokročilý B-NHL/ALL): 6 cyklů intenzivní chemoterapie; randomizace k podání 1 dávky rituximabu (standardní rameno) versus 7 dávek rituximabu (rituximab-plus rameno)

428 Woessmann W, Seidemann K, Mann G, et al. The impact of the methotrexate administration schedule and dose in the treatment of children and adolescents with B-cell neoplasms: a report of the BFM Group Study NHL-BFM95. *Blood*. 2005;105(3):948-58

429 Meinhardt A, Burkhardt B, Zimmermann M, et al. Phase II window study on rituximab in newly diagnosed pediatric mature B-cell non-Hodgkin's lymphoma and Burkitt leukemia. *J Clin Oncol*. 2010;28(19):3115-21

| Schéma léčby pro zralé B-NHL (protokol BFM 04) | | | | | | | |
|--|-----|------------------|------------------|----------------|------------------|------------------|----|
| R1 MTX 1g/m ² /4hod | | A ⁴ | B ⁴ | | | | |
| R2 MTX 1g/m ² /4hod | V | A ⁴ | B ⁴ | A ⁴ | B ⁴ | | |
| R3 MTX 5g/m ² /24hod | V | AA ²⁴ | BB ²⁴ | CC | AA ²⁴ | BB ²⁴ | |
| R4 MTX 5g/m ² /24hod | V | AA ²⁴ | BB ²⁴ | CC | AA ²⁴ | BB ²⁴ | CC |
| Léčebný plán pro pacienty s iniciální CNS infiltrací | | | | | | | |
| | V | AA | BB | CC | AA | BB | CC |
| Cytostatika i.t. | ↑ ↑ | ↑ ↑ ↑ | ↑ ↑ ↑ | ↑ | ↑ ↑ | ↑ ↑ | ↑ |

Vysvětlivky:

V dexametazon, cyklofosfamid

A⁴ dexametazon, vinkristin, cytarabin, etoposid, metotrexát, ifosfamid
intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednizolonu

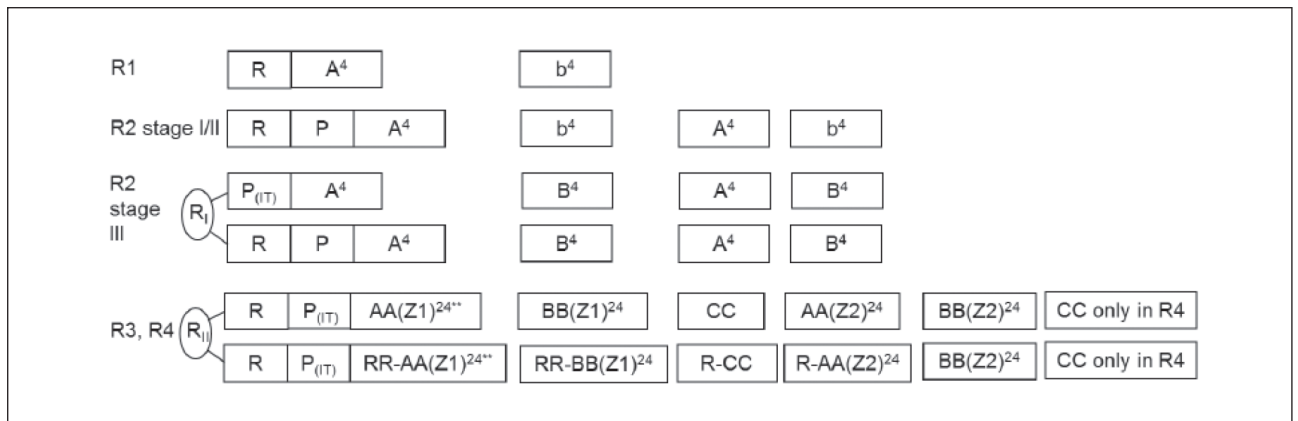
AA²⁴ dexametazon, vinkristin, cytarabin, etoposid, metotrexát, ifosfamid
intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednizolonu

B⁴ dexametazon, vinkristin, doxorubicin, metotrexát, cyklofosfamid
intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednizolonu

BB²⁴ dexametazon, vinkristin, doxorubicin, metotrexát, cyklofosfamid
intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednizolonu

CC dexametazon, vindesin, cytarabin, etoposid
intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednizolonu

Obrázek 1: Schéma léčby pro zralé B-NHL (protokol B-NHL 2013):



Vysvětlivky

R rituximab 375 mg/m²

P (předfáze) dexametazon, cyklofosfamid

P_(IT) dexametazon, cyklofosfamid + intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednisolonu

A⁴ dexametazon, vinkristin, cytarabin, etoposid, metotrexát 1 g/m²/4h, ifosfamid intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednisolonu v den 2 cyklu

AA²⁴ dexametazon, vinkristin, cytarabin, etoposid, metotrexát 5 g/m²/24h, ifosfamid intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednisolonu v den 2 cyklu

b⁴ dexametazon, vinkristin (nepodává se v R1 skupině), metotrexát 1 g/m²/4h, cyklofosfamid

B⁴ intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednisolonu v den 2 cyklu dexametazon, vinkristin, doxorubicin, metotrexát 1 g/m²/4h, cyklofosfamid

BB²⁴ intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednisolonu v den 2 cyklu dexametazon, vinkristin, doxorubicin, metotrexát 5 g/m²/24h, cyklofosfamid

CC intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednisolonu v den 2 cyklu dexametazon, vindesin, cytarabin, etoposid

AA(Z1) + BB(Z1) intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednisolonu v den 5 cyklu

AA(Z2) + BB(Z2) Z1-cykly pro pacienty s CNS infiltrací: intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednisolonu v den 2, 4 a 6 cyklu

AA(Z2) + BB(Z2) Z2-cykly pro pacienty s CNS infiltrací: intratékální aplikace metotrexátu, cytosinarabinosidu a prednisolonu v den 2 + 6 cyklu

XIV.1.3 Primární mediastinální B-buněčný lymfom (PMBCL)

- Vysoce maligní lymfom, tvoří maximálně 3 % všech NHL v dětském věku.
- V době stanovení diagnózy má většina pacientů objemný mediastinální nádor, projevující se rychle postupujícím syndromem horní duté žíly nebo významnou obstrukcí horních dýchacích cest.
- Léčebné výsledky dětí a dospívajících s tímto vzácným typem lymfomu jsou při použití intenzivních B-NHL protokolů horší než u ostatních zralých B-NHL (OS 75 % v.s. 85 %) ⁴³⁰.

Schéma léčby: COP + 6× rituximab + DA-EPOCH⁴³¹

| Léčivo | Dávka (mg/m ² /den) | Způsob podání | Den podání | Opakování cyklu |
|----------------|--------------------------------|------------------|------------|-----------------|
| R-EPOCH | | | | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1.den | |
| etoposid | 50 | kontinuálně i.v. | 1.–4. den | |
| doxorubicin | 10 | kontinuálně i.v. | 1.–4. den | |
| vinkristin | 0,4 | kontinuálně i.v. | 1.–4. den | |
| cyklofosfamid | 750 | i.v. na 1 hod | 5. den | |
| prednison | 60 | p.o. | 1.–5. den | |
| | | | | à 3 týdny |

⁴³⁰ Seidemann K, Tiemann M, Lauterbach I, et al. Primary mediastinal large B-cell lymphoma with sclerosis in pediatric and adolescent patients: treatment and results from three therapeutic studies of the Berlin-Frankfurt-Münster Group. *J Clin Oncol.* 2003;21(9):1782-9

⁴³¹ Wilson WH, Grossbard ML, Pittaluga S, et al. Dose-adjusted EPOCH chemotherapy for untreated large B-cell lymphomas: a pharmacodynamic approach with high efficacy. *Blood.* 2002;99(8):2685-93

XIV.1.4 Anaplastický velkobuněčný lymfom (ALCL)

Princip léčby – Protokol ALCL 99

- Pacienti jsou rozděleni do **3 léčebných skupin** podle klinického stadia a infiltrace rizikových orgánů (postižení kůže, mediastina, jater, sleziny a plic), chemoterapeutické bloky jsou podobné blokům používaným pro léčbu zralých B-NHL, liší se pouze dávkou metotrexátu a zařazením vinblastinu⁴³².
- Průběžná analýza výsledků studie ALCL 99 neprokázala výhodu prolongovaného podání metotrexátu (1 g/m²/24hodin), proto od března 2007 byla randomizace dávky MTX zrušena, u všech pacientů s ALCL je metotrexát je podáván v dávce 3 g/m²/3 hodiny⁴³³.

| Cytoreduktivní vorfáze s dexametazonem a cyklofosfamidem | |
|--|---|
| low risk group: pacienti 1. klinického stadia po kompletním odstranění lymfomu | 3 bloky chemoterapie (V-A-B-A) |
| standard risk group: nemocní 2. až 4. stadia, bez postižení rizikových orgánů high risk group: pacienti s infiltrací výše uvedených rizikových orgánů | 6 bloků chemoterapie (V-A-B-A-B-A-B) |

XIV.1.5 Vzácné formy NHL u dětí

Charakteristika skupiny a principy léčby

- 3–7 % z celkového počtu dětí s NHL – vzácné podtypy onemocnění, obvyklejší u dospělých pacientů.
- Biologická podstata, průběh onemocnění, optimální způsoby léčby těchto NHL jsou u dětí málo známy.
- Neexistuje žádná prospektivní terapeutická studie pro děti.

XIV.1.6 Kožní NHL u dětí

Charakteristika skupiny a principy léčby

- V dětském věku jsou kožní projevy u primárních a sekundárních maligních lymfomů **vzácné**.
- Onemocnění **často probíhá indolentně**, jsou však popisovány i případy s agresivním průběhem a následnou generalizací.
- Klinicky i laboratorně náročná diagnostika.
- Nutnost **dlouhodobého sledování** pacientů s podezřením na projevy kožního lymfomu, s **opakovanými histologickými verifikacemi** kožních infiltrátů.
- Primární kožní lymfomy: maligní lymfomy, které mají solitární nebo multiplicitní kožní projevy a zůstávají nejméně 6 měsíců bez postižení uzlin a dalších orgánů (EORTC-Cutaneous Lymphoma Project Group).
- Sekundární kožní lymfomy: projev generalizace onemocnění, event. posttransplantační lymfoproliferace, často ve spojení s EBV či HIV infekcí.

432 Le Deley MC, Reiter A, Williams D, et al. European Intergroup for Childhood Non-Hodgkin Lymphoma. Prognostic factors in childhood anaplastic large cell lymphoma: results of a large European intergroup study. *Blood*. 2008;111(3):1560-6

433 Brugières L, Le Deley MC, Rosolen A, et al. Impact of the methotrexate administration dose on the need for intrathecal treatment in children and adolescents with anaplastic large-cell lymphoma: results of a randomized trial of the EICNHL Group. *J Clin Oncol*. 2009;27(6):897-903

XIV.1.7 Folikulární lymfom, pediatrický typ

Charakteristika skupiny a principy léčby

- U dětí v porovnání s folikulárními lymfomy u dospělých **spíše lokalizované a indolentní onemocnění**, transformace do high grade onemocnění je méně častá.
- **Molekulární patofyziologie** folikulárního lymfomu u dětí je **odlišná od dospělých** pacientů: méně častá overexprese bcl-2 a translokace mezi chromosomy 14 a 18, častěji overexprese bcl-6.
- Děti s lokalizovaným, kompletně resekováným onemocněním – „wait & watch“ strategie, chemoterapie až při relapsu onemocnění.
- Děti s pokročilým onemocněním se léčí jako zralý B-NHL.

XIV.1.8 Periferní T-buněčné lymfomy u dětí

Charakteristika skupiny a principy léčby

- V dětském věku **relativně vzácné** onemocnění, často s **agresivním chováním** a nepříznivou prognózou.
- Léčebná strategie pro lymfoblastické lymfomy je neefektivní.
- V současnosti používaný léčebný protokol je podobný schématu pro anaplastické velkobuněčné lymfomy, po **6 cyklech chemoterapie** následuje 1 rok trvající **udržovací léčba vinblastinem**.

XIV.1.9 Primární lymfomy CNS (PCNSL) u dětí

Charakteristika skupiny

- 3–5 % ze všech extranodálních lymfomů.
- Typicky onemocnění starších osob, u mladších pacientů často ve **spojení s imunodeficitem**.
- Incidence pro rozvinuté země cca 5,1/1 milion lidí, 1 % z nich je diagnostikováno u dětí a mladistvých.
- 85 % PCNSL zůstává omezeno na centrální nervový systém.
- histologicky:
 - 85 % primární CNS difúzní velkobuněčné B lymfomy
 - 4–5 % NHL Burkittova typu
 - 5 % lymfoblastické NHL
 - 6 % T-buněčný imunofenotyp

Principy léčby

- Léčba PCNSL u dětí je **definována histologií**.
- U tří hlavních terapeutických skupin (ALCL, lymfoblastické lymfomy a zralé B-cell lymfomy) koreponduje s **léčbou systémových NHL** s postižením CNS.
- U ostatních histologických podtypů je základem neoadjuvantní podávání vysokodávkovaného systémového a intratékálně podaného MTX, ještě před RT.
- Problémem jsou nežádoucí účinky léčby, především neurologické.

XIV.2 Hodgkinův lymfom u dětí

Charakteristika skupiny

- Systémy léčby HD u dětí v Evropě i Severní Americe se snaží o dosažení **efektivní rovnováhy mezi rizikem suboptimální léčby** základního onemocnění **a riziky pozdních nežádoucích účinků léčby**. Velké pediatrické kooperativní skupiny (např. německá škola zahrnující cca 200 center z Německa, Rakouska, Švýcarska, Nizozemí, Dánska, Švédska a Norska event. převážně severoamerická COG, (www.childrensoncologygroup.org), nabízejí velmi dobře propracované a logicky na sebe navazující systémy léčby pacientů s Hodgkinovou chorobou.
- Severoamerická škola jde spíše cestou řady na sebe navazujících randomizovaných studií, současná generace evropských studií pro léčbu HD pro časná stadia jsou v podstatě tzv. therapy titration studies (TTS).
- **Nově diagnostikovaní pacienti**: léčení podle individuálně stanovené míry rizika jako děti s **nízkým, středním** či **vysokým rizikem** nepříznivého průběhu onemocnění (v evropské studii označované jako TG 1, TG 2 a TG 3).
- Samostatně jsou léčeni děti s **Hodgkinovým lymfomem s lymfocytární predominancí** (s velmi dobrou prognózou a potřebou nejméně intenzivní léčby).
- Po společné indukční léčbě je další postup individualizován podle časnosti a stupně dosažené léčebné odpovědi (koncepte tzv. „**response based**“ terapie).
- Zásadní je význam posuzování léčebné odpovědi **pomocí PET**, zdá se, že právě časnost odpovědi a její hodnocení již po prvním, nikoli až po 2. bloku chemoterapie bude mít prediktivní význam.
- Snaha je pacienty s časnou odpovědí na indukci léčit méně, zatímco pacienti s méně dobrou léčebnou odpovědí mají formou randomizace časně zařazenu intenzifikaci stávající terapie.
- Adolescentní dívky s HD, na rozdíl od dospělých žen, mají po ozáření mediastina významně vyšší riziko výskytu karcinomu prsu, u dětí je tedy snaha dávku RT více redukovat a kompenzovat ji intenzivnější chemoterapií.

XIV.2.1 Severoamerický systém léčby (COG schéma)

| COG systém léčby Hodgkinova lymfomu | | | |
|---|--|---|----|
| Primární diagnóza HL stratifikace | | | |
| Klasický HL Nízké riziko | Klasický HL Střední riziko | Klasický HL Vysoké riziko | LP |
| Relaps | | | |
| Relaps vyššího rizika Randomizace | | Relaps nízkého rizika | |
| Ifosfamid + Vinorelbin + PS341 | Ifosfamid + Vinorelbin | Konvenční chemoterapie + Radioterapie | |
| Randomizace | | | |
| Vysokodávkovaná léčba s autologní transplantací + Indukce autologní GVHD | Vysokodávkovaná léčba s autologní transplantací | | |
| Další relaps ↓ Gemcitabin + Vinorelbin ↓ ICE + brentuximab vedotin | | | |

Cílem je

- **Zlepšit léčebné výsledky** pro pacienty s **pozdní odpovědí na léčbu** pomocí časného zařazení intenzifikace léčby, event. boostem RT.
- **Snižovat rizika pozdních následků.**

XIV.2.1.1 Léčba dětí s nízkým rizikem

Charakteristika skupiny

- klinické stadium IA, IIA, non-bulky

Principy léčby

- iniciační indukce – **3 bloky málo intenzivní chemoterapie AVPC**.
- pacienti, kteří dosáhnou kompletní remisi (většina pacientů), jsou dále jen sledováni, bez radio-
terapie (IF RT)
- pacienti, kteří **nedosáhnou kompletní remisi** po iniciační chemoterapii – léčba **radioterapií v nízkých dávkáchna postižené oblasti** (IF low dose RT)

| Schéma léčby dětí s HL nízkého rizika dle COG | |
|--|--|
| Úvodní léčba | |
| 1 × AVPC PET 2 × AVPC Zhodnocení léčebné odpovědi | |
| CR sledování | PR Nízkodávkovaná radioterapie IF |
| Relaps | |
| Relaps vysokého rizika <i>nebo</i> 2. relaps ↓ Vysokodávkovaná léčba + ASCT | Relaps nízkého rizika ↓ IV DECA/RT |

XIV.2.1.2 Léčba dětí se středním rizikem

Charakteristika skupiny

- klinická stadia IB, IIB, IA bulky, IIA bulky, IIAE, IIIA, IIIAE, IIIAS, IIIAE+S, IVA

Principy léčby

- Postup COG určuje randomizovaná studie.
- Standardní rameno – **4 bloky chemoterapie ABVE-PC** s následnou **IF RT**, 21Gy.
- Pacienti s **pomalou odpovědí na indukční léčbu** – randomizace buď k léčbě dle standardního ramene, nebo k intenzifikaci léčby dalšími 2 bloky odlišné chemoterapie **DECA**.
- Pacienti s **časnou dobrou odpovědí** na iniciační léčbu (kompletní remise již po 4 blocích **ABVE-PC**) randomizováni k léčbě dle standardního ramene, event. k redukci léčby, tzn. bez konsolidační radioterapie.

| Schéma léčby dětí s HL středního rizika dle COG | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| Úvodní léčba | | | |
| 2× ABVE-CP Zhodnocení léčebné odpovědi <i>Pozn: při progresi choroby experimentální postup</i> | | | |
| SER Pomalá časná odpověď Randomizace | | RER Rychlá časná odpověď ↓ 2× ABVE-CP | |
| Standardní rameno 2× ABVE-CP + RT IF | Experimentální rameno 2× DECA + 2× ABVE-CP + RT IF | Při PR – RT IF Při PD – experimentální postup Při CR – randomizace | |
| | | Standardní rameno RT IF | Experimentální rameno Bez RT |

XIV.2.1.3 Léčba dětí s vysokým rizikem

Charakteristika skupiny

- klinická stadia III B a IV B

Principy léčby

- Základem léčby jsou **4 bloky chemoterapie ABVE-PC**.
- Pacientům s **pomalou odpovědí** na léčbu jsou přidány **2 bloky Ifosfamid Vinorelbin**.
- Následně je přidávána **radioterapie na oblasti s iniciální „bulky“ nemocí (> 6 cm)**, event. na místa **perzistujícího onemocnění** při ukončení CHT.

XIV.2.2 Evropský systém léčby (Studie EuroNet-PHL-C2)

- Využívá **FDG-PET** pro iniciální staging a zhodnocení časně (ERA PET) i pozdní odpovědi na léčbu (LRA PET).
- Pacienti jsou rozděleni do **3 léčebných skupin (TL-1, TL-2, TL-3)** podle rozsahu onemocnění, přítomnosti B symptomů, objemu nádoru, FW a extranodálních infiltrátů.
- Indukční chemoterapie je shodná pro všechny pacienty (2 cykly **OEPA**), pak následuje zhodnocení časně léčebné odpovědi (ERA PET). Při nedostatečné odpovědi na úvodní 2 cykly **OEPA** se indikuje radioterapie.
- U pacientů ve skupině TL-2 a TL-3 s FDG-PET pozitivním reziduem po indukční chemoterapii (pozitivní ERA PET) se hodnotí pozdní léčebná odpověď (LRA PET po ukončení celé chemoterapie).
- U LRA PET-negativních pacientů randomizovaných do ramene DECOPDAC-21 není radioterapie indikována.

Chemoterapie

Léčebná úroveň **TL-1: 2–3 cykly** chemoterapie

(2× **OEPA** ± 1× COPDAC-28)

Léčebná úroveň **TL-2: 4 cykly** chemoterapie

(2× **OEPA** + 2× COPDAC-28 nebo 2x DECOPDAC-21)

Léčebná úroveň **TL-3: 6 cyklů** chemoterapie

(2× **OEPA** a 4× COPDAC-28 nebo 4× DECOPDAC-21)

| Schéma léčby dětí s HL podle studie EuroNet-PHL-C2 | | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| TL 3 Vysoké riziko II _E B, III _E A/B, IIIB, IV A/B | | TG 2 Střední riziko I _E A/B, II _E A, IIb, III A | | TG 1 Nízké riziko IA/B, II A | |
| 2× OEPA | | 2× OEPA | | 2× OEPA | |
| Časné zhodnocení léčebné odpovědi – ERA PET Rozhodnutí o radioterapii | | | | | |
| Randomizace | | Randomizace | | 1× COPDAC-28 | |
| COPDAC-28 4× | DECOPDAC-21 4× | COPDAC-28 2× | DECOPDAC-21 2× | | |
| Dobrá odpověď | Nedostačující odpověď | Dobrá odpověď | Nedostačující odpověď | Dobrá odpověď | Nedostačující odpověď |
| LRA PET | | LRA PET | | | |
| Bez RT | RT 30 Gy na LRA pozitivní reziduum | Bez RT | 30 Gy na LRA pozitivní reziduum | Bez RT | RT |

XIV.2.3 Hodgkinův lymfom s lymfocytární predominací

Principy léčby

- Děti s LP HD **po kompletní resekci** (verifikace pomocí PET) se **pouze sledují**.
- Pacienti s progresí pouze po chirurgické léčbě, event. pacienti nízkých klinických stadií po nekompletní resekci – léčba nízké intenzivní chemoterapií.
- Radioterapie je vyhrazena pouze pro pacienty s reziduem onemocnění i po skončení chemoterapie.
- Podmínkou úspěchu je **pečlivé hodnocení histologií**.

XIV.2.4 Hodgkinův lymfom – léčba relapsů onemocnění u dětí

Principy léčby

- Jak evropskou, tak severoamerickou školou je léčba vedena v závislosti na **individuálním hodnocení stupně rizika nepříznivého průběhu relapsu** onemocnění. (časový faktor vzniku recidivy či progresse, podaná iniciální léčba, event. pořadí relapsu)
- **Transplantační léčba** je vyhrazena pouze pacientům **s relapsy vyššího rizika**. Experimentálně zařazuje německá skupina pro přísně vybrané vysoce rizikové pacienty alogenní transplantaci, COG na základě velmi povzbudivých výsledků imunomodulace po autologní transplantaci dnes randomizuje děti po vysokodávkované chemoterapii k eventuální indukci autologní GVHD.
- Děti s **relapsem HD nízkého rizika** – léčba další **chemoterapií a radioterapií** o intenzitě srovnatelné s intenzitou primární léčby s cílem snížit počet pacientů vystavených rizikům vysokodávkované chemoterapie.
- **Následné relapsy** – německá škola zařazuje vysokodávkovanou chemoterapii s autologní transplantací pro ty, kteří ještě HDT neměli, případně alogenní transplantaci pro pacienty s relapsy po předchozí autologní transplantaci. COG jde spíše cestou využití klinických studií fáze II, s testováním nových kombinací před jejich případným zařazením do časnějších fází léčby, případně s použitím novějších preparátů jako je [bortezomib](#) či [brentuximab vedotin](#).

XIV.2.5 Kardioprotekce u dětí s Hodgkinovým lymfomem

- Ve studiích COG 9425 a 9426 pro děti s HD byla ve skupině pacientů randomizovaných ke kardioprotektivní léčbě Zinecardem zaznamenána vyšší hematologická toxicita a vyšší výskyt sekundárních malignit. Současná generace protokolů dávku antracyklinů redukuje.
- V současné době není k dispozici dostatek informací podporujících rutinní použití kardioprotekce dexrazoxanem u dětí s maligním lymfogranulomem.

XIV.3 Perspektivy v oblasti léčby lymfomů dětí

- Důraz je kladen jak **biologii vlastního nádoru**, tak i na **faktory hostitele**.
- V oblasti studia biologie nádoru se jeví perspektivní především NFkB, dále oblast CLIP na RS buňkách jako cílová struktura pro výše uváděnou imunomodulaci, pracuje se dále na korelaci proteomických nálezů s klinickým stadiem, prognózou apod.
- Z farmakogenomiky hostitele se jeví jako perspektivní především GSTM1, GSTT1 a XCRCC1.
- Dětem s Hodgkinovou nemocí nejvyššího rizika (IV-B) je snaha nabízet cílenou léčbu (např. [bortezomib](#), [brentuximab vedotin](#)) již v iniciační fázi léčby, protože stávající režim [ABVE-PC](#) je pro tyto děti zřejmě nedostatečně efektivní, a ostatní efektivní režimy, např. CCG 59704, jsou příliš toxické.



XV. Podpůrná léčba, profylaxe a řešení vybraných komplikací léčby^{434,435,436}

XV.1 Cytostatika se specifickým opatřením při aplikaci

| | |
|----------------------|---|
| Bleomycin | horečky; pulmotoxicity pod obrazem možného rozvoje hypersensitivní pneumonitidy až progresivní plicní fibrózy v horizontu minut i měsíců po aplikaci a smožnou potenciací při radioterapii, renální insuficienci, s narůstajícím věkem nebo léčbou s kyslíkem; erytém a pigmentace kůže (v místě tlaku, stopy jako po bičování) |
| Cis-platina | nefrotoxicita při nezajištěné hyperhydrataci |
| Cyklofosfamid | hematurie, dysurie, hemoragická cystitida po aplikaci vyšších gramových dávek a především při nezajištěné hydrataci a uromitexanu, kardiotoxicita |
| Ifosfamid | hematurie, dysurie, hemoragická cystitida po aplikaci vyšších gramových dávek a především při nezajištěné hydrataci a uromitexanu |
| Metotrexát | nefrotoxicita a poškození při krystalizaci při aplikaci vyšších dávek (≥ 1000 mg/m ²) při nezajištěné alkalizaci a nízkém Ph moči (udržet pH moči ≥ 7), hepatotoxicita, mukositida sliznic GIT – vyšší dávky metotrexátu lze bezpečně podávat u pacientů s normální funkcí ledvin a při zajištění bohaté hydratace (hyperhydratace), alkalizace a aplikace leukovorinu podle doporučení individuálních protokolů a farmakokinetiky hladin metotrexátu. Riziko renálního poškození je rovněž sníženo v případě pomalých infuzí metotrexátu oproti bolusovým nebo rychlým infuzním aplikacím ⁴³⁷ |

XV.2 Hydratace, nefroprotektce a uroprotektce

| | |
|------------------------|--|
| Hydratace | dostatečně při každé chemoterapii, hyperhydratace pak při aplikaci cisplatinu a vyšších dávek metotrexátu, cyklofosfamidu a ifosfamidu |
| Alkalizace moči | (bikarbonát p.o., infuzně): prevence krystalizace vyšších dávek metotrexátu v močových cestách (pH moči 7 a výše) |
| Allopurinol | profylaxe a léčba hyperurikémie a souvisejícího poškození ledvin a krystalizace v močových cestách |
| Uromitexan | profylaxe hemoragické cystitidy při léčbě ifosfamidem a s vyšší dávkou cyklofosfamidu (> 1 g/m ²) |

434 Vokurka S, et al. Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie – učební texty a ošetrovatelské problémy nejen pro sestry z oboru hematologie a onkologie. Galén 2005, ISBN: 8072622994

435 Vokurka S, et al. Postižení dutiny ústní onkologických pacientů. CurrentMedia 2014, Praha, ISBN 978-80-260-6359-9

436 Elad S, Raber-Durlacher JE, Brennan MT, et al. Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/ International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). Support Care Cancer 2015; 23: 223-236

437 Widemanna B, Adamson P. Understanding and Managing Methotrexate Nephrotoxicity. The Oncologist 2006; 11: 694–703

XV.3 Prevence tumor lysis syndromu

- vydatná hydratace (zejména u vysoce agresivních lymfomů – Burkittův lymfom, high-grade B-NHL)
- alopurinol 300–600 mg denně
- případně rasburikáza

XV.4 Profylaxe tromboembolie

U pacientů s lymfomem se v některých případech kumuluje více rizikových faktorů pro rozvoj tromboembolie současně, zejména:

- malignita
- komprese žil a stáza krve lymfomem,
- věk > 45 let
- léčba kortikoidy
- imobilita
- zavedený centrální žilní katétr aj.

Prevence a léčba:

- Motivace pacienta k pohybu, chůzi, cvičení s dolními končetinami při pobytu na lůžku.
- Přes den komprese dolních končetin pomocí elastických punčoch nebo bandáží.
- Nízkomolekulární hepariny s.c., dávkování dle hmotnosti a účelu (profylaxe vs. terapie).
- Kumariny **nejsou vhodné** u pacientů s předpokladem trombocytopenie pro vysoké riziko krvácení.

XV.5 Transfuze erytrocytů a trombokonzentrátů

Kromě standardních kritérií a požadavků na indikaci a aplikaci transfuzních přípravků vystupují následné specifické situace:

XV.5.1 Deleukotizace transfuze erytrocytů a trombocytů

- zajišťuje se již při výrobě nebo aplikaci přes set s deleukotizačním filtrem, snižuje výskyt potransfuzních horeček, aloimunizaci a přenos cytomegaloviru
- má být **požadována** pro pacienty s předpokladem dlouhodobější a opakované potřeby transfúzí nebo při intenzivnější chemoterapii, při předpokladu možné transplantace v budoucnu, obzvláště jedná-li se o pacienty CMV negativní.
- je **naprosto nutná** v rámci alogenní transplantace krvetvorných buněk.

XV.5.2 Iradiace (ozáření)

- úprava koncentrátů trombocytů, erytrocytů a plazmy gama zářením většinou v dávce 25 Gy s cílem deaktivace lymfocytů v přípravku a tím minimalizace rozvoje s transfuzí asociovanou reakcí štěpu proti hostiteli
- nutno zajistit pro pacienty po alogenní a autologní transplantaci krvinek, při jiné intenzivní chemoterapii nebo léčbě s fludarabinem a cladribinem do doby reparace krvetvorby a imunity

XV.5.3 CMV negativní přípravek

- pro CMV negativní pacienty po alogenní transplantaci kostní dřeně (i pro čekatele na ni) nebo při jiné intenzivní chemoterapii včetně autologní transplantace do obnovení plné obranyschopnosti je vhodné přednostně objednávat CMV negativní koncentráty erytrocytů a trombocytů.

XV.6 Neutropenie a růstové faktory granulocyty (G-CSF)

Využití G-CSF v profylaxi neutropenie po chemoterapii je všeobecně doporučováno (NCCN, ASCO, ESMO, EORTC) **u režimů s rizikem febrilní neutropenie 20 % a více**⁴³⁸. Mezi takto rizikové protokoly jsou zařazeny např. **FC, RFC, DHAP, ESHAP, CHOP, ICE, BEACOPP, ABVD** atd. Přesná specifikace je u jednotlivých protokolů – viz [kapitola XXI](#)

G-CSF profylaxi lze zajistit i v případě jiných protokolů chemoimunoterapie s přihlédnutím k **dalším rizikovým faktorům a podle individuálních okolností** přičemž většina všech případů epizod febrilní neutropenie u starších pacientů nastává během prvních dvou cyklů chemoterapie:

- věk
- pokročilost malignity
- parametry krevního obrazu (neutrofily vstupně)
- komorbidity
- předchozí výskyt febrilní neutropenie

G-CSF má být aplikován 24 hod po ukončení chemoterapie, přičemž dávkovací schéma je dáno typem použitého prostředku – v případě molekuly s protražovaným efektem (pegfilgrastim, lipegfilgrastim) se aplikuje jedna dávka na cyklus, v případě standardního filgrastimu (včetně biosimilars) je aplikace denně do reparace granulopoezy. Biosimilární G-CSF prokazuje stejnou účinnost a bezpečnostní profily G-CSF bez ohledu na molekulu jsou prakticky srovnatelné.

438 Aapro MS, Bohlius J, Cameron DA, et al. 2010 update of EORTC guidelines for the use of granulocyte-colony stimulating factor to reduce the incidence of chemotherapy-induced febrile neutropenia in adult patients with lymphoproliferative disorders and solid tumours. *Eur J Cancer* 2011; 47(1): 8-32

XV.7 Anémie a růstové faktory erytopoezy (EPO)⁴³⁹

- Využití EPO v léčbě anémie v souvislosti s nemyeloidní malignitou lze doporučit s odkazem na EORTC, ASCO/ASH, NCCN, guidelines v případě hodnot **hemoglobinu < 90–100 g/l a/ nebo u pacientů s anémií symptomatickou.**⁴⁴⁰
- EPO by neměl být podáván při dosažení hodnoty hemoglobinu nad 120 g/l (respektive cílová hladina Hb je 120 g/l). Dávkovací schéma je individuální s ohledem na hmotnost pacienta a typ EPO, vyšší úvodní dávky se nedoporučují.
- Není-li léčebná odpověď po 6 týdnech, je vhodné léčbu ukončit a neeskalovat dávky.
- V udržovací léčbě je vhodné podávat nejnižší účinné dávky.
- Léčba by měla probíhat za p.o. nebo i.v. suplementace železa (je-li sideropénie) s kontrolou saturace transferinu.
- Nutno pamatovat na riziko TEN.
- Není jednoznačná přednost kteréhokoliv z přípravků EPO, včetně biosimilars, v otázce účinnosti a bezpečnosti.

XV.8 Antiinfekční profylaxe

- nezbytná zejména u nemocných staršího věku léčených režimy s rizikem vzniku neutropenie
- nezbytná u nemocných léčených **idelalisibem** (zde nutná i pravidelná monitorace CMV při každém cyklu léčby)

Formy antiinfekční profylaxe:

- podávání virostatik (valaciclovir, aciclovir)
- PCP profylaxe (cotrimoxazol 2x týdně 2 dny po sobě 2x 960 mg nebo 3 dny v týdnu 2x 960 mg)
- antimikrobiální profylaxe a antimykotická profylaxe (nejčastěji flukonazol) – jen v případě déletrvajících neutropenie (> 7 dní)

⁴³⁹ Aapro MS, Link H. September 2007 update on EORTC guidelines and anemia management with erythropoiesis-stimulating agents. *Oncologist* 2008; 13 Suppl 3: 33-36

⁴⁴⁰ Bokemeyer C, Aapro MS, Courdi A, et al. EORTC guidelines for the use of erythropoietic proteins in anaemic patients with cancer: 2006 update. *Eur J Cancer* 2007; 43(2): 258-270

XVI. Léčba lymfomů v graviditě

Zkušenosti s léčbou lymfomů v době těhotenství vychází z kazuistik a empirie⁴⁴¹, nicméně na základě dosavadních poznatků lze definovat některá doporučení v léčebném přístupu, přičemž platí, že každý případ je nutno posuzovat přísně individuálně.

V době těhotenství jsou také **omezeny možnosti stážování lymfomů** s ohledem na absolutní kontraindikaci PET-CT a kontrastních látek, možnost indikace CT jen z vitální indikace ze strany matky a možnost využití MRI v době mimo první trimestr.

Rozhodnutí o **zahájení nebo odložení vhodné onkologické léčby** s ohledem na agresivitu lymfomu musí být v rovnováze ve smyslu **dopadu na život a zdraví matky a na zdraví a život plodu**. Nutná je koordinace a domluva minimálně s odborníky v oboru gynekologie-porodnictví a neonatologie. Do úvahy musí být zahrnuto nejen působení samotné onkologické léčby, ale také dalších podpurných léků a prostředků, přičemž nesmí být opomenuta otázka případného přestupu molekul léků do mateřského mléka a tedy i bezpečnost případného kojení. Koncentrace různých cytostatik v mateřském mléce se liší a přestože nebyl jednoznačně prokázán toxický efekt, doporučuje se přerušit kojení na dva týdny a více po podání chemoterapie.

Chemoterapie aplikovaná v období prvního trimestru (období organogeneze) je asociována s největším rizikem spontánního abortu, úmrtí plodu a vrozených malformací v rozsahu incidence 10–20 % podle množství, typu a dávek podaných cytostatik⁴⁴². Ve druhém až třetím trimestru těhotenství pak bývá případné podání chemoterapie doprovázeno růstovým neprospíváním plodu, nižší porodní hmotností, předčasným porodem nebo i úmrtím plodu, ale není již nárůst incidence vrozených vývojových vad. i přesto, že vývoj mozku a gonád probíhá dále po prvním trimestru, nebyly zjištěny zásadní negativní vlivy na kognitivní funkce, fertilitu nebo sekundární malignity u narozených dětí. V období třetího trimestru je podání chemoterapie doprovázeno nejméně komplikacemi, ale je nutno chemoterapii pečlivě naplánovat tak, aby se neindukoval útlum krve tvorby matky a plodu přímo v době porodu, respektive porod odložit do fáze reparace, je-li útlum krve tvorby předpokládán. Volbou podle okolností a délky těhotenství je také možnost realizovat předčasný porod a teprve následně zajistit chemoterapii. Nebo naopak zajistit dostatečné období mezi aplikací chemoterapie a porodem dítěte z důvodu, že tento postup přispívá k snazší eliminaci toxických metabolitů v rámci fetomaternalního oběhu a tím napomáhá k ulehčení zátěže při nezralosti jater a ledvin narozeného dítěte. V každém případě musí být plánována nutná podpurná péče pro období po porodu dítěte vystaveného chemoterapii matky v období před porodem.

Z celé řady cytostatik je specifický výskyt deformit končetin spojován především s **cytarabinem** a závažná poškození jsou popisována také po podání **6-thioguaninu** a **vysokých dávek metotrexátu** v prvním trimestru (podání těchto cytostatik v prvním trimestru bývá prakticky vždy doporučením k umělému přerušení těhotenství z důvodu vysokého rizika poškození plodu). Z antracyklinů je za relativně nejméně bezpečný považován idarubicin s vyšší placentární prostupností a delším biologickým poločasem⁴⁴³.

441 Milojkovic D, Apperley J. How i treat leukemia during pregnancy. *Blood* 2014; 123: 974–984

442 Weisz B, Schiff E, Lishner M. Cancer in pregnancy: maternal and fetal implications. *Hum Reprod Update* 2001; 7(4): 384-393

443 Amant F. Safety of chemotherapy in pregnancy. *Clin Adv Hematol Oncol* 2012; 10(4): 258-259

U některých dětí narozených matkám vystaveným v průběhu těhotenství **rituximabu** byly hlášeny **přechodná deplece B buněk a lymfocytopenie** a přípravek by neměl podáván těhotným ženám s výjimkou situace, kdy možný prospěch převáží potencionální riziko (pozn. nelze plně odlišit hlášené případy s aborty, malformacemi ve smyslu možného vlivu jiných léků podávaných konkomitantně).⁴⁴⁴ Naproti tomu IFN- α je považován za bezpečnou molekulu ve vztahu k těhotenství a využít lze také relativně bezpečně léčbu s prednisonem.

Ondansetron a metoclopramid se jeví jako bezpečné v těhotenství, rovněž tak antibiotika penicilinová, cefalosporiny, aminoglykosidy a metronidazol. Naopak sulfonamidy, tetracykliny a především azolová antimykotika nemají být používány. Pro podporu reparace granulopoezy lze využít G-CSF.

Plod je výrazně citlivý na **ionizační záření**. V období prvního trimestru a v případě CNS do 15. týdne je výrazné riziko závažných postižení plodu, nedojde-li přímo rovnou k odúmrťi. V pozdějších obdobích těhotenství bývá následkem působení radiačního záření růstové neprospívání plodu, mentální retardace, mikrocefalie. V případě nutnosti radioterapie v období těhotenství, lze ale přísně individuálně zvažovat možnosti léčby v oblastech mimo dutinu břišní při řádném clonění, plánování a cílení (např. hlava, krk, horní polovina hrudníku, končetiny).

S ohledem na charakter lymfomu a jeho agresivitu, s ohledem na období těhotenství (s nejvyšším rizikem pro malformace v prvním trimestru) a s ohledem na přání matky lze individuálně v těhotenství zajistit relativně bezpečné podání chemoterapie pro matku i plod od druhého trimestru. V prvním trimestru však bývá ze zdravotních důvodů doporučováno umělé přerušování těhotenství.

444 Chakravarty EF, Murray ER, Kelman A, Farmer P. Pregnancy outcomes after maternal exposure to rituximab. *Blood* 2011; 117(5): 1499-1506

XVII. Lymfomy u starších nemocných

Obecný úvod:

V západních i v rozvojových zemích roste podíl starších osob, populace stárne. v roce 2015 bylo 18,9 % obyvatelstva v Evropské unii starších 65 let a 5,3 % bylo starších 80 let.⁴⁴⁵ Odhaduje se, že do roku 2060 podíl lidí ve věku nad 65 let stoupne na 28 % a podíl ve věku nad 80 let se zvýší na 12 %.⁴⁴⁶ Můžeme tedy očekávat, že počet starších pacientů s hematologickými malignitami se bude nepřetržitě zvyšovat, protože jsou typickými onemocněními starších pacientů s mediánem věku při diagnóze > 70 let u nejčastějšího podtypu lymfomů (difúzní velkobuněčný B-lymfom – DLBCL).

Na druhé straně došlo v posledních letech k dramatickému zlepšení léčebných možností lymfomů společně s rozvojem podpůrné péče (růstové faktory, nutriční podpora, profylaktické podávání ATB, antimykotik, antivirotik). v posledních letech byla vyvinuta dobře tolerovaná a účinná cytostatika, imunomodulační léky (např. **lenalidomid**), monoklonální protilátky (**rituximab**, **obinutuzumab**), konjugované protilátky (**ibritumomab tiuxetan**, **brentuximab vedotin**) a “malé molekuly” (např. **ibrutinib**, **idelalisib**) s příznivými profily účinnosti. Na základě složité problematiky léčby starších pacientů s maligním lymfomem a nedostatku literárních doporučení ohledně algoritmů léčby⁴⁴⁷ pro tyto pacienty je racionální integrace těchto nových léků do léčebných schémat velkou výzvou.

Důvody nedostatečného množství dat o léčbě starších nemocných s lymfomem:

- individuální rozhodování o léčbě na základě věku, přidružených komorbidit, tělesné zdatnosti
- nedostatečná integrace starších nemocných do klinického výzkumu (pouze 5 % klinických hodnocení zaměřených na starší populaci, 69 % klinických hodnocení vylučuje starší nemocné pro jejich věk)⁴⁴⁸
- primárním cílem klinických hodnocení nebývají priority ve stáří: zlepšení a udržování kvality života či udržování tělesné zdatnosti⁴⁴⁹

Lymfomy tvoří 4–5 % z celkového množství všech malignit. Distribuce některých podtypů lymfomů se lehce mění s věkem. Zastoupení DLBCL se s věkem zvyšuje, u FL je to naopak. Hodgkinovým lymfomem onemocní dominantně mladší nemocní, přibližně 20 % pacientů je ve věku nad 60 let. Zastoupení T-lymfomů, lymfomu z buněk pláště a lymfomů z marginální zóny se s věkem významněji nemění.

Tab. 1: Distribuce folikulárního lymfomu (FL) a difúzního velkobuněčného B – lymfomu (DLBCL) v závislosti na věku

| | DLBCL | FL |
|----------|-------|---------|
| 60–70let | 43 % | 15–16 % |
| ≥ 80 let | 55 % | 7 % |

445 Eurostat. News release: Nearly 27 million people aged 80 or over in the European Union 2016; <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7672228/3-29092016-AP-EN.pdf/4b90f6bb-43c1-45ed-985bd8be9564157a> (25 November 2016, date last accessed)

446 European Commission, The 2015 Ageing Report 2015; http://europa.eu/epc/sites/epc/files/docs/pages/ageing_report_2015_en.pdf (8 July 2016, date last accessed)

447 Buske C, Hutchings M, Ladetto M et al. ESMO Consensus Conference on Malignant Lymphoma: General Perspectives and Recommendations for the Clinical Management of the Elderly Patient with Malignant Lymphoma. *Ann Oncol* 2017; 28: 2633–2651

448 Hamaker ME, Stauder R, van Munster BC. On-going clinical trials for elderly patients with a hematological malignancy: are we addressing the right end points? *Ann Oncol* 2014; 25: 675–681

449 Hurria A, Cirincione CT, Muss HB et al. Implementing a geriatric assessment in cooperative group clinical cancer trials: CALGB 360401. *J Clin Oncol* 2011; 29: 1290–1296

Pojem “starší nemocný” nemá jednotnou definici. Věk představuje nezávislý negativní prognostický faktor přežití u pacientů s lymfomy a je součástí řady prognostických indexů u lymfomů (obvykle věk ≥ 60 let). Věková hranice 60–65 let se většinou uplatňuje u indikace intenzivnější terapie a transplantace kostní dřeně. v případě indukční léčby lymfomů (R-CHOP, bendamustin, platinové režimy) jsou nemocní s věkem do 75 let schopni léčbu podstoupit, pokud netrpí významnějšími komorbidity.

Obecná definice “starší nemocný”: ≥ 70 let (dle doporučení SIOG /Society of Geriatric Oncology/ a EORTC /European Organisation for Research and Treatment of Cancer/)⁴⁵⁰

Chronologický věk sám o sobě není vhodným nástrojem pro definování zdravotního stavu pacientů, v indikaci o léčbě **rozhoduje vždy věk biologický**.

S přibývajícím věkem dochází ke změnám v organizmu:

- snížení fyzické zdatnosti (sarkopenie)
- nárůst přidružených komorbidit
- kognitivní a behaviorální dysfunkce, deprese, ztráta soběstačnosti
- funkční porucha imunitního systému

“Starší nemocný” a protilymfomová léčba:

- nižší eliminační funkce ledvin a jater (vyšší toxicita léčby, nutnost úpravy dávek)
- vyšší riziko neurotoxicity (vinkristin, vinblastin, bortezomib, cisplatina, oxaliplatin)
- vyšší riziko steroidního diabetu (glukokortikoidy)
- vyšší riziko kardiotoxicity (antracykliny)
- náchylnost k mukosidě GIT
- snížená funkce imunitního systému (náchylost k infekcím)
- zvyšuje se míra toxicity léčby a úmrtnost související s léčbou

Při rozhodování o léčbě starších nemocných je nutné brát ohled na vyšší věk, přidružené komorbidity, nutriční stav a stav tělesné zdatnosti. Vzhledem k tomu, že tradiční klinické vyšetření staršího pacienta nedostatečně diagnostikuje jeho komplexní zdravotní a sociální potřeby, začal se v gerii uplatňovat komplexnější přístup – tzv. „komplexní geriatrické hodnocení“ – **CGA (comprehensive geriatric assessment)**, které dělí nemocné na 3 skupiny:

- “**fit**” pacient – bez závažných komorbidit
- “**unfit**” pacient – s významnými komorbidity, ale v uspokojivém stavu
- “**frail**” pacient – “křehký”, tj. s významnými komorbidity a ve špatném stavu

Komplexní geriatrické hodnocení (CGA) – dílčí testy:

- Demografická data a sociální zázemí (životní podmínky, vzdělání, finanční situace)
- Přidružená onemocnění (např. komorbiditní index dle Charlsonové, CIRS, simplifikované komorbiditní skóre) – viz [III.3.8](#)
- Tělesná zdatnost (ADL/activities of daily living/, sebeobsluha, IADL/instrumental/ – širší soběstačnost, PS ECOG/WHO, Karnofského skóre – viz [kap.III.3.6](#))
- Kognitivní funkce (Mini Mental State Examination – viz [kap.III.3.3](#))

450 Pallis AG, Papamichael D, Audisio R et al. EORTC Elderly Task Force experts' opinion for the treatment of colon cancer in older patients. *Cancer Treat Rev* 2010; 36: 83–90

- Deprese (Geriatric Depression Scale)
- Nutriční stav (BMI, úbytek váhy, dotazník nutriční)
- Polypragmatie
- Geriatrický syndrom (demence, delirium, inkontinence, osteoporóza nebo spontánní fraktury)

Pozn.: hodnocení výkonnostního stavu dle PS ECOG/WHO dostatečně neodpovídá situaci u starších nemocných a doporučuje se posuzovat tělesnou zdatnost pomocí ADL, hodnocení komorbidit pomocí CIRS skóre. Hodnocení ADL i CIRS by mělo být standardem vstupního hodnocení staršího nemocného pro rozhodnutí o léčebném přístupu.

Přístup ke staršímu nemocnému s lymfomem⁴⁵¹:

- zhodnocení typu lymfomu (definuje potenciální cíl léčby) – agresivní vs. indolentní lymfom
- vstupní komplexní posouzení zdravotního stavu nemocného – CGA (definice komorbidit přispívajících k toxicitě terapie), individuální posouzení
- zhodnocení individuálního rizika a prognózy lymfomu (prognostické faktory jednotlivých podtypů lymfomů)
- určení typu léčby (definuje riziko toxicity)
- vzít v úvahu přání nemocného – představy a cíle lékaře a nemocného nemusí být ve shodě

Starší nemocní s lymfomy mají obecně horší prognózu než pacienti mladší. Horší léčebné výsledky lymfomů u starších nemocných mohou být způsobeny použitím méně intenzivních chemoterapeutických režimů, nižší tolerancí léčby a odlišným biologickým chováním lymfomů ve stáří s častější pokročilostí lymfomu v době diagnózy. Nicméně, nemocní, kteří dosáhnou kompletní remise po léčbě lymfomu, mají podobnou pravděpodobnost délky období bez známek nemoci jako mladší pacienti. Obecně lze říci, že u nemocných s agresivním (potencionálně kurabilním) lymfomem, se snažíme o aktivní léčebný přístup s důrazem na podpůrnou terapii, pokud nemocní nemají významnější komorbiditu.⁴⁵² Právě z intenzity terapie tyto nemocní profitují. Stanovení léčebného cíle často volíme na základě tolerance 1. cyklu terapie. U nemocných s komorbiditami redukuje léčebné dávky chemoterapie či modifikujeme léčebné režimy a cílem je dlouhodobá kontrola příznaků a přijatelná kvalita života. Tam, kde je vysoké riziko úmrtí na komplikace během terapie, volíme paliativní přístup (eliminace symptomů spjatých s lymfomem, udržení uspokojivé kvality života).

Nemocní s indolentními (nevléčitelnými) lymfomy mohou naopak dlouhodobě profitovat z pouhé observace, pokud se jedná o asymptomatické onemocnění, z radioterapie u lokalizovaného onemocnění nebo z nízké agresivní terapie u onemocnění se symptomy⁴⁵³.

Přehled léčebných přístupů k podtypům lymfomů “starších nemocných” jsou uvedeny v jednotlivých kapitolách této publikace.

Na základě nepřetržitě rostoucího počtu starších pacientů s maligním lymfomem a dosud nedostatečných literárních doporučení pro tuto skupinu nemocných, publikovala Evropská společnost pro lékařskou onkologii (ESMO) konsenzuální stanovisko ohledně přístupu a léčby starších pacientů s maligním lymfomem (Buske et al., *Annals of Oncology* 2017⁴⁵⁴).

451 Janíková A. Ne-Hodgkinovy lymfomy v seniorském věku. *Onkologie* 2017; 11(3): 128–133

452 Morrison VA, Hamlin P, Soubeyran P, et al. Diffuse large B-cell lymphoma in the elderly: Impact of prognosis, comorbidities, geriatric assessment, and supportive care on clinical practice. *An International Society of Geriatric Oncology (SIOG) Expert Position Paper. J Geriatr Oncol* 2015; 6(2): 141–152

453 Castellino A, Santambrogio E, Nicolosi M et al. Follicular Lymphoma: The Management of Elderly Patient. *Mediterr J Hematol Infect Dis* 2017; 9 (1): e2017009

454 Buske C, Hutchings M, Ladetto M et al. ESMO Consensus Conference on Malignant Lymphoma: General Perspectives and Recommendations for the Clinical Management of the Elderly Patient with Malignant Lymphoma. *Ann Oncol* 2017; 28: 2633–2651

XVIII. Časná podpůrná a paliativní péče u pacientů s lymfomy

XVIII.1 Pojmy a koncepty⁴⁵⁵

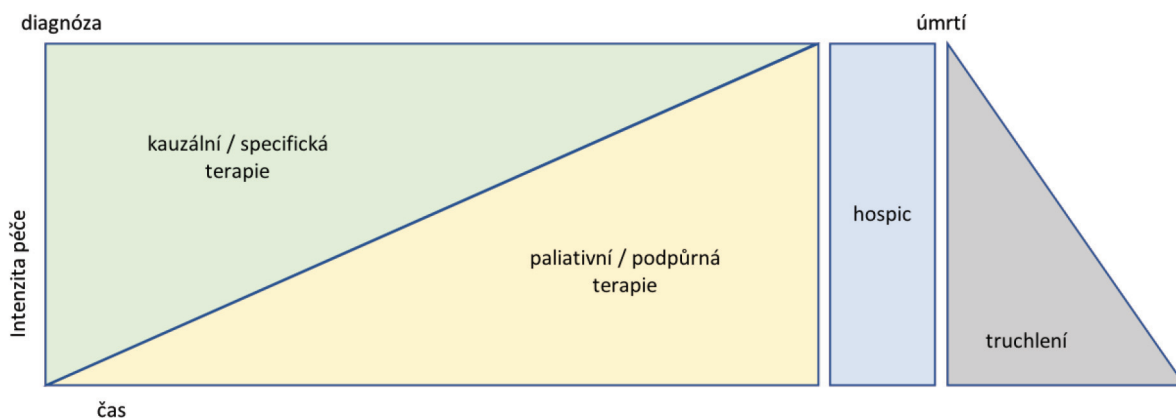
Paliativní medicína je specializovaný obor pečující o pacienty se závažným onemocněním. Prokazatelně zlepšuje kvalitu života prostřednictvím symptomatické léčby, léčby bolesti a úlevy od stresu a zátěže spojených se závažnou diagnózou. Je indikována současně s kurativní léčbou v kterémkoliv věku nebo fázi onemocnění.

Hlavním poskytovatelem **obecné paliativní péče** jsou sami oboroví specialisté (hematoonkologové). Poskytování obecné paliativní péče tvoří u pacientů s lymfomy významnou část z celkového objemu každodenní klinické práce, avšak stále jsou témata paliativní péče (např. management symptomů, komunikace o cílech péče, řešení klinicko-etických dilemat) v klinické praxi podceňována nebo opomíjena.

Pro pacienty s komplexní symptomovou zátěží nebo širšími potřebami může být přínosná spolupráce s paliatrem. **Specializovaná paliativní péče** bývá poskytována nejčastěji multidisciplinárním konziliárním týmem paliativní péče, který má k dispozici lékaře, sestry, sociálního pracovníka a kaplana.⁴⁵⁶

Základní charakteristiky paliativního přístupu jsou:

- včasná a dobře vedená komunikace o **cílech péče**,
- **léčba v souladu s hodnotami** a preferencemi pacienta
- zaměření na **kvalitu života**



Obr. 1 Paliativní péče je indikována jako „adjuvantní“, podpůrná péče po celou dobu trvání závažného onemocnění. S postupnou progresí onemocnění se zvyšují podpůrné a paliativní potřeby pacienta a jeho blízkých/pečovatelů⁴⁵⁷.

455 LeBlanc, T. W., Roeland, E. J. & El-Jawahri, A. Early Palliative Care for Patients with Hematologic Malignancies: Is It Really so Difficult to Achieve? *Curr. Hematol. Malig. Rep.*12, 300–308 (2017)

456 LeBlanc, T. W. & El-Jawahri, A. When and why should patients with hematologic malignancies see a palliative care specialist? *Hematol. Am. Soc. Hematol. Educ. Program*2015, 471–478 (2015)

457 McDonald, J. et al. Impact of early palliative care on caregivers of patients with advanced cancer: cluster randomised trial. *Ann. Oncol. Off. J. Eur. Soc. Med. Oncol.*28, 163–168 (2017)



Obr. 2 Vzájemný vztah a náplň podpůrné a paliativní intervence v jednotlivých fázích závažného onemocnění:

- podpůrná a paliativní péče od okamžiku diagnózy (měsíce až roky)
- péče v závěru života (týdny až měsíce)
- terminální péče u bezprostředně umírajících pacientů (hodiny až dny).

XVIII.2 Souhrn literatury

V literatuře existuje řada důkazů potvrzujících přínos časně integrované podpůrné a paliativní péče u pacientů se solidními nádory⁴⁵⁸. U pacientů s hematologickým onemocněním není zatím dostatečná evidence (Chapman EJ 2020⁴⁵⁹), opíráme se o extrapolaci onkologických dat^{460,461,462,463,464,465} a o explorativní studie specifických potřeb pacientů s hematologickým onemocněním^{466,467}.

Recentně bylo publikováno několik sdělení popisující EOL u lymfomů a jiných hematologických malignit (Jennifer 2019, Urbanová 2020⁴⁶⁸, Kouba 2020⁴⁶⁹). Intenzita léčby na konci života pacientů s lymfomy je vysoká, až 90 % těchto pacientů umírá v nemocnici, přitom mnoho z nich ještě dostává intenzivní terapii (Urbanová 2020), přitom jen 41 % pacientů mělo paliativní péči (Jennifer 2019⁴⁷⁰). Velmi zajímavý je postoj T. Le Blanca, ve smyslu, že nelze být zároveň hematologem a paliatrem, protože hematolog se soustřeďuje na kurativní plán – proto navrhuje, aby paliatr byl na hematologii přítomen v týmu asi jako nutriční specialista (Le Blanc 2018⁴⁷¹). Také nedostatečné využívání dříve vyslovených přání v hematologii je tématem pro takovou spolupráci.

Velmi důležitým bodem je problém s transfuzemi v hospicové medicíně, ale také až symbolický význam jejich omezené dostupnosti v hospici pro umírání hematologických pacientů v nemocnicích. Platí to i pro některé pacienty s lymfomy, kteří preferují nemocniční péči s dostupností transfuze v závěru života před hospicem bez možnosti podat transfuzi (Odejide 2020⁴⁷²).

- 458 Nickolich, M. S., El-Jawahri, A., Temel, J. S. & LeBlanc, T. W. Discussing the Evidence for Upstream Palliative Care in Improving Outcomes in Advanced Cancer. *Am. Soc. Clin. Oncol. Educ. Book Am. Soc. Clin. Oncol. Meet.*35, e534-538 (2016)
- 459 Chapman EJ et al. Practic review: evidence based and effective management of pain in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 2020, 34(4)
- 460 Bakitas, M. et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*302, 741–749 (2009)
- 461 Temel, J. S. et al. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: a Randomized Clinical Trial. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.*35, 834–841 (2017)
- 462 Temel, J. S. et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N. Engl. J. Med.*363, 733–742 (2010)
- 463 Bakitas, M. A. et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.*33, 1438–1445 (2015)
- 464 Adelson, K. et al. Standardized Criteria for Palliative Care Consultation on a Solid Tumor Oncology Service Reduces Downstream Health Care Use. *J. Oncol. Pract.*13, e431–e440 (2017)
- 465 Smith, C. B., Phillips, T. & Smith, T. J. Using the New ASCO Clinical Practice Guideline for Palliative Care Concurrent With Oncology Care Using the TEAM Approach. *Am. Soc. Clin. Oncol. Educ. Book Am. Soc. Clin. Oncol. Meet.*37, 714–723 (2017)
- 466 El-Jawahri, A. et al. Effect of Inpatient Palliative Care on Quality of Life 2 Weeks After Hematopoietic Stem Cell Transplantation: a Randomized Clinical Trial. *JAMA* 316, 2094 (2016)
- 467 Fletcher, S. A. et al. Intensity of end-of-life care for patients with myelodysplastic syndromes: Findings from a large national database. *Cancer*122, 1209–1215 (2016)
- 468 Urbanová R., Machová R., Sztokowska R., Procházková V., Labudíková M., Hošťálková M., Hluší A., Papajík T., Sláma O. Závěr života nemocných s ne Hodgkinským lymfomem, analýza souboru zemřelých během 6 let (2012–2017) na jednom pracovišti, integrace paliativní péče *Transfuzie Hematol Dnes*. 2020;26(2)
- 469 Kouba M, Rusinová K. Závěr života hematologických pacientů v České republice a paliativní péče o ně v roce 2020
- 470 Jennifer Philip et al., Patterns of End-Of-Life Hospital Care for Patients With non-Hodgkin Lymphoma: Exploring the Landscape *Leuk Lymphoma* 2019 Aug;60(8):1908-1916.
- 471 LeBlanc TW, Advance Care Planning and Palliative Care Specialists in Malignant Hematology and Stem-Cell Transplantation: On Why It Takes a Village, *J Oncol Pract* . 2018 Jan;14(1):3-5
- 472 Odejide, OO, Steensma, DP, Patients with haematological malignancies should not have to choose between transfusion and hospice, *Lancet haematol*, 7,2020

XVIII.3 Pro které pacienty s lymfomem indikovat specializovanou paliativní péči?

Tabulka 1. Triggery pro časnou konzultaci paliativního týmu.

| Indikace | Přínos časné integrované podpůrné a paliativní péče |
|--|---|
| Symptomy refrakterní k běžné terapii, přesahující kompetenci základního oboru, protrahovaná symptomová zátěž související s nově dostupnou léčbou | Zlepšuje kvalitu života a zlepšuje management symptomů |
| Příprava na výkon zatížený signifikantní morbiditou a mortalitou (např. aloSCT, méně u autoSCT) | Časně integrovaná paliativní péče zlepšuje kontrolu symptomů a poskytuje adjuvantní psychologickou podporu |
| Před zařazením do klinických studií s moderními léky (biologická léčba – např. inhibitory kináz) | Vyjasnění přínosu experimentální léčby a zátěže spojené s účastí ve studii ve vztahu k hodnotám a preferencím pacienta |
| Emoční a psychická dysbalance, zejména v období diagnózy nebo relapsu. | Snižuje psychickou zátěž, umožňuje efektivněji participovat na terapii |
| Obtíže s vyrovnáním se s onemocněním (maladaptivní coping mechanismy) | Zlepšuje schopnosti vyrovnat se s onemocněním, zvyšuje compliance s léčbou |
| Složitá sociální a rodinná situace | Zajišťuje stabilitu zázemí, usnadňuje komunikaci uvnitř rodiny pacienta a umožňuje efektivní nasměrování podpůrné energie pečujících osob |
| Významná nebo perzistující diskrepance mezi reálnou prognózou a očekáváním pacienta | Usnadňuje otevřenou komunikaci o terapeutických možnostech, zvyšuje důvěru v ošetřující tým a snižuje riziko právních sporů. |
| Velmi nepříznivá prognóza (life expectancy < 1 rok), geriatrickí pacienti nebo pacienti s četnými komorbiditami | Usnadňuje advance care planning, vytvoření plánu pro zhoršení, pomáhá formulovat adekvátní limitace péče a plán pro end-of-life care. |

Adaptováno podle LeBlanc (Curr Hematol Malig Rep, 2017⁴⁷³)

473 LeBlanc, T. W., Roeland, E. J. & El-Jawahri, A. Early Palliative Care for Patients with Hematologic Malignancies: Is It Really so Difficult to Achieve? Curr. Hematol. Malig. Rep.12, 300–308 (2017)

XVIII.4 Jak zjistit potřebu specializované podpůrné a paliativní péče?

V tabulce níže jsou uvedeny příklady otevřených otázek, kterými může ošetřující hematolog zjistit potřeby pacienta se závažným onemocněním. Formulace necílí na konec života a umírání, ale na konkrétní a aktuální potřeby pacienta. Je to příklad, jakým může hematolog rozpoznat tyto aspekty a časně indikovat podpůrnou a paliativní péči/konzultaci paliatra.

Tabulka 2. Screening podpůrných/paliativních potřeb

| Potřeba | Odůvodnění | Formulace otázky |
|--------------------------------------|---|---|
| Porozumění diagnóze a prognóze | <i>Umožní zjistit významnou diskrepanci mezi reálnou a pacientem očekávanou prognózou, nebo vysokou míru úzkosti</i> | Jaká jsou Vaše očekávání od léčby? Jak to sám/sama (vnitřně) cítíte? |
| Informovanost | <i>Umožní zjistit, do jaké míry chce být pacient informován, rozšiřuje okruh osob, o které se pacient může opřít. Formulace „kdyby nebyly příznivé“ poskytuje pacientovi čas na adaptaci na nepříznivou zprávu (relaps)</i> | Jak byste potřeboval znát prognostické informace? Kdo kromě Vás by je měl vědět? Kdyby se v průběhu léčby ukázalo, že informace/vývoj není příznivý, chcete informaci znát jen Vy sám, nebo by to měl slyšet i někdo další? |
| Nesomatické symptomy | <i>Zjišťuje míru úzkostných a depresivních symptomů a dalších potřeb (sociální, psychologické, atd.)</i> | Co je pro Vás v léčbě (v životě) nyní nejvíce náročné? |
| Znalost hodnot a preferencí pacienta | <i>Umožní nastavit adekvátní cíl a intenzitu léčby, která odpovídá hodnotám pacienta</i> | Co je pro Vás v tuto chvíli v životě důležité kromě léčby, která probíhá? |
| Spirituální potřeby | <i>Umožňuje včasné začlenění kaplana do péče</i> | Jak se má Vaše duše? Co Vám jde teď hlavou? |
| Odolnost | <i>Umožňuje pojmenovat zázemí pacienta a aktivovat/posílit podporu rodiny</i> | Co/kdo Vám (nejvíce) pomáhá v tom, abyste situaci zvládl/a? |
| Stres | <i>Umožňuje pacientovi zorientovat se a hierarchizovat „nemedicínské“ potřeby</i> | Z čeho máte největší obavy: jak se zvládne léčba nebo z celkového výsledku nebo jaký bude mít léčba dopad na Vaši rodinu/práci? |

XIX. Sledování nemocných po terapii lymfomů

XIX.1 Obecná pravidla pro sledování po léčbě

Pacienty po léčbě lymfomu dlouhodobě dispenzarizujeme pro riziko vzniku relapsu/progrese onemocnění a pro monitoraci pozdních následků terapie.

Frekvence kontrol po léčbě závisí na:

- histologickém subtypu lymfomu – kurabilní /agresivní/ lymfomy vs. nekurabilní /indolentní/ lymfomy
- typu léčby (primoterapie vs. terapie relapsu/progrese onemocnění)
- kvalitě dosažené léčebné odpovědi

Klinické a laboratorní kontroly:

- anamnéza
- fyzikální vyšetření
- laboratorní vyšetření (krevní obraz + diferenciální rozpočet leukocytů), u NHL se sleduje hodnota LDH, u HL sedimentace (FW) a hodnota C-reaktivního proteinu.

Možný relaps/progresi monitorujeme pomocí zobrazovacích vyšetření, kde typ a frekvence provádění jsou závislé na typu lymfomu a dosažené léčebné odpovědi. Ve studiích je načasování kontrolních zobrazovacích vyšetření určeno protokolem.

Monitorace relapsu/progrese dominuje u indolentních lymfomů, sledování projevů pozdní toxicity léčby se dostává do popředí u kurabilních agresivních lymfomů.

XIX.1.1 Kurabilní lymfomy

Nejčastěji HL a DLBCL (pravděpodobnost relapsu v dlouhodobějším časovém horizontu se snižuje)^{474,475,476}

Klinické a laboratorní kontroly:

- po dosažení CR 4× ročně a 3 měsíce po dobu prvních 2 let, dále a 6 měsíců do 4. roku, následně 1× ročně dlouhodobě.

Dle lokální praxe pracoviště je na zvážení kontrola nemoci pomocí RTG hrudníku a UZ břicha 1× za 6–12 měsíců po dobu 2 let od ukončení léčby.

Nedoporučuje se provádění PET/CT vyšetření pro možnost falešně pozitivních výsledků PET vyšetření (až 20 %). PET/CT je indikováno především při obtížích nemocného suspektních z relapsu/progrese onemocnění.

U těchto nemocných (především mladší nemocní po léčbě HL a DLBCL), kteří dlouhodobě po léčbě přežívají, se v průběhu dispenzarizace sledují možné projevy pozdních nežádoucích účinků léčby – viz kapitoly XIX.3 a XIX.4.

474 Tilly H., Gomes da SM, Vitolo U et al. Diffuse large B – Cell lymphoma (DLBCL): ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2015 Sep;26 Suppl 5:v116-25

475 Eichenauer DA, Aleman BMP, André M, et al. Hodgkin lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2018;29(Suppl 4):iv19-iv29. doi:10.1093/annonc/mdy080

476 Zinzani PL, Stefoni V, Tani M et al. Role of [18F]fluorodeoxyglucose positron emission tomography scan in the follow-up of lymphoma. *J Clin Oncol* 2009;27(11):1781-1787

XIX.1.2 Nekurabilní lymfomy

Nejčastěji se jedná o folikulární lymfom (grade 1–3A), lymfom z marginální zóny, lymfom z plášťových buněk, SLL atd. Vyšší riziko relapsu a pravděpodobnost relapsu se zvyšuje v čase.^{477,478,479}

Klinické a laboratorní kontroly:

- po lokální radioterapii: á 6 měsíců první 2 roky, následně 1 × ročně
- po systémové chemoterapii: á 3–4 měsíce první 2 roky, á 6 měsíců do 5. roku, poté 1 × ročně dlouhodobě
- frekvence kontrol se určuje v závislosti na kvalitě dosažené léčebné odpovědi a dle přítomnosti rizikových faktorů.

Zobrazovací vyšetření se provádí ke zhodnocení léčebné odpovědi po ukončení indukční terapie (CT či PET/CT), dále po ukončení léčby se CT vyšetření (event. RTG S+P a UZ břicha včetně periferních uzlin) doporučuje provést většinou v šestiměsíčních intervalech po dobu 2 let a dále po ukončení udržovací léčby.

CT či CT/PET vyšetření se provádí při suspekci na relaps či progresi lymfomu před zahájením další léčby.

V případě přítomnosti asymptomatické reziduální masy po terapii je provedení zobrazovacích vyšetření po léčbě indikováno v intervalech dle obtíží nemocného, dle uvážení klinika a dle lokální praxe pracoviště, aby byla včas zachycena event. progresse onemocnění. Obecně lze ale říci, že přínos použití zobrazovacích vyšetření je z dlouhodobého časového horizontu sporný. Vyšetření PET/CT se nedoporučuje. Toto vyšetření je indikováno ve výjimečných případech, např. v případě PET avidního rezidua po léčbě ke kontrole aktivity nemoci v čase.

XIX.1.3 Obecná pravidla pro nemocné s lymfomy bez léčby (strategie „watch and wait“)

Jedná se většinou o nemocné s indolentním lymfomem, který je aktivní, ale zatím není léčený.

Klinické a laboratorní kontroly:

- kontroly 3–6 měsíců do progresse

Možnou progresi monitorujeme pomocí klinického vyšetření a laboratorních hodnot (viz kapitola XIX.1.2). Zobrazovací vyšetření (RTG S+P a UZ vyšetření) se provádí zpravidla po 6–12 měsících. CT či CT/PET vyšetření je indikováno při suspekci na relaps či progresi lymfomu před zahájením další léčby.

477 Dreyling M, Ghielmini M, Rule S et al. ESMO guidelines committee. Newly diagnosed and relapsed follicular lymphoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2016 Sep;27(suppl 5):83-90

478 Dreyling M, Campo E, Hermine O et al. ESMO guidelines committee. Newly diagnosed and relapsed mantle cell lymphoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2017 Jul 1;28(suppl 4):62-71

479 Zucca E, Arcaini L, Buske C et al. ESMO Clinical Practice Guidelines – Marginal zone lymphoma. *Ann Oncol*; 31(1):17-29

XIX.2 Nežádoucí účinky protilymfomové léčby – chemoterapie a radioterapie

Většina pacientů léčených pro agresivní lymfom (HL, DLBCL) dlouhodobě přežívá, a tak se dostává do popředí možnost klinické manifestace poškození orgánových systémů protilymfomovou terapií. U kurabilních lymfomů tak nabývá na významu **monitorace pozdní toxicity léčby**, která je zaměřena na sledování výskytu **nežádoucích účinků chemoterapie a radioterapie**.

Toxicita chemoterapie je závislá na:

- spektru použitých cytostatik
- intenzitě dávky chemoterapie
- počtu cyklů chemoterapie
- predispozicích nemocného (odlišná genetická výbava)

Toxicita radioterapie je závislá na:

- dávce radioterapie
- velikosti ozařovaného pole
- predispozicích nemocného (odlišná genetická výbava)



XIX.3 Přehled nežádoucích účinků léčby u lymfomů

XIX.3.1 Sekundární malignity^{480,481,482,483,484,485,486,487,488,489,490,491}

Za 10–15 let po terapii HL a za 10–30 let po terapii NHL začíná stoupat riziko vývoje sekundárních malignit. Nejčastěji se jedná o tumory prsu, plic, žaludku, mozku, ledvin a štítné žlázy. Riziko se zvyšuje po celou dobu života pacienta. Nemocní s HL mají 20–70krát vyšší riziko vzniku akutní myeloidní leukemie a 2–5krát vyšší riziko vzniku solidních tumorů, nemocní s NHL mají 2,3× vyšší riziko vzniku sekundárních nádorů oproti běžné populaci. Nemocní po autologní/alogenní transplantaci mají vyšší riziko vývoje akutní leukemie a myelodysplastického syndromu.

Nemocní s HL, kteří byli léčeni radioterapií, mají vyšší riziko výskytu solidních nádorů, nemocní léčení chemoterapií (alkylačními látkami) mají vyšší riziko vzniku akutní leukemie.

Malignity po léčbě HL s vysokým rizikem:

- leukemie, nádory pleury, štítné žlázy, NHL

Malignity po léčbě HL se středním rizikem:

- karcinom plic, prsu, žaludku, dutiny ústní a jícnu, střeva, hltanu a melanom,

Snížení rizika sekundárních nádorů je možné docílit podáváním méně intenzivních chemoterapeutických režimů, redukcí radioterapie a omezením rizikových faktorů (např. kouření), dále pravidelným onkoscreeningem.

480 Bluhm EC, Ronkers C, Hayashi RJ et al. Cause-specific mortality and second cancer incidence after non-Hodgkin lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Blood* 2008;111(8):4014-4020

481 Moser EC, Noordijk EM, Carde P et al. Late Non-Neoplastic Events in Patients with Aggressive Non-Hodgkin's Lymphoma in Four randomized European Organisation for Research and Treatment of cancer Trials Clinical Lymphoma/myeloma/Leukemia 2005; 6(2):122-130

482 Van Leeuwen FE, Klokmann WJ, Veer MB et al. Long-term risk of second malignancy in survivors of Hodgkin's disease treated during adolescence or young adulthood. *J Clin Oncol.* 2000 Feb;18(3):487-97

483 Van Leeuwen FE, Ng AK. Late sequale in Hodgkin lymphoma survivors. *Hematological Oncology* 2017;35(S1):60-66

484 Ng AK, Van Leeuwen FE. Hodgkin lymphoma: late effects of treatment and guidelines for surveillance. *Sem Hematol.* July 2016;53(3):209-215

485 Hodgson DC, Gilbert ES, Dores GM et al. Long-term solid cancer risk among 5-year survivors of Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol.* 2007;25:1489-1497

486 Schaapveld M, Aleman BM, Van Eggermond AM et al. Second cancer risk up to 40 years after treatment for Hodgkin's lymphoma. *NEJM* 2015; 373(26): 2499-2511

487 NCCN. Cog. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/hodgkins.pdf Version i 2018

488 Aleman Bm, van den Belt-Dusebout AW, KLokman WI et al. Long-term cause-specific mortality of patients treated for Hodgkin's disease. *Clin Oncol* 2003; 21(18):3431-3439

489 Elkin EB, Klem ML, Gonzales AM et al. Characteristics and outcome of breast cancer in women with and without a history of radiation for Hodgkin's lymphoma: a multi-institutional, matched cohort study. *J Clin Oncol* 2011; 29(18):2466-2473

490 Marková J, Ballová V, Král Z et al. Pozdní následky Hodgkinova lymfomu. *Transfuzie a hematologie dnes* 2008;14(1):150-153

491 Hoppe RT, Mauch PM, Armitage JO et al. *Hodgkin Lymphoma. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins 2007:Chapter 23 – Late effects*

XIX.3.2 Kardiovaskulární (KV) komplikace⁴⁹²

Kardiovaskulární komplikace se objevují po radioterapii hrudníku a po léčbě režimy s antracykliny. Některé pozdní následky mohou být ireverzibilní a vedou k srdečnímu poškození, jiné mají jen dočasný průběh bez dlouhodobých následků. Léčba antracykliny vede k přímému poškození buněk srdečního svalu, léčba radioterapií vede k poškození endoteliálních buněk na základě oxidačního stresu indukovaného radioterapií, ale též současným působením konvenčních rizikových faktorů, jakými jsou kouření, dyslipidemie, diabetes mellitus apod. Dnes se obecně označuje poškození srdce radioterapií termínem RIHD (radiation-induced heart disease) a tvoří již samostatnou klinickou jednotku. Snížení rizika úmrtnosti na KV choroby lze docílit redukcí radioterapie, časným záchytem KV chorob, monitorací rizikových faktorů – kontrola lipidogramu, glykemie, hmotnosti, krevního tlaku.

Možné poškození srdce **chemoterapií** zahrnuje:

- poškození funkce levé komory srdeční
- rozvoj srdečního selhání
- arteriální hypertenze
- plicní arteriální hypertenze
- vazospastické a tromboembolické ischemie
- srdeční arytmie.

Rizikové faktory pro rozvoj KV onemocnění po chemoterapii antracykliny:

- kumulativní dávka
- ženské pohlaví
- věk > 65 let
- renální selhávání
- radioterapie mediastina
- doprovodná chemoterapie kardiotoxickými látkami (alkylační cytostatika, antimikrotubulární látky)
- preexistující rizika: srdeční onemocnění, arteriální hypertenze, genetické faktory

Možné poškození srdce **radioterapií** zahrnuje:

- poškození perikardu, myokardu, chlopenního aparátu
- arytmie
- ischemická choroba srdeční

Rizikové faktory pro rozvoj KV onemocnění po radioterapii:

- objem ozářeného myokardu
- celková dávka na oblast srdce > 30 Gy
- frakcionovaná dávka > 2 Gy/den
- věk < 50 let
- doprovodná terapie kardiotoxickými látkami (antracykliny)
- perzistující KV onemocnění
- přítomnost konvenčních KV rizikových faktorů
- doba > 10 let po radioterapii

492 Elbl L. Pozdní následky kardiotoxicity. *Kardiol Rev Int Med* 2017, 19 (1):22-29

XIX.3.3 Porucha fertility – u mladých pacientů ve fertilním věku

Předčasné selhání ovariální funkce se objevuje u 19–45 % nemocných s HL a u 29 % u nemocných s NHL.

Rizikové faktory pro rozvoj poruch fertility:

- intenzivní chemoterapie
- radioterapie pánve
- celotělová radioterapie
- léčba vysokými dávkami cyklofosfamidů
- vysokodávkovaná chemoterapie s následnou autologní/alogenní transplantací

Opatření k zachování fertility jsou popsány v [kap. III.3.5](#). Během léčby je doporučována bezpečná anti-koncepce, není vhodné otěhotnění!

U žen je žádoucí obnovení menstruačního cyklu po protilymfomové léčbě. U poruchy menstruace > 6 měsíců je doporučováno gynekologické vyšetření a event. hormonální substituce (prevence předčasného ovariálního selhání, možnost početí).

Početí dítěte se doporučuje s odstupem 2 let od ukončení chemoterapie a radioterapie (riziko časného relapsu lymfomu). v odstupu po ukončení chemoterapie již není riziko poškození plodu (přímá dědičnost nebyla prokázána, není vyšší výskyt vrozených vývojových vad u dětí narozených pacientkám po onkologické léčbě).

XIX.3.4 Plicní toxicita

Plicní poškození se objevuje u 10–20 % nemocných s HL a u 6 % nemocných s NHL. Klinicky se projevuje akutním nebo chronickým zánětem, následně přechodem do plicní fibrózy. Ke klinickým projevům může docházet někdy až oddáleně, 3–6 měsíců po ukončené léčbě. Léčebně se uplatňuje kortikoterapie. Redukcí radioterapie hrudníku, monitorováním funkčního vyšetření plic, omezením kouření lze snížit plicní toxicitu terapie.

Pneumotoxicita se objevuje:

- po chemoterapii (bleomycinová plíce)
- po radioterapii (postradiační pneumonitida)

Rizikové faktory pro rozvoj plicní toxicity:

- kouření
- radioterapie mediastina
- léčba bleomycinem (dávka > 400 mg) (18–28 %)
- věk > 50 let

XIX.3.5 Poškození činnosti ledvin

Renální insuficience (u 11 % nemocných po léčbě) se objevuje především po:

- platinových režimech
- autologní transplantaci PKB
- radioterapii na oblast břicha

XIX.3.6 Poškození kostí

Kostní poškození může být způsobeno:

- přímým efektem radioterapie
- po kortikoidech (většinou součástí léčebných schémat)

XIX.3.6.1 Rizikové faktory osteoporózy a zlomenin

- **Věk** (Incidence zlomenin kyčle po 65. u žen a 70. roce věku u mužů narůstá exponenciálně)
- **Ženské pohlaví** (více než dvojnásobné riziko zlomeniny obratle ve srovnání s muži)
- **Zlomenina po nepřiměřeně malém úrazu** (zlomeniny obratlů a nevertebrální zlomeniny s výjimkou zlomenin hlezna, drobných kostí rukou a nohou a zlomenin lebky)
- **Anamnéza zlomeniny proximálního femuru jednoho z rodičů** (geneticky podmiňuje zvýšení rizika jakékoli fraktury, vč. zlomeniny proximálního femuru).
- **BMI <20** (zdvojnásobuje riziko zlomeniny kyčle, nevertebrálních i obratlových zlomenin)
- **Déletrvající snížení mobility a anamnéza opakovaných pádů**
- **Abusus nikotinu a chronická obstrukční plicní nemoc**
- **Nízké sérové hladiny 25-hydroxyvitaminu D3** (zvyšují riziko nevertebrálních fraktur vč. zlomenin kyčle, rovněž vyšší riziko pádů).
- **Nízký příjem vápníku** (nižší než 800 mg denně)
- **Onemocnění a léčba spojená s rizikem osteoporózy a zlomenin** (revmatoidní artritida, diabetes mellitus a endokrinopatie, malabsorpční stavy, chronická renální insuficience, MGUS ad., léčba inhibitory aromatázy a androgen deprivace, thiazolidindiony, ad.)
- **Předčasné selhání ovariální funkce**/ hypogonadismus u mužů
- **Léčba glukokortikoidy** v denní dávce ≥ 5 mg prednisonu po dobu delší než 3 měsíce*
- **Chemoterapie** (metotrexát, cyklofosfamid, cisplatina)
- **Transplantace kostní dřeně** **
- **Radioterapie** (pánev, větší rozsah skeletu)

Pozn.: podtržením jsou zdůrazněny rizikové faktory související s léčbou lymfomů

* Podle epidemiologických studií již denní dávka okolo 2,5–5 mg prednisonu je spojena s nárůstem rizika zlomenin. Riziko zlomenin se dále zvyšuje s dávkou glukokortikoidů a významně narůstá již mezi 3–6 měsíci léčby.

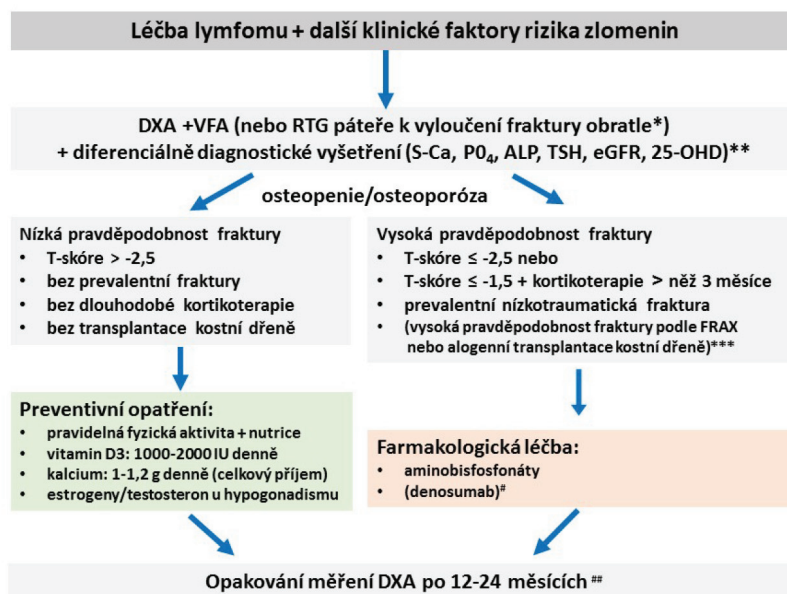
**vyšší riziko osteoporózy a zlomenin je u alogenní transplantace (reakce štěpu proti hostiteli, glukokortikoidy a inhibitory calcineurinu, renální insuficience, deficit vitaminu D, léčba G-CSF, renální ztráty Mg a Ca).

XIX.3.6.2 Indikace měření kostní denzity (BMD; pomocí DXA)*

- zlomenina po nepřiměřeně malém úrazu (zejména u osob starších 50 let)
- ženy starší 65 let a muži starší 70 let
- ženy po menopauze mladší 65 let a muži mladší 70 let, pokud mají alespoň jeden další silný rizikový faktor osteoporózy
- léčba glukokortikoidy v dávce ≥ 5 mg prednisonu denně po dobu delší než 3 měsíce (již před zahájením léčby glukokortikoidy a dále po 12 měsících)
- léčba lymfomů: chemoterapie, transplantace kostní dřeně
- monitorování stavu skeletu u neléčených rizikových pacientů a ověření účinnosti léčebných opatření (po 1–2 letech) **

- * DXA (dvouenergieová rentgenová absorpciometrie) hodnotí denzitu kostního minerálu (BMD) v oblasti bederní páteře, celkového proximálního femuru a krčku femuru;
- ** Prodloužení intervalu opakovaného měření DXA u nízkorizikových pacientů; zkrácení intervalu měření (po 3–6 měsících) u neléčených pacientů v případě alogenní transplantace kostní dřeně, vysoké dávky glukokortikoidů nebo imobilizace, kdy je očekávána významná změna BMD, která by mohla ovlivnit rozhodnutí o léčbě.

XIX.3.6.3 Návrh pracovního algoritmu vyšetření pro diagnostiku a léčbu osteoporózy



- * **VFA**: vertebral fracture assessment: hodnocení morfometrie obratlových těl pomocí software denzitometru pro identifikaci zlomenin obratlů; VFA je indikováno při klinickém podezření (hyperkyfóza hrudního úseku páteře, bolest) a/nebo při snížení tělesné výšky o ≥ 6 cm proti maximální dosažené výšce nebo ≥ 2 cm ve srovnání s předchozím měřením.
- ** **Diferenciálně diagnostické vyšetření** (anamnéza, klinické a laboratorní vyšetření) slouží k vyloučení jiné metabolické nebo nádorové osteopatie a sekundární etiologie osteoporózy.
- *** **FRAX**: elektronický nástroj, který hodnotí ověřené klinické faktory rizika zlomenin a stanovuje pravděpodobnost, že daný pacient prodělá během dalších 10 let některou z hlavních osteoporotických zlomenin (<https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/>). FRAX t.č. nezahrnuje rizika při léčbě lymfomu (chemoterapie, transplantace kostní dřeně), typ a stáří zlomeniny nebo riziko pádů, ad. FRAX t.č. nelze užít pro určení intervenčního prahu a jeho využití je v ČR omezené.
- # Farmakologickou léčbu t.č. nelze užít u pacientů s osteopenií, pokud neužívají dlouhodobě glukokortikoidy nebo neprodělali zlomeninu.

XIX.3.7 Poškození nervového systému

Vzniká u 13 % nemocných nejčastěji po:

- chemoterapii (vinkristin, vinblastin, platina)
- radioterapii
- polékově (analgetika, antiemetika)
- v důsledku infekcí herpes zoster, infekce s postižením CNS systému

Projevy poškození nervového systému mohou být různorodé:

- periferní neuropatie
- poruchy zraku, sluchu, čichu, změny vnímání chuti jídla
- poruchy řeči, paměti
- poruchy rovnováhy, vertigo, ataxie
- parézy, plegie
- epiparoxysmy
- inkontinence moči či stolice, zácpa

XIX.3.8 Poškození štítné žlázy

Po radioterapii v oblasti krku (především u nemocných s HL) se objevuje v 50 % snížená činnost štítné žlázy, zvýšená činnost je pozorována u 5 % nemocných. Může dojít ke vzniku benigních nodulů, zvětšení štítné žlázy nebo rozvoji karcionu.

Rizikové faktory pro poškození štítnice:

- radioterapie krku
- vyšší věk
- ženské pohlaví

XIX.3.9 Imunosuprese a manifestace infekčních komplikací

Hloubka poruchy obranyschopnosti závisí jak na povaze samotného onemocnění, tak na délce a intenzitě terapie. v průběhu léčby jsou vhodná režimová opatření a profylaktické podávání ATB, antivirotik a podpůrných léků pro obnovu krvetvorby (G – CSF).

Rychlost a míra obnovy imunity po léčbě závisí:

- na věku pacienta
- na druhu lymfomu
- na složení a intenzitě léčby
- na přidružených komorbiditách

U pacientů **po radioterapii sleziny či splenektomii a po autologní transplantaci** je doporučeno standardní očkování (proti pneumokokům, hemophilus influenzae typu B, meningokokům) a očkování proti chřipce.

Návody zaměřené na **sledování pozdní toxicity léčby** jsou součástí pracovních schémat velkých onkologických center. Důraz se klade na edukaci lékařů i pacientů. Lékaři mají věnovat pozornost

symptomům a stížnostem pacientů, které mohou být známkami pozdních následků léčby (sekundárních malignit a kardiovaskulárních onemocnění). Pacienti mají být informováni o možných pozdních následcích léčby.



XIX.4 Sledování dlouhodobých následků po léčbě Hodgkinova lymfomu

Kardiotoxicita

EKG a echokardiografické vyšetření: po skončení terapie, **1. a 2. roku a dále po 5 letech** (při patologických nálezech dle ordinace kardiologa), event. v kombinaci s **funkční (zátěžovou) spirometrií**.

Plicní toxicita:

Dle stavu nemocného a typu léčby funkční vyšetření plic s difúzí CO: **1 rok po terapii a poté jen** při patologickém nálezů nebo klinických potížích.

Vyšetření štítné žlázy

TSH, fT4 – kontroly **1× ročně** (riziko postradiační hypothyreózy – velmi časté).

Sekundární malignity

Riziko Ca prsu po radioterapii mediastina, podklíčků a axil (mammologické vyš., preferenčně UZ nebo MRI, event. mammografie) – kontroly **1× za 2 roky** (zahájit vyšetřování za 8 let po skončení léčby nebo od 40 let). Volba zobrazovací (screeningové) metody – dle příslušného mammologického pracoviště.

Ca kolorekta (po radioterapii na oblast břicha)

Vyšetření zahájit za 8-10 let od radioterapie na oblast břicha, malé pánve a třísel; u pacientů > 50 let nebo > 40 let v případě vyššího rizika tumoru po léčbě.

Gonadální toxicita:

Muži: spermioqram, hormonální hladiny – dle konzultace s endokrinologem stran event.substituce.

Ženy: sledování menstruačního cyklu a hormonálních hladin (FSH, LH, estradiol, fakultativně AMH). v případě amenorhey a/nebo laboratorních známek předčasné menopauzy (POF – předčasné ovariální selhání) odeslat na gynekologické pracoviště ke zvážení HRT.

Sekundární prevence ICHS

Kontrola lipidogramu (TAG, cholesterol, HDL, LDL), kontrola tělesné hmotnosti, glykémie a kontrola TK 1x ročně od 5. roku po skončení RT.

Doporučené schéma pro sledování pozdní toxicity po léčbě Hodgkinova lymfomu

| Po léčbě | Vyšetření | Rok sledování | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|-------------------|---|---|------------------------|---|---|---|------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Celkový stav | Anamnéza, fyz.vyš., KO + diff, CRP, FW | 1× za 3 měsíce | | 1× za 6 měsíců | | | 1× ročně dlouhodobě | | | | |
| Sekundární malignity | Po radioterapii hrudníku: mamologické vyšetření | Zahájení 8 let od ukončení radioterapie (UZ vyš., při suspekci MR vyšetření) nebo od 40 let, 1× ročně dlouhodobě | | | | | | | | | |
| | Kolonoskopie ≥ 50 let (event. od 40 let u pac. s vyšším rizikem tumoru); dále i po RT břicha | | | | | | | | | | ×, dále á 10 let |
| Kardiovaskulární onemocnění po léčbě antracykliny a/nebo radioterapii na hrudník | EKG a UZ srdce | 1× ročně | | | | × | | | | | ×, dále á 5 let |
| | Zátěžové EKG | | | | | | | | | | ×, dále á 10 let |
| | Po radioterapii krku: UZ karotid | | | | | | | | | | ×, dále á 10 let |
| | TK, lipidogram, hmotnost, glykemie | 1× ročně cestou praktického lékaře od 5. roku od ukončení terapie | | | | | | | | | |
| Endokrino-patie | Po radioterapii krku: TSH, při abn. fT3, fT4 | 1× ročně | | | | | | | | | |
| Amenorea/předčasné ovariální selhání | Gynekologie, osteologie | Dle doporučení specialistů | | | | | | | | | |
| Plicní toxicita (bleomycin) | | Funkční spirometrie + krevní plyny – 1 rok po terapii (dle zvažení), dále pouze při obtížích | | | | | | | | | |

XX. Léčebné režimy

XX.1 Standardní chemoterapie

Obecné poznámky

- Podání chemoterapie a imunoterapie vychází ze standardních doporučení výrobců léků k jejich přípravě, ředění a způsobu aplikace.
- V přehledu léčebných schémat je uvedena pouze dávka léku a způsob aplikace.
- Při podání dose-denzních nebo dose-intenzivních režimů je podání G-CSF povinné.
- U ostatních režimů se řídí podání G-CSF v rámci primární profylaxe EORTC doporučeními (doporučováno u režimů s rizikem febrilní neutropenie > 20 %).
- Pegylovaný G-CSF (pegfilgrastim) lze použít k urychlení regenerace u intenzivních nestimulačních režimů – pro stimulaci kmenových buněk nutno podávat filgrastim.

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání | Opakování cyklu |
|---|----------------------------|---------------|-------------|-----------------|
| R-COP (R-CVP) při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| cyklofosfamid | 750 | i.v. | 1. den | à 3 týdny |
| vinkristin | 1,4 (max. 2 mg) | i.v. | 1.den | |
| prednison | 40 | p.o. | 1.–5. den | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1.den | |
| COPP | | | | |
| cyklofosfamid | 650 | i.v. | 1. a 8. den | à 4 týdny |
| vinkristin | 1,4 (max. 2 mg) | i.v. | 1. a 8. den | |
| prokarbazin | 100 | p.o. | 1.–14. den | |
| prednison | 40 | p.o. | 1.–14. den | |
| Pozn: prokarbazin (Natulan) je dostupný pouze na mimořádný dovoz | | | | |
| R-CHO(E)P 21 při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| cyklofosfamid | 750 | i.v. | 1. den | à 3 týdny |
| doxorubicin | 50 | i.v. | 1.den | |
| vinkristin | 1,4 (max. 2 mg) | i.v. | 1.den | |
| prednison | 100 mg/den | p.o. | 1.–5. den | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1.den | |
| R-CHOP 14 při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| Stejně jako R-CHOP 21, pouze interval podávání je 14 dní | | | | à 2 týdny |
| G-CSF obligatorně – filgrastim 5µg/kg od 6. dne chemoterapie do vzestupu leukocytů > 4×10 ⁹ /l nebo pegfilgrastim 6 mg 1 ampule 2. den cyklu jednorázově s.c. | | | | |

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání | Opakování cyklu |
|--|----------------------------|---------------|---------------------|-----------------|
| R-CHOEP 14 při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| Stejně jako R-CHOP 14 (včetně G-CSF) + | | | | |
| etoposid | 100 | i.v. | 1.–3.den | á 2 týdny |
| CHOP-L pro NK/T lymfomy | | | | |
| Cyklofosfamid | 750 | iv | 1. den | á 3 týdny |
| Adriamycin | 50 | iv | 1. den | |
| Vincristin | 1.4 (max. 2 mg) | iv | 1. den | |
| Dexamethason | 10 absolutně | iv | 1.–8. den | |
| L-asparagináza | 6000 U | iv | 2.–8. den | |
| <p><i>Pozn:</i> při pozitivním intradermálním testu na E. coli je doporučena peg-asparagináza 2500 U/m² i.m. den 2</p> <p><i>Pozn.:</i> 6–8 cyklů, lokální radioterapie 50–56 Gy po 4.–6. cyklu</p> | | | | |
| DA-EPOCH-R při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| Rituximab | 375 | iv | 1. den | á 3 týdny |
| Etoposid | 50 | iv | 1.–4. den | |
| Doxorubicin | 10 | iv | 1.–4. den | |
| Vincristin | 0,4 | iv | 1.–4. den | |
| Cyklofosfamid | 750 | iv | 5. den | |
| Prednison | 60 | po | 1.–5. den, 2× denně | |
| <p><i>Pozn.:</i> Etoposid, doxorubicin a vinkristin smíchat do jedné infuze, kontinuální podání 96 hod. Dávky jsou uvedeny vždy na jeden den (tj. celková dávka etoposidu je 200 mg/m², atd.)</p> <p><i>Pozn.:</i> Výše uvedenou infuzi nutno podávat do centrální kanyly</p> <p><i>Pozn.:</i> Cyklofosfamid v 1hodinové infuzi</p> <p><i>Pozn.:</i> filgrastim 300 µg ode dne 6 do ANC > 5× 10⁹/l nebo pegfilgrastim 6 mg den 6</p> <p><i>Pozn.:</i> kontrola KO+diff 2× týdně</p> <p><i>Pozn.:</i> 6–8 cyklů (2 cykly nad dosažení kompletní remise).</p> <p>U HIV-pozitivních pacientů: Rituximab 375 mg/m² den 1+5, Methotrexát 12 mg intratekálně den 1+5 od 3. cyklu (6 dávek), 3–6 cyklů (2 cykly nad dosažení kompletní remise)</p> <p>Úpravy dávkování:</p> <p>Nadir ANC nepoklesne pod 0,5× 10⁹/l = v následujícím cyklu zvýšení dávky etoposidu, cyklofosfamidu a doxorubicinu o 20 %</p> <p>Nadir ANC <0,5× 10⁹/l při jednom či dvou měřeních = stejná dávka jako v předchozím cyklu</p> <p>Nadir ANC <0,5× 10⁹/l při třech a více měřeních nebo nadir trombocytů <25× 10⁹/l alespoň při jednom měření = v následujícím cyklu snížení dávky etoposidu, cyklofosfamidu a doxorubicinu o 20 %</p> <p>Úpravy dávkování u HIV-pozitivních pacientů:</p> <p>Nadir ANC <0,5× 10⁹/l nebo nadir trombocytů <25× 10⁹/l po 2–4 dny: v následujícím cyklu snížení dávky cyklofosfamidu o 25 %</p> <p>Nadir ANC <0,5× 10⁹/l nebo nadir trombocytů <25× 10⁹/l po ≥5 dní: v následujícím cyklu snížení dávky cyklofosfamidu o 50 %</p> | | | | |

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání | Opakování cyklu |
|--|---|---------------|--|------------------------|
| R-megaCHOP při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| cyklofosfamid | 1. cyklus 2000, 2. a 3. cyklus 3000 | i.v. | 1. den | à 3 týdny |
| doxorubicin | 75 | i.v. | 1. den | |
| vinkristin | 1,4 (max. 2 mg) | i.v. | 1. den | |
| prednison | 60 | p.o. | 1.–5. den | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den (první dva cykly i 14. den) | |
| <p><i>Pozn.:</i> u pacientů ve špatném klinickém stavu (ECOG 2–4) či s velkou nádorovou náloží zvážit prefázi Vincristin – Prednison: jednorázově VCR 2 mg + Prednison 60 mg/m² po 5 dní, poté zahájit CHT</p> <p>Uromitexan 1,5 g/m² i.v.: 0,5 hodiny před a 2 hodiny po zahájení cyklofosfamidu G-CSF obligatorně – filgrastim 5 µg/kg od 6. dne chemoterapie do vzestupu leukocytů > 4 × 10⁹/l nebo pegfilgrastim 6 mg 1 ampule 2. den cyklu jednorázově s.c.</p> | | | | |
| FCR i.v. při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| fludarabin | 25 | i.v. | 1.–3. den | à 4 týdny |
| cyklofosfamid | 250 | i.v. | 1.–3. den | |
| rituximab* | 375 | i.v. | 1. den | |
| * u SLL se od druhého cyklu podává dávka 500 mg/m ² | | | | |
| FCR p.o. při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| fludarabin | 40 | p.o. | 1.–3. den | à 4 týdny |
| cyklofosfamid | 250 | p.o. | 1.–3. den | |
| rituximab* | 375 | i.v. | 1. den | |
| * u SLL se od druhého cyklu podává dávka 500 mg/m ² | | | | |
| DRC pro WM (Dimopoulos 2007) | | | | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den | à 3 týdny 6–8 cyklů |
| cyklofosfamid | 100 2× denně | p.o. | 1.–5. den | |
| dexametazon | 20 mg fixní dávka | i.v. | 1. den | |

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání | Opakování cyklu |
|---|----------------------------|----------------|----------------------------|----------------------|
| BR | | | | |
| rituximab | 375* | i.v. | 1. den | à 4 týdny 6 cyklů |
| bendamustin | 90 | i.v. | 1.–2. den | |
| * V případě SLL je dávka rituximabu od 2. cyklu 500 mg/m ² | | | | |
| RCD (pro SLL/CLL) | | | | |
| rituximab | 375 (od 2. cyklu 500) | i.v. | 1. den | à 3 týdny 6 cyklů |
| cyklofosfamid | 750 | p.o. | 1. den | |
| dexametazon | 40 mg fixní dávka | p.o. nebo i.v. | 1.–4. den + 10.–13. den | |
| ABVD | | | | |
| doxorubicin | 25 | i.v. | 1. a 15. den | à 4 týdny |
| bleomycin | 10 | i.v. | 1. a 15. den | |
| vinblastin | 6 | i.v. | 1. a 15. den | |
| dacarbazin | 375 | i.v. | 1. a 15. den | |
| BEACOPP eskalovaný | | | | |
| cyklofosfamid | 1250 | i.v. | 1. den | à 3 týdny |
| doxorubicin | 35 | i.v. | 1. den | |
| etoposid | 200 | i.v. | 1.–3. den | |
| prokarbazin | 100 | p.o. | 1.–7. den | |
| vinristin | 1,4 (max. 2 mg) | i.v. | 8. den | |
| bleomycin | 10 | i.v. | 8. den | |
| prednison | 40 | p.o. | 1.–14. den | |
| G-CSF obligatorně: Filgrastim – 48 µg s.c. od 4. dne chemoterapie do vzestupu leukocytů > 2× 10 ⁹ /l nebo Pegfilgrastim 6 mg s.c. jednorázově 4. den cyklu. (další cyklus podat až klesne počet leukocytů <15× 10 ⁹ /l) | | | | |

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání | Opakování cyklu |
|--|----------------------------|----------------|--|-----------------|
| SMILE pro NK/T lymfomy (mladší pacienti) | | | | |
| metotrexát | 2000 | i.v. | den 1 | à 4 týdny |
| leukovorin | 4× 15 mg | i.v. nebo p.o. | 24 h po ukončení MTX do jeho vyloučení | |
| ifosfamid | 1500 | i.v. | den 2–4 | |
| mesna | 3× 300 | i.v. | den 2–4 | |
| dexametason | 40 mg/den | i.v. nebo p.o. | den 2–4 | |
| etoposid | 100 | i.v. | den 2–4 | |
| L-asparagináza | 6000 U/m ² | i.v. | den 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 | |
| obligatorně G-CSF s.c. nebo i.v. ode 6. dne do vzestupu leuko > 0,5× 10 ⁹ /l 4–6 cyklů, lokální radioterapie 50 Gy po 2.–4. cyklu | | | | |

XX.2 Záchranné (salvage) režimy a mobilizační režimy

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání | Opakování cyklu |
|---|----------------------------|---------------|------------|-----------------|
| R-ICE při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| etoposid | 100 | i.v. | 1.–3. den | à 3 týdny |
| ifosfamid | 5000 | i.v. 24 hod | 2. den | |
| karboplatina | AUC=5 (max 800) | i.v. | 2. den | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den | |
| uroprotektce: mesna (100 % dávky ifosfamidu) – zahájit 30 minut před podáním ifosfamidu, podávat po celou dobu infúze ifosfamidu | | | | |
| Výpočet dávky karboplatiny: | | | | |
| 1) výpočet glomerulní filtrace (GFR) | | | | |
| (140 – věk v letech) × hmotnost v kg/72 × sérový kreatinin v mg/dl, (u žen: vypočtená × 0,85) | | | | |
| 2) výpočet dávky karboplatiny v mg | | | | |
| 5 mg/ml/min × (GFR + 25) ml/min | | | | |
| G-CSF obligatorně | | | | |
| filgrastim 5 µg/kg od 6. dne chemoterapie do vzestupu leukocytů > 4×10 ⁹ /l <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg 1 amp. 4. den jednorázově s.c. | | | | |
| R-DHAP při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| cisplatina | 100 | i.v. 24 hod | 1. den | à 3 týdny |
| cytosin-arabinosid | 2000 2× denně | i.v. | 2. den | |
| dexametazon | 40 | i.v. | 1.–4.den | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den | |
| G-CSF obligatorně | | | | |
| filgrastim 5µg/kg od 9. dne chemoterapie do vzestupu leukocytů > 4× 10 ⁹ /l <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg 1 amp. 5. den jednorázově s.c. | | | | |
| R-ESAP při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| etoposid | 60 | i.v. | 1.–4. den | à 3 týdny |
| cisplatina | 25 | i.v. | 1.–4. den | |
| cytosin-arabinosid | 2000 | i.v. | 5. den | |
| methyprednisolon | 500 mg/den | i.v. | 1.–4. den | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den | |
| G-CSF obligatorně | | | | |
| filgrastim 5 µg/kg od 9. dne chemoterapie do vzestupu leukocytů > 4× 10 ⁹ /l <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg 1 amp. 6. den jednorázově s.c. | | | | |

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání | Opakování cyklu |
|---|----------------------------|---------------|-------------|-----------------|
| R-HAM při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| cytosin-arabinosid | 2000 2× denně | i.v. | 2.–3.den | |
| mitoxantron | 10 | i.v. | 3.–4.den | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den | |
| + obligatorně G-CSF filgrastim 10 µg/kg od 9.dne chemoterapie (5. den od skončení kúry) v rámci mobilizace PKB s následnou separací PKB (pokud se nejedná o separační kúru, stačí 5 µg/kg) <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg s.c.jednorázově 5. den s.c. | | | | |
| R-GDP při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| gemcitabin | 1000 | i.v. | 1. a 8. den | à 3 týdny |
| dexametason | 40 mg fixní dávka | i.v. | 1.–4. den | |
| cisplatina | 75 | i.v. | 1. den | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den | |
| R-GD při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| gemcitabin | 1000 | i.v. | 1. a 8. den | à 3 týdny |
| dexametason | 40 mg fixní dávka | i.v. | 1.–4. den | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den | |
| R-GIFOX při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | | |
| gemcitabin | 1000 | i.v. | 2. den | à 3 týdny |
| ifosfamid | 5000 | i.v. | 3. den* | |
| mesna | 5000 | i.v. | 3. den** | |
| oxaliplatina | 130 | i.v. | 1. den | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den | |
| + obligatorně G-CSF filgrastim 5 µg/kg od 6.dne chemoterapie <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg s.c.jednorázově 4. den s.c. *) u nemocných > 65 let frakcionovaně 3.–5. den **) podání zahájit 30 min před ifosfamidem | | | | |

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání | Opakování cyklu |
|---|----------------------------|---------------|-------------|---|
| R-DHAOx (při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny) | | | | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den | à 3 týdny |
| oxaliplatin | 130 | i.v. | 1. den | |
| cytosin-arabinosid | 2000 2× denně | i.v. | 2. den | |
| dexamethason | 40 | i.v. | 1.- 4. den | |
| + obligatorně G-CSF filgrastim 5 µg/kg od 6. dne chemoterapie <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg s.c. jednorázově 4. den s.c.) pozn.: při použití u starších nemocných nutná redukce dávek!!! | | | | |
| R-IVAM | | | | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den | Jednorázově v rámci sekvenčního protokolu |
| cytarabin | 100 | i.v. | 1.-3. den | |
| ifosfamid | 1500 | i.v. | 1.-5. | |
| mesna | 400 | i.v. | 1.-5.* | |
| etoposid | 150 | i.v. | 1.-3. den | |
| methotrexát | 3000 | i.v. | 5. den** | |
| + obligatorně G-CSF filgrastim 5 µg/kg od 10. dne chemoterapie <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg s.c. jednorázově 10. den s.c., resp. po vyloučení methotrexátu *) 30 min. před podáním, 4. a 8. hodinu po podání ifosfamidu **) podání ve 24-hodinové KIN, v případě vysokého rizika CNS postižení ve 3-hodinové infúzi. Standardní hydratace, alkalizace moči a rescue i.v. kalcium folinátem | | | | |
| Ara-C + dexametason | | | | |
| cytosin-arabinosid | 2000* 2× denně | i.v. | 1. a 2. den | à 4 týdny |
| dexametason | 20 mg fixní dávka* | p.o. | 1.-4. den | |
| *) redukce dávek u nemocných > 65 let: ara-C 1000 mg/m ² dexametazon 10 mg/den | | | | |
| Etoposid + Dexametazon | | | | |
| etoposid | 100 | p.o. | 1.-5. den | à 4 týdny |
| dexametazon | 20 mg fixní dávka | p.o. | 1. - 5. den | |
| IGEV | | | | |
| ifosfamid | 2000 mg/m ² | i.v. | 1. - 4. den | à 3 týdny |
| mesna | 2600 mg/m ² | i.v. | 1. - 4. den | |
| gemcitabin | 800 mg/m ² | i.v. | 1. - 4. den | |
| vinorelbin | 20 mg/m ² | i.v. | 1. den | |
| prednison | 100 mg | p.o. | 1. - 4. den | |

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání | Opakování cyklu |
|---|------------------------------|---------------|------------------------------|-----------------------------|
| BEGEV | | | | |
| bendamustin | 90 | i.v. | 2.-3. den | à 3 týdny celkem 4 cykly |
| gemcitabin | 800 | i.v. | 1. a 4. den | |
| vinorelbin | 25 | i.v. | 1.den | |
| G-CSF obligatorně | | | | |
| IVE | | | | |
| ifosfamid | 3 g/m ² /24 hod | i.v. | 1.-3. den | à 3 týdny |
| mesna | 1,8 g/m ² | i.v. | Před 1. infuzí ifosfamidu | |
| | 3 g/m ² /d | i.v. | 1.-3. den | |
| | 5,4 g/m ² | i.v. | 12 hodin po ifosfamid | |
| etoposid | 200 mg/m ² /2 hod | i.v. | 1.-3. den | |
| epirubicin | 50 | i.v. | 1. den | |
| Profylaxe phenytoin 300 mg/den den -1 až den 8 Profylaxe ciprofoxacin + acyclovir + fluconazol až do vzestupu neu 1,0 × 10 ⁹ /l Nemobilizační cykly: G-CSF 100 µg denně s.c. ode dne 7 Mobilizační cykly: G-CSF 300 µg denně s.c. ode dne 5 | | | | |
| R-BAC | | | | |
| bendamustin | 70 | i.v. | 1.-2.den | à 4 týdny |
| cytarabin | 800 | i.v. | 2.-4. den | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1.den | |
| G CSF obligatorně: filgrastim 5 µg/kg od 6.dne chemoterapie <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg s.c. jednorázově 4. den s.c. | | | | |
| R-BAC 500 | | | | |
| bendamustin | 70 | i.v. | 1.-2.den | à 4 týdny |
| cytarabin | 500 | i.v. | 2.-4. den | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1.den | |
| G CSF obligatorně: filgrastim 5 µg/kg od 6.dne chemoterapie <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg s.c. jednorázově 4. den s.c. | | | | |
| R-GEMOX | | | | |
| rituximab | 375 mg/m ² | i.v. | Den 0 | à 2 týdny |
| gemcitabin | 1 g/m ² | i.v. | Den 1 | |
| oxaliplatina | 100 mg/m ² | i.v. | Den 1 | |

| BR – polatuzumab vedotin | | | | |
|--|-----------------------|------|---|-------------|
| rituximab | 375 mg/m ² | i.v. | Den 1 | à 3 týdny** |
| polatuzumab vedotin | 1,8 mg/kg* | i.v. | Den 1 | |
| bendamustin | 90 | i.v. | Den 1 a 2 | |
| * Nepřekračovat jednotlivou dávku 240 mg | | | | |
| ** CAVE! Oproti standardnímu režimu BR je v této kombinaci délka cyklu 3 týdny | | | | |
| R ² | | | | |
| rituximab | 375 mg/m ² | i.v. | Cyklus 1: Den 1, 8, 15 a 22 Cykly 2–5: Den 1 | à 4 týdny |
| lenalidomid | 20 mg | p.o. | Den 1–21 Max 12 cyklů | |

XX.3 Režimy pro vysoce agresivní lymfomy

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání |
|---|----------------------------|---|---|
| R-CODOX-M/IVAC pro pacienty do 65 let | | | |
| při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | |
| a) R-CODOX-M | | | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1.+10. den |
| cyklofosamid | 800 | i.v. | 1.–2. den |
| doxorubicin | 50 | i.v. | 1. den |
| vinkristin | 2 mg fixní dávka | i.v. | 1. a 10. den |
| cytosin-arabinosid | 50 mg fixní dávka | intratékálně (i.t.) | 1. den, 3. den pouze u vysokého rizika |
| hydrocortison | 50 mg fixní dávka | intratékálně (i.t.) | 1. den 3. den pouze u vysokého rizika |
| metotrexát | 12 mg fixní dávka | intratékálně (i.t.) | 1. den |
| leukovorin | 15 mg fixní dávka | 24 hod po i.t. MTX | |
| metotrexát | 3000 | i.v. kontinuálně/24 hod. | 10. den |
| leukovorin | 200 | i.v. | po skončení aplikace MTX |
| leukovorin | 15 | i.v. každých 6 hodin do poklesu hladiny MTX <0,05 µmol/l | |
| G-CSF obligatorně: | | | |
| filgrastim 5 µg/kg od 3. do 8. dne <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg s.c. jednorázově 3. den | | | |
| kúra se podává se cestou centrálního žilního katetru , nutná alkalizace moči (pH>7,5) po celou dobu podávání MTX až do ukončení rescue fáze, kontroly pH po 2 hod. kontroly hladiny MTX ve 24. a 48. hod. po skončení MTX – pokud je hladina MTX >3 µmol/l ve 24. hod. nebo >0,3 µmol/l ve 48. hod., nutno podat Leucovorin 50 mg i.v. po 6 hod., dokud hladina MTX neklesne <0,05 µmol/l | | | |
| b) R-IVAC | | | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1.a 10. den |
| etoposid | 60 | i.v. | 1.–5. den |
| ifosfamid | 1500 | i.v. | 1.–5. den |
| uromitexan | 1500 | i.v. společně s ifosfamidem a poté každé 3 hod., celkem 7 dávek | 1.–5. den |
| metotrexát | 12 mg fixní dávka | | 5.den |
| hydrocortison | 50 mg fixní dávka | intratékálně (i.t.) | 5.den |

| | | | |
|---|------|---------------------------|------------------------------------|
| cytosin-arabinosid | 2000 | i.v. 2x denně (á 12 hod.) | 1. a 2. den (celkem 4 dávky) |
| <p>G-CSF obligatorně: filgrastim 5 µg/kg od 6. dne do vzestupu leukocytů > 4 tis., <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg s.c. jednorázově 6. den Nutno aplikovat oční kapky jako prevence poškození (kortikoid, umělé slzy)</p> | | | |
| <p>Další cyklus v rámci protokolu CODOX-M/IVAC bude zahájen po vzestupu granulocytů >3× 10⁹/l a trombocytů >100 × 10⁹/l. Redukce dávek nejsou přípustné! Pacienti s CNS infiltrací při diagnóze dostávají další dávky intrathékální terapie v prvním cyklu: - v R-CODOX-M: ARA C 50 mg i.t. den 5 a Metotrexát 12 mg i.t. den 10 - v cyklu R-IVAC: ARA C 50 mg i.t. den 3 a 5 a Metotrexát 12 mg i.t. den 5</p> | | | |

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání |
|---|---|-------------------------------------|------------|
| R-maxiCHOP/R-HD araC (Nordický MCL2 protokol) při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny Oba režimy se podávají střídavě à 21 dní (každý režim 3x, celkem tedy 6 cyklů) | | | |
| a) R-maxiCHOP | | | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den |
| cyklofosfamid | 1200 | i.v. ve 2hodinové infuzi | 1. den |
| doxorubicin | 75 | i.v. | 1. den |
| vinkristin | 1,4 (max. 2 mg) | i.v. | 1. den |
| prednison | 100 mg fixní dávka | i.v. | 1.-5. |
| G-CSF obligatorně: filgrastim 5 µg/kg přibližně od 8. dne (dle aktuálního KO) Mesna – 1200 mg/m ² v bolusech při podávání cyklofosfamidů (CFA): 400 mg i.v. před CFA, dále 400 mg i.v. 2, 4, (6), 8 a 12 hodin po CFA Hydratace při CFA: p.o. cca 6 litrů za den, kontrola bilance tekutin, případná podpora diurezy furosemidem. Kontrola moče a sedimentu (hemoragická cystitida) | | | |
| b) R-HD araC | | | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. den |
| cytarabin | 3000 <i>nebo</i> 2000 (pacienti > 60 let či v horším klinickém stavu) | i.v. à 12 hodin (celkem 4 dávky) | 1. a 2.den |
| G-CSF obligatorně filgrastim 5 µg/kg přibližně od 8. dne (dle aktuálního KO) | | | |

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání |
|--|----------------------------|--|-------------------------------|
| HyperCVAD-HD MTX/Ara-C (+ rituximab u CD20 pozitivních lymfomů) | | | |
| při podání bez rituximabu zůstávají ostatní léky beze změny | | | |
| a) 1. část (cyklus 1, 3, 5, 7) | | | |
| rituximab | 375 | i.v. | 1. a 11. den v cyklu 1 a 3 |
| cyklofosfamid uromitexan | 300 600 | i.v. 2× denně po 12 hodinách i.v. kontinuálně v průběhu aplikace cyklofosfamidu | 1.–3. den 1.–3. den |
| doxorubicin | 50 | i.v. kontinuálně 24 hod | 4. den |
| vinkristin | 2 mg fixní dávka | i.v. 12 hodin po cyklofosfamidu | 4. a 11. den |
| dexametazon | 40 mg fixní dávka | i.v. | 1.–4. den + 11.–14. den |
| G-CSF obligatorně: filgrastim 10 µg/kg od 6. dne do vzestupu leukocytů >3 tis., <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg s.c. jednorázově 6. den | | | |
| b) 2. část (cyklus 2, 4, 6, 8) | | | |
| rituximab | 375 | i.v. | 2. a 8. den v cyklu 2 a 4 |
| metotrexát leukovorin | 1000 50 | i.v. kontinuálně 24 hod. i.v. 12 hod. po MTX a dále 15 mg i.v. á 6 hod. celkem 8× nebo do poklesu hladiny MTX <0,1 µmol/L | 1.den |
| cytosin-arabinosid | 3000 | i.v. 2x denně po 12 hodinách | 2.–3.den (celkem 4 dávky) |
| G-CSF obligatorně filgrastim 5 µg/kg od 4. dne do vzestupu leukocytů > 4 tis., <i>nebo</i> pegfilgrastim 6 mg s.c. jednorázově 4. den | | | |
| Poznámky k léčbě Burkittova lymfomu | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • i.v. hydratace, alkalizace moči, allopurinol, bikarbonát sodný • podává se cestou centrálního žilního katetru • Rituximab celkem 8 dávek podaných v prvních 4 cyklech léčby • CNS profylaxe – MTX i.t. 12 mg den 2 a AraC 100 mg i.t. den 7 nebo 8 každého cyklu | | | |

- další cyklus zahájit při leuko > 3000 a trombo > 50 tis.
- další cyklus á 21 dní, nebo dříve pokud je KO zreparován (od 14. dne) při leukocytech >3000 a trombocytech >50 tis.
- redukce AraC na 1 g/m² u pacientů > 60 let, při kreatininu > 132 μmol/l či hladině metotrexátu >20 μmol/l na konci 24hodinové infúze
- redukce vincristinu na 1 mg i.v. při hladině bilirubinu >2 mg/dl, nebo při perif. neuropatii gr.2+
- redukce doxorubicinu na 50 % při bilirubinu > 2–3 mg/dl, redukce doxorubicinu o 75 % při bilirubinu >5 mg/dL
- redukce MTX na 50 % při clearance kreatininu 10–50 ml/min. a při pleurálních výpotcích nebo ascitu
- profylakticky se RT neaplikuje, pouze z indikace intrakraniální masy (odstup od i.t. a systémového MTX minimálně 2 týdny).
- profylaxe: Biseptol 2×1 tbl 3× týdně **od začátku terapie**, acyklovir, zvážít ciprofloxacin v průběhu prvních dvou cyklů, flukonazol

Poznámky k léčbě lymfoblastového lymfomu

- celkem 8 cyklů léčby á 21 dní, nebo dříve pokud KO umožňuje (od 14.dne)
- CNS profylaxe: při CNS postižení jako u Burkittova lymfomu, jinak 8 dávek (střídavě MTX a AraC)
- aktinoterapie mediastina: 30 Gy (15 frakcí a 2 Gy) bez ohledu na to, zda je v mediastinu reziduum

Udržovací terapie POMP

- Prednison 200 mg p.o. denně den 1–5, Vincristin i.v. 2 mg den 1, Methotrexát 20 mg/m² p.o. nebo i.v. **v jediné dávce 1× týdně**, 6-Merkaptopurin 50 mg 3× denně, cykly á 28 dní, podání v měsících 1–5, 8–17, 20–30. **S 6-MP se nesmí podávat Milurit.**
- úprava dávek udržovací medikace: granulocyty kolem 1× 10⁹/l, trombocyty > 40× 10⁹/l, bilirubin < 30 μmol/l, ALT, AST <4 násobek normy.
- profylaxe: Biseptol 2x1 tbl 3x týdně **od začátku terapie do skončení udržovací léčby**, acyklovir, zvážít ciprofloxacin v průběhu prvních dvou cyklů.

Intenzifikace

- **HyperCVAD** v měsících 6 a 18
- **Rituximab** 375 mg/m² i.v. dny 1 a 11 (pokud CD20 ≥ 20%)
- **Metotrexát** 100 mg/m² i.v. den 1 1× týdně 4× v měsících 7 a 19
- **L-asparagináza** 20 000 IU i.v. den 1× týdně 4× v měsících 7 a 19

XX.4 Přípravné režimy pro transplantace

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Den podání |
|---|----------------------------------|---------------|
| Slavinův režim | | |
| fludarabin | 30 | -10 až -5 |
| busulfan | 4 mg/kg | -9 až -8 |
| ATG | 5–10 mg/kg | -4 až -1 |
| Imunosuprese: CyA/MTX | | |
| Flu/Cy | | |
| fludarabin | 25 | -5 až -3 |
| cyklofosfamid | 400 | -5 až -3 |
| Imunosuprese: CyA/ (MTX) | | |
| Flu/Cy (tisacel) | | |
| fludarabin | 25 | 3 dny po době |
| cyklofosfamid | 250 | 3 dny po sobě |
| Podání Kymriah® 2–14 dní po přípravném režimu | | |
| Flu/Cy (axicel) | | |
| fludarabin | 30 | -5 až -3 |
| cyklofosfamid | 500 | -5 až -3 |
| Podání Yescarta® 48 h po přípravném režimu | | |
| Bendamustin (tisacel) | | |
| Bendamustin | 90 | 2 dny po sobě |
| cyklofosfamid | 500 | 2 dny po sobě |
| Podání Kymriah® 2–14 dní po přípravném režimu | | |
| Cisplatina-AraC-fludarabin | | |
| cisplatina | 25 (v kontinuální infuzi) | -6 až -3 |
| fludarabin | 30 | -4 až -3 |
| cytosin-arabinosid | 500–1000 | -4 až -3 |
| BEAM | | |
| BCNU | 300 | -6 |
| etoposid | 200 | -5 až -2 |
| cytosin-arabinosid | 200 (2× denně, tedy 8 dávek) | -5 až -2 |
| melphalan | 140 | -1 |
| TEAM | | |
| thiotepa | 300 mg/m ² | -6 |
| etoposid | 200 | -5 až -2 |
| cytosin-arabinosid | 200 (2× denně, tedy 8 dávek) | -5 až -2 |
| melphalan | 140 | -1 |
| BCNU – thiotepa pro CNS lymfomy | | |
| BCNU | 400 | -6 |
| Thiotepa | 5 mg/kg (2× denně, tedy 4 dávky) | -5 a -4 |

XX.5 Režimy pro CNS lymfomy

| Inovované schéma kombinující chemoterapii a radioterapii dle DeAngelisové | | | |
|---|---|--|--------------|
| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Podání | |
| 5x R-MPV (po 14 dnech) | | | |
| rituximab | 500 | den 1 | |
| metotrexát | 3500 ve 2hod. infúzi | den 2 | |
| leukovorin | 20–25 mg à 6 hod | 24 hod. po podání MTX nejméně 72 hodin nebo do poklesu hladiny MTX po 1×10^{-8} mg/dL | |
| | 40 mg à 4 hod | při toxických hladinách MTX | |
| vinkristin | 1,4 (max. 2,8) | den 2 | |
| prokarbazin | 100 | 7 dní v 1., 3. a 5. cyklu (liché cykly léčby) | |
| metotrexát | 12 mg i.t. | mezi dnem 5 a 12 každého cyklu u pacientů s pozitivní cytologií likvoru | |
| Pozn.: u pacientů > 60 let redukce dávek MTX na 1500–2500 mg/m ² G-CSF obligatorně: filgrastim 5 µg/kg/den: <ul style="list-style-type: none"> • 24 hodin po poslední dávce prokarbazinu (liché cykly) <i>nebo</i> • 96 hodin po infuzi MTX nebo po poklesu hladin MTX $<1 \times 10^{-8}$ mg/dL (sudé cykly) | | | |
| Restaging | | | |
| CR | PR | | SD,PD |
| | 2x R-MPV | | |
| | Restaging | | |
| | CR | PR | |
| RT mozku 23,4 Gy | | RT mozku 45 Gy | |
| vysokodávkované Ara-C | 3g /m² (maxim. dávka 6 g) den 1,2 | 2 cykly s odstupem 4 týdnů | |
| G-CSF: filgrastim 5 µg/kg/den: zahájit 48 hodin po infuzi cytarabinu v den 2, aplikace 5–10 dní dle vývoje KO. Radioterapii zahájit za 3–5 týdnů po skončení R-MPV Pacienti s postižením oka budou ozářeni bez orbitálního zastínění plnou dávkou 23,4 Gy u kompletní remise a 36 Gy u pacientů s odpovědí menší než kompletní remise. | | | |

| Schéma dle IESLG | | | |
|--|--|--|-----------|
| Metotrexát | 3,5 g/m ² i.v. | den 1 | |
| ARA C | 2 g/m ² (1hod. inf.) | á 12h. den 2 a 3 (tj. celkem 4 dávky) | |
| celkem 4 cykly á 3 týdny | | | |
| Restaging | | | |
| CR, PR, SD | | | PD |
| 2× HD MTX/HD ARA C | | | |
| Restaging | | | |
| CR | PR | SD | |
| 36 Gy (redukce nebo vynechání u pacientů > 60 let) | 36 Gy + boost 9 Gy na ložisko tumoru | 40 Gy + boost 9 Gy na ložisko tumoru | |

| MATRIX (dle studie IELSG43) | |
|--|---------------------|
| Rituximab 375 mg/ m ² /d (d 0, 5) MTX 3,5 g/m ² (d1) AraC 2×2 g/m ² /d (d2-3) Thiotepa 30 mg/m ² (d4) celkem 2 cykly á 3 týdny | |
| zhodnocení odpovědi | |
| CR / PR / SD | PD |
| sběr PBSC | WBRT 40 Gy |
| Rituximab 375 mg/m ² /d (d 0, 5) MTX 3,5 g/m ² (d1) AraC 2×2 g/m ² d (d2-3) Thiotepa 30 mg/m ² (d4) celkem 2 cykly á 3 týdny | |
| zhodnocení odpovědi | |
| CR / PR | SD / PD |
| Konsolidace ASCT BCNU 400 mg/m ² (d-6) Thiotepa 2×5 mg/kg/d (d-5-(-4)) + ASCT (d0) | Radioterapie |

| Režim MARIETTA | | | |
|---|--|--|---|
| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Podání | |
| 2× R-CHOP-21 (u nově diagnostikovaných pacientů – není povinný) | | | |
| 2× MATRIX | | | |
| rituximab | 500 | den 0 | |
| metotrexát | 3500: - 500 v 15min. infúzi - 3000 ve 3hod. infúzi | den 1 | |
| leukovorin | 15 mg à 6 hod | 24 hod. po podání MTX nejméně 72 hodin nebo do poklesu hladiny MTX po 1×10^{-8} mg/dL | |
| cytarabin | 2 g á 12 h (4 dávky) ve 3 h infusích | den 2+3 (celkem 4 dávky) | |
| thiotepa | 30 ve 30min. infuzi | den 4 | |
| lipozomální cytarabin | 50 mg i.t. | den 5 | |
| <p><i>Pozn.:</i> u pacientů > 60 let redukce dávek MTX na 1500–2500 mg/m², cytarabin na 1 g/m² a dle toxicity (níže)</p> <p><i>Pozn.:</i> není-li k dispozici lipozomální cytarabin, pak methotrexát 10 mg + konvenční cytarabin 40 mg + hydrokortizon 50 mg den 5 intratekálně (absolutní dávky)</p> <p>G-CSF obligatorně: filgrastim 2,5 µg/kg/den: den 6–12 nebo pegfilgrastim 6 mg den 6 (v mobilizačním cyklu filgrastim 10–12 µg/kg/den)</p> | | | |
| Restaging | | | |
| CR, PR | | SD, PD | |
| 1× MATRIX 1× R-ICE (rozpis viz výše) | | 2× R-ICE | |
| Restaging | | Restaging | |
| CR, PR | SD, PD | CR, PR | SD, PD |
| 2× R-ICE | RT mozku 36 Gy + 10 Gy boost | 1× R-ICE | RT mozku 36 Gy + 10 Gy boost |
| Restaging po 2–3× MATRIX a 3× R-ICE | | | |
| CR, PR | | SD, PD | |
| HTD + ASCT | | RT mozku 36 Gy + 10 Gy boost | |

Režim MARIETTA – pokračování
Reziduální nemoc po ASCT:

- parenchymatózní: **RT mozku 36 Gy + 10 Gy boost**
 - leptomeningeální: **intrathekální léčba**
 - MTX 12 mg + araC 50 mg + hydrocortizon 40 mg den 1+8
 - thiotepa 10 mg + rituximab 25 mg den 4 + 11
- á 28 dní

Pozn.: Rozpis R-ICE viz Záchrané (**salvage**) režimy a mobilizační režimy, **karboplatina však do maximální dávky 700 mg**

Pozn.: Při podání lipozomálního cytarabinu k prevenci chemické arachnoiditidy podat dexamethason 4 mg po á 12 h po 3 dny

Pozn.: sběr PBPC po 2. cyklu MATRIX, v případě organizačních či jiných důvodů po 3. cyklu MATRIX či 1. cyklu R-ICE

Pozn.:

- progrese na MATRIX v jakékoli době: switch na R-ICE (celkem 3×)
- progrese na R-ICE v jakékoli době: switch na RT mozku
- CR, PR po RT mozku: zvážit pacienta k HDT+ASCT

Režim BCNU + thiotepa + ASCT

| Léčivo | dávka mg/m ² | podání |
|-----------------|-------------------------|---|
| BCNU | 400 | v 500 ml FR v 1hod infusi den -6 |
| thiotepa | 5 mg/kg | ve 250 ml FR ve 2hod infusi den -5 a -4 á 12 hod (celkem 4 dávky) |

Infuse PBPC den 0

Modifikace režimu MARIETTA dle toxicity:

1. Hematologická toxicita: pouze v případě grade IV (neutrofily <500/mm³, trombocyty pod 25 000/mm³) a pouze v případě, že je tato komplikována infekcí:

- redukce dávky AraC či ifosfamidu o 25 % vůči předchozímu cyklu

2. Jiná toxicita:

| Toxicita | Grade 3 | | Grade 4 | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| | MATRIX | R-ICE | MATRIX | R-ICE |
| Kardiovaskulární | Přerušit | Přerušit | Přerušit | Přerušit |
| Koagulace | Beze změny | Beze změny | 25% redukce AraC | 25% redukce ifosfamidu |
| Gastrointestinální | Beze změny | Beze změny | 25% redukce metotrexátu a araC | 25% redukce všech cytostatik |
| Renální | 25% redukce methotrexátu | 25% redukce všech cytostatik | 25% redukce methotrexátu a araC | 25% redukce všech cytostatik |
| Hepatální | 25% redukce všech cytostatik | 25% redukce všech cytostatik | 25% redukce všech cytostatik | 25% redukce všech cytostatik |
| Plicní | Beze změny | Beze změny | 25% redukce methotrexátu a araC | 25% redukce všech cytostatik |

| Protokol pro relapsy CNS lymfomů dle Korfela | | |
|---|---------------------------------|--------------|
| Léčivo | Dávka | Den podání |
| 2x MTX/IFO/DEP | | |
| metotrexát | 4 g/m ² i.v. | den 1 |
| ifosfamid | 2 g/m ² i.v. | den 3–5 |
| lipozomální cytarabin | 50 mg intrathekálně | den 6 |
| dexametason | 2× 4 mg p.o. | den 6–10 |
| Podpurná terapie: <ul style="list-style-type: none"> • intenzivní hydratace • alkalizace moči, • Leukovorin 30 mg/m² á 6 hod po 24 hod.od zahájení HD MTX | | |
| HD AraC/TT/DEP (u pacientů v progresi hned po 1. cyklu) | | |
| cytarabin | 3 g/m ² i.v. | den 1–2 |
| thiotepa | 40 mg/m ² i.v. | den 2 |
| lipozomální cytarabin | 50 mg intrathekálně | den 3 |
| dexametason | 2× 4 mg p.o. | den 3–7 |
| MR mozku restaging – 22. den cyklu 3 | | |
| Mobilizace PKB – G-CSF 2×5 µg/kg s.c.- zahajuje D 7 po 2. cyklu chemoterapie | | |
| Vysokodávkovaná léčba před ASCT | | |
| carmustin | 400 mg/m ² /2 h i.v. | den -5 |
| thiotepa | 2×5 mg/kg/2 h | den -4 a -3 |
| etoposid | 150 mg/m ² /2 h i.v. | den -5 až -3 |
| ASCT v den 0 | | |

XX.6 Vybraná schémata chemoterapie pro děti a dospívající

| Léčivo | Dávka (mg/m ²) | Způsob podání | Den podání |
|--|---|---------------|----------------|
| AVPC = DBVE z původního protokolu POG pro nízké riziko 9426 | | | |
| doxorubicin | 25 | i.v. | den 1 a 15 |
| bleomycin | 10 IU/m ² | i.v. | den 1 a 15 |
| vinkristin | 1,5 | i.v. | den 1 a 15 |
| etoposid | 100 | i.v. | dny 1–5 |
| ABVE-PC | | | |
| doxorubicin | 25 | i.v. | den 1 a 2 |
| bleomycin | 5 IU/m ² 10 IU/m ² | i.v. | den 1 den 8 |
| vinkristin | | i.v. | den 1 a 8 |
| etoposid | 125 | i.v. | dny 1–3 |
| prednison | 40 | p.o. | dny 1–7 |
| cyklofosfamid | 800 | i.v. | den 1 |
| DECA | | | |
| dexametazon | 10 | i.v. | den 1 a 2 |
| etoposid | 100 | i.v. | den 1 a 2 |
| cytosin-arabinosid | 3000 | i.v. | den 1 a 2 |
| cisplatina | 90 | i.v. | den 1 |
| OEPA | | | |
| prednison | 60 | p.o. | den 1–15 |
| vinkristin | 1,5 (max. 2,0 mg) | i.v. | den 1, 8 a 15 |
| doxorubicin | 40 | i.v. | den 1 a 15 |
| etoposid | 125 | i.v. | den 1–5 |
| COPP | | | |
| prednison | 40 | p.o. | den 1–15 |
| prokarbazin | 100 | p.o. | den 1–15 |
| vinkristin | 1,5 (max. 2,0 mg) | i.v. | den 1 a 8 |
| cyklofosfamid | 500 | i.v. | den 1 a 8 |
| COPDAC | | | |
| prednison | 40 | p.o. | den 1–15 |
| dakarbazin | 250 | i.v. | den 1–3 |
| vinkristin | 1,5 (max. 2,0 mg) | i.v. | den 1 a 8 |
| cyklofosfamid | 500 | i.v. | den 1 a 8 |

XXI. Vybrané informace k cílené/biologické léčbě

Cílem níže uvedeného přehledu je shrnout aktuální postavení nových molekul v léčbě lymfomů. Přehled odkazuje na aktuální stav z hlediska registrace a schválení léků. Aktuální stav z hlediska registrace a úhrady nutno sledovat na stránkách SÚKL. Uvedené informace představují **stav k 1.9.2020**. Na tomto místě je nutno podotknout, že ošetřující lékař může, pokud není léčivý přípravek distribuován nebo není v oběhu léčivý přípravek potřebných terapeutických vlastností, použít registrovaný léčivý přípravek způsobem, který není v souladu se souhrnem údajů o přípravku, je-li však takový způsob dostatečně odůvodněn vědeckými poznatky. Za stejných podmínek může použít i neregistrovaný léčivý přípravek. Poskytovatel zdravotních služeb odpovídá podle právních předpisů za škodu na zdraví nebo za usmrcení člověka, ke kterým došlo v důsledku použití neregistrovaného léčivého přípravku nebo použití registrovaného léčivého přípravku způsobem uvedeným výše.

Všechny přípravky jsou rozděleny (a barevně označeny) na 3 skupiny, a to na léky:

| | Nutnost schválení revizním lékařem dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb. |
|--|---|
| LP s úhradou (trvalou nebo dočasnou) | ne |
| LP s registrací v dané indikaci v EU, ale bez aktuální úhrady | ano |
| LP bez registrací v dané indikaci v EU, ale s prokázanou klinickou účinností | ano |

XXI.1 Rituximab

Rituximab je indikován

- v léčbě folikulárního lymfomu III. a IV. klinického stadia nebo u rizikových nemocných II. klinického stadia (dle GELF kritérií), kde je indikována protinádorová terapie, a to v první linii a v relapsu po předchozí protinádorové terapii.
- jako udržovací léčba folikulárního lymfomu v případě odpovědi na indukční léčbu: u pacientů s dosud neléčeným folikulárním lymfomem, aplikace jednou za 2 měsíce, u pacientů s relabovaným/refrakterním folikulárním lymfomem, aplikace jednou za 3 měsíce. Udržovací léčba je hrazena do progresu onemocnění nebo nejdéle po dobu dvou let.
- v léčbě difúzního velkobuněčného ne Hodgkinského maligního lymfomu B řady CD 20+ v kombinaci s režimem typu CHOP (z důvodu toxicity je možné snížení dávek či vynechání některé složky kombinovaného režimu), u relabujícího onemocnění též v kombinaci s dalšími chemoterapeutickými režimy (konkrétně s režimy R-DHAP, R-ICE, R-GDP).
- v léčbě primárního difúzního B-velkobuněčného lymfomu CNS v kombinaci s chemoterapií, jež ve svém schématu obsahuje vysoké dávky metotrexátu.
- v léčbě chronické lymfatické leukémie a lymfomu z malých lymfocytů (CLL/SLL) v kombinaci s chemoterapií, v časném relapsu onemocnění též v kombinaci s idelalisibem.
- v léčbě lymfomu z plášťových buněk, a to v indukční terapii v kombinaci s chemoterapií v první linii i v léčbě pozdního relapsu; dále v udržovací terapii po předchozím dosažení parciální či kompletní remise jednou za 2–3 měsíce podobu 3 let či do progresu onemocnění (co nastane dříve).

- v léčbě lymfomu marginální zóny typu MALT u pacientů relaxujících po (nebo nevhodných pro) lokální terapii.
- v první linii léčby Burkittova lymfomu v kombinaci s chemoterapií.
- v první linii léčby CD20+ akutní lymfoblastové leukémie/lymfoblastového lymfomu z B buněk v kombinaci s chemoterapií.
- v léčbě Waldenströmovy makroglobulinémie v kombinaci s chemoterapií.
- v léčbě 1. linie u nemocných s FL ve stádiu I a II v monoterapii (4 cykly) či v kombinaci s radioterapií či chemoterapií (maximálně 8 cyklů); v léčbě prvního a dalšího relapsu u nemocných ve stádiu I. a II. v monoterapii (4 cykly) či v kombinaci s radioterapií či chemoterapií (maximálně 8 cyklů)
- k terapii lymfomu z buněk marginální zóny (nodálního) – v rámci 1. linie léčby v kombinaci s chemoterapií či radioterapií (maximálně 8 cyklů), či v monoterapii (4 cykly); k léčbě relapsu v kombinaci s chemoterapií (maximálně 6 cyklů)
- k terapii relapsu Burkittova lymfomu v kombinaci s chemoterapií (maximálně 6 cyklů)
- k léčbě relapsu lymfoblastického B-buněčného CD20+ lymfomu / lymfoblastické B-buněčné CD20+ leukémie – v kombinaci s chemoterapií (maximálně 6 cyklů)
- k léčbě CD20+ Hodgkinova lymfomu typu modulární lymfocytární predominance – v 1. linii léčby v kombinaci s chemoterapií (maximálně 8 cyklů) a k léčbě relapsu v kombinaci s chemoterapií (maximálně 6 cyklů), popřípadě v monoterapii u pozdních relapsů s malou nádorovou masou
- k léčbě CD20+ potransplantačních lymfoproliferativních onemocnění

XXI.2 Brentuximab vedotin

Brentuximab vedotin je indikován

- u pacientů s relabujícím nebo refrakterním CD30+ Hodgkinovým lymfomem (HL) po autologní transplantaci kmenových buněk (ASCT) nebo po nejméně dvou předchozích terapiích v případech, kdy ASCT nebo kombinovaná chemoterapie nepředstavuje léčebnou možnost.
- k léčbě dospělých pacientů s relabujícím nebo refrakterním systémovým anaplastickým velkobuněčným lymfomem (sALCL).
- u nemocných s nově diagnostikovanými CD30+ PTCL, a to v kombinaci s chemoterapií CHP, do maximálního počtu 8 cyklů.
- u pacientů s vysokým rizikem relapsu po ASCT (refrakterní na 1. linii léčby nebo pacienti s relapsem do 12 měsíců od předchozí léčby, pacienti, kteří měli nejlepší odpověď PR nebo SD na poslední záchrannou terapii dle vyšetření CT a/nebo PET, extranodální onemocnění u relapsu před ASCT, B symptomy u relapsu před ASCT, pacienti, kteří měli dvě nebo více předchozích záchranných terapií) je indikována konsolidační léčba brentuximab vedotinem do maximálního celkového počtu 16 cyklů.
- pro nemocné s CD30 pozitivním relabujícím/refrakterním primárním kožním T lymfomem (CTCL) po nejméně jedné předchozí systémové terapii.
- u nemocných s Hodgkinovým lymfomem st. III a IV byl v rámci léčby 1. linie prokázán benefit přidání brentuximab vedotinu k chemoterapii AVD oproti chemoterapii ABVD.
- Brentuximab vedotin prokázal efektivitu u nemocných s relabujícím primárním mediastinálním lymfomem, v kombinaci s nivolumabem.

XXI.3 Ibrutinib

Ibrutinib je indikován

- u nově diagnostikovaných nemocných se CLL/SLL s prokázanou mutací TP 53, resp. delecí 17p
- u pacientů s relabujícím/refrakterním onemocněním typu CLL/SLL
- u nemocných s relabujícím nebo refrakterním lymfomem z plášťových při relapsu do 24M od poslední terapie a nemožnosti provést alogenní transplantaci (nebo po již provedené alogenní transplantaci)
- u nemocných s relapsem Waldenströmovy makroglobulinémie
- existují klinická data o jeho účinnosti i u nemocných s jinými typy lymfomů, např. non-GC subtypem DLBCL nebo MZL

XXI.4 Idelalisib

Idelalisib je indikován

- v kombinaci s rituximabem u nemocných s relabujícím nebo refrakterním CLL/SLL a výkonnostním stavem 0–2 dle ECOG předléčených alespoň jednou linií chemo(imuno)terapie, u kterých došlo k časné progresi/relapsu (do 24 měsíců od ukončení předchozí terapie) a u kterých není vhodná další léčba cytotoxickou chemo(imuno)terapií, a to s ohledem na nepříznivou cytogenetiku (delece p17/mutace TP53) nebo na celkový zdravotní stav pacienta (komorbidity, vysoký věk).
- v monoterapii u nemocných s folikulárním lymfomem, který je refrakterní na dvě předchozí linie léčby.

XXI.5 Lenalidomid

Lenalidomid je indikován

- v monoterapii k léčbě relapsu dospělých pacientů s lymfomem z plášťových buněk
- v kombinaci s rituximabem u nemocných s relapsem FL
- Existují klinická data o jeho účinnosti i u nemocných s jinými typy lymfomů, např. non-GC subtypem DLBCL nebo relabujícím MZL.

XXI.6 Romidepsin

Romidepsin je indikován

- v monoterapii k léčbě dospělých pacientů s relabujícím/refrakterním kožním T-lymfomem a periferním T-lymfomem, kteří obdrželi minimálně 1 systémovou terapii

XXI.7 Bendamustin

Bendamustin je indikován

- u pacientů s folikulárním lymfomem v rámci léčby 1. linie u pokročilého onemocnění st. III a IV, v kombinaci s rituximabem
- u nemocných se SLL/CLL v 1. linii léčby, v kombinaci s rituximabem – při nevhodnosti režimu s fludarabinem

- v kombinaci s obinutuzumabem u skupiny rituximab refrakterních nemocných s folikulárním lymfomem v relapsu onemocnění.
- u nemocných v relapsu FL nebo SLL/CLL
- u pacientů s lymfomem z plášťových buněk, marginální zóny nebo lymfomu typu LPL či Waldenströmovy makroglobulinémie
- u nemocných s relapsem Hodgkinova lymfomu
- existují data o efektivitě bendamustinu u nemocných s relapsem PTCL

XXI.8 Obinutuzumab

Obinutuzumab je indikován

- v kombinaci s chlorambucilem u starších, komorbidních nemocných s lymfomem typu SLL/CLL, kteří mají kontraindikaci podání fludarabinového režimu.
- v kombinaci s bendamustinem u pacientů s rituximab refrakterním folikulárním lymfomem; u pacientů, kde bylo touto léčbou dosaženo CR nebo PR, je indikována udržovací léčba obinutuzumabem po 2M po dobu 2 let.
- v kombinaci s chemoterapií (CHOP, COP, bendamustin) v první linii léčby nemocných s folikulárním lymfomem středního a vysokého rizika dle FLIPI (2-5) s následnou udržovací léčbou při dosažení CR/PR po indukční léčbě po 2M po 2 roky.
- Existují data o efektivitě obinutuzumabu v kombinaci s lenalidomidem u nemocných v relapsu FL a u nemocných s CLL/SLL v kombinaci s akalabrutinibem v 1.linii léčby.

XXI.9 Nivolumab

Nivolumab je indikován

- k léčbě relabujícího nebo rezistentního klasického Hodgkinova lymfomu po autologní transplantaci kmenových buněk (ASCT) a po ní následující léčbě brentuximab vedotinem nebo po autologní transplantaci u nemocných dosud brentuximab vedotinem nepředléčených.
- Existují data o efektivitě nivolumabu v kombinaci s brentuximab vedotinem u nemocných s relabujícím primárním mediastální B lymfomem.

XXI.10 Venetoklax

Venetoklax je indikován

- v kombinaci s rituximabem u dospělých pacientů s relabující nebo refrakterní chronickou lymfocytární leukémií (CLL) o stavu výkonosti 0-1 dle ECOG, kteří splňují alespoň jedno z následujících kritérií: (a) jsou refrakterní na poslední léčbu; (b) došlo u nich k relapsu do 24 měsíců po ukončení předcházející léčby; (c) došlo u nich k relapsu a nejsou vhodné na chemo-imunoterapii; (d) je u nich prokázána mutace TP53 nebo del17p.
- v monoterapii pacientů s chronickou lymfocytární leukémií, u kterých selhala předchozí léčba inhibitory dráhy B-buněčného receptoru.
- v kombinaci s obinutuzumabem je indikován k léčbě dospělých pacientů s dosud neléčenou chronickou lymfocytární leukémií (CLL)
- Venetoklax prokázal svoji efektivitu i u nemocných s relapsem MCL a FL.

XXI.11 Pembrolizumab

Pembrolizumab je indikován

- pro nemocné s relabujícím/refrakterním Hogkinským lymfomem, u nichž selhala ASCT a brentuximab vedotin nebo u kterých není ASCT vhodná a brentuximab vedotin selhal
- u nemocných s relabujícím primárním medistinálním B lymfomem

XXI.12 Copanlisib

Copanlisib je indikován

- v monoterapii k léčbě dospělých pacientů s relabujícím/refrakterním folikulárním lymfomem, kteří byli léčeni minimálně dvěma předchozími liniemi léčby

XXI.13 Bortezomib

Bortezomib je indikován

- kombinaci s rituximabem, cyklofosfamidem, doxorubicinem a prednisonem k léčbě dospělých pacientů s dosud neléčeným lymfomem z plášťových buněk, u kterých není vhodná transplantace hematopoetických kmenových buněk.
- Bortezomib dále prokázal klinickou efektivitu u nemocných s relabujícím MCL a Waldenstromovou makroglobulinémií.

XXI.14 Akalabrutinib

Akalabrutinib je indikován

- u pacientů s relabujícím nebo refrakterním lymfomem z plášťových buněk
- v monoterapii nebo v kombinaci s obinutuzumabem k léčbě dospělých pacientů s dříve neléčenou chronickou lymfocytární leukémií (CLL/SLL).
- v monoterapii k léčbě dospělých pacientů s chronickou lymfocytární leukémií (CLL/SLL), kteří podstoupili alespoň jednu předchozí terapii.

XXI.15 Ibritumomab tiuxetan s radioaktivním ⁹⁰Yttriem

Ibritumomab tiuxetan s radioaktivním ⁹⁰Yttriem je indikován

- k léčbě relabujícího/refrakterního folikulárního lymfomu při selhání předchozí léčby chemoterapie s rituximabem (relaps, nedostatečná odpověď na léčbu 1. linie) dospělých pacientů.

Dostupnost: Podání je v současnosti možné pouze v CIHP. Pro nemocné pojištěné u VZP je podáván pouze ve FN Olomouc (Hematoonkologická klinika) a VFN Praha (1. interní klinika).

XXII. Doporučení pro léčbu CAR-T lymfocyty u pacientů s nehodgkinskými lymfomy

V současné době jsou v EU registrovány 2 přípravky obsahující CAR-T lymfocyty pro terapii lymfomů: tisagenlecleucel (Kymriah[®], Novartis) a axicabtagen ciloleucel (axi-cel, Yescarta[®], Gilead/Kite). Oba přípravky jsou individuálně připravované preparáty autologních T-lymfocytů s vneseným chimerickým antigenním receptorem. Odlišnosti jsou v indikacích a zejména v logistice přípravy a podání. Léčba CAR-T lymfocyty je možná pouze v centrech, která jsou akreditována lékovou firmou k podání příslušného preparátu. Pro aktualizované informace o akreditovaných léčebných centrech odkazujeme na webové stránky www.lymphoma.cz.

Úhrada léčby CAR-T lymfocyty podléhá schválení revizního lékaře.

XXII.1 Tisacel (tisagenlecleucel)

Indikace k podání:

- Relabující/refrakterní systémový **difuzní velkobuněčný B-lymfom (DLBCL)**, včetně B-lymfomů blíže neurčených s dvojitou přestavbou c-myc/bcl-2 nebo bcl-6 a včetně DLBCL transformovaných z původně folikulárního lymfomu), po dvou či více liniích systémové léčby.⁴⁹³

Logistika přípravy a podání:

- Pro výrobu LP Kymriah[®] jsou odesílány zamražené periferní mononukleární buňky (PBMC), získané nestimulovanou aferézou.
- Mezi odběrem PBMC a podáním Kymriah[®] je možno podat překlenující („bridging“) terapii (např. chemoterapii, RT, [rituximab](#)).
- Před podáním Kymriah[®] je aplikován lymfodepleční režim: fludarabin s cyklofosfamidem nebo bendamustin. Přípravek se podává 2–14 dní po ukončení lymfodeplečního režimu.
- Lymfodepleční režim je nutno podávat v akreditovaném léčebném centru a je možno ho zahájit až poté, co dojde k fyzickému ověření dostupnosti přípravku Kymriah[®].
- Přípravek Kymriah[®] je možno podat i bez lymfodepleční chemoterapie, pokud je počet leukocytů $<1 \times 10^9/l$ v průběhu 1 týdne před podáním.

XXII.2 Axicel (axicabtagene ciloleucel)

Indikace k podání:

- Relabující/refrakterní systémový **difuzní velkobuněčný B-lymfom (DLBCL)** včetně B-lymfomů blíže neurčených s dvojitou přestavbou c-myc/bcl-2 nebo bcl-6 a včetně DLBCL transformovaných z původně folikulárního lymfomu), po dvou či více liniích systémové léčby.⁴⁹⁴
- Relabující/refrakterní **primární mediastinální B-lymfom (PMBL)**, po dvou či více liniích systémové léčby.

493 Schuster SJ, Bishop MR, Tam CS, et al.: Tisagenlecleucel in Adult Relapsed or Refractory Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med.* 2019 Jan 3;380(1):45-56. doi: 10.1056/NEJMoa1804980

494 Neelapu SS, Locke FL, Bartlett NL, et al.: Axicabtagene Ciloleucel CAR T-Cell Therapy in Refractory Large B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med.* 2017 Dec 28;377(26):2531-2544. doi: 10.1056/NEJMoa1707447.

Logistika přípravy a podání:

- Pro výrobu LP Yescarta® jsou odesílány čerstvé periferní mononukleární buňky, získané nestimulovanou aferézou.
- Před podáním Yescarta® je aplikován lymfodepleční režim: fludarabin s cyklofosfamidem (dávky jsou odlišné než u lymfodeplečního FC před podáním Kymriah®). Přípravek se podává 48 hodin po ukončení lymfodeplečního režimu.
- Lymfodepleční režim je nutno podávat v akreditovaném léčebném centru a je možno ho zahájit až poté, co dojde k fyzickému ověření dostupnosti přípravku Yescarta®.

XXII.3 Bezpečnost CAR-T

U obou přípravků je doporučena denní monitorace pacientů po podání na příznaky syndromu z uvolnění cytokinů (**cytokine release syndrom, CRS**) a neurotoxicity (někdy označované jako **CAR-T related encephalopathy syndrom, CRES**) alespoň po 10 dnů po infuzi, v praxi jsou tito pacienti po uvedené dobu hospitalizováni v akreditovaném léčebném zařízení. Po dobu 4 týdnů po infuzi je doporučeno, aby se pacienti zdržovali v dojezdové vzdálenosti (do 2 hodin) od akreditovaného léčebného centra.

XXII.4 Doporučený postup indikace pacienta a vyšetření před aferézou/podáním CAR-T lymfocytů

- Po zvážení aplikace léčby CAR-T lymfocyty kontaktovat akreditované léčebné centrum.
- Pacient má být vyšetřen v akreditovaném léčebném centru před provedením aferézy.
- **Doporučená vyšetření** (probíhají po dohodě s akreditovaným léčebným centrem v indikujícím centru, požadované výsledky – pokud jsou uvedeny – mají orientační hodnotu a jsou posuzovány individuálně):
 - **Kompletní restaging včetně PET-CT**
 - **Sérologická vyšetření** (HBsAg, antiHBs, antiHBc, antiHCV, HIV1, 2, syfilis) – *lokálně provedená mají pouze orientační hodnotu, k separaci platí pouze vyšetření provedená v akreditovaném centru*
 - **Jaterní a ledvinné funkce:** ALT/AST < 2,5 násobek normy, bilirubin < 1,5 násobek normy, clearance > 60 ml/min
 - **Kardiologické vyšetření:** echokardiografie (ejekční frakce > 45-50 %), EKG
 - **Plicní funkce:** SpO2 > 90-92 %
 - **MRI centrálního nervového systému**
 - **Vyšetření CSF** (pozitivita likvoru nemusí být kontraindikací léčby CAR-T lymfocyty)

XXIII. Kontaktní adresy

XXIII.1 Datacentrum Kooperativní lymfomové skupiny

| | | |
|---|-------------|------------------------|
| Datacentrum KLS I. interní klinika – klinika hematologie VFN Praha, U Nemocnice 2 128 00Praha 2 Fax: 224 963 117, 224 962 120 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| Ing. Markéta Petrová | 224 962 676 | petrova@lymphoma.cz |
| Mgr. Marie Trnková | 224 962528 | trnkova@lymphoma.cz |
| Mgr. Petra Blahovcová | 224 962 534 | blahovcova@lymphoma.cz |
| Jitka Dlouhá, DiS. | 224 962528 | dlouha@lymphoma.cz |

XXIII.2 Centra intenzivní hematologické péče (CIHP) pro dospělé

| | | |
|--|----------------------------|---------------------------|
| Interní hematologická a onkologická klinika Fakultní nemocnice Brno Jihlavská 20 625 00 Brno | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| prof. MUDr. J. Mayer CSc. | 532 233 642 | mayer.jiri@fnbrno.cz |
| MUDr. Z. Král CSc. | 532 233 642 | kral.zdenek@fnbrno.cz |
| MUDr. D. Šálek Ph.D. | 532 233 515 | salek.david@fnbrno.cz |
| doc. MUDr. A. Janíková Ph.D. | 532 233 877 532 233 514 | janikova.andrea@fnbrno.cz |
| MUDr. L. Šmardová | 532 233 558 532 233 559 | smardova.lenka@fnbrno.cz |

| | | |
|---|-------------|--------------------------|
| Oddělení klinické hematologie, IV. Interní hematologická klinika Fakultní nemocnice a LF UK Hradec Králové Sokolská 581 500 05 Hradec Králové Fax: 495 832 011 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| MUDr. D. Belada Ph.D. | 495 832159 | david.belada@fnhk.cz |
| MUDr. M. Šimkovič Ph.D. | 495 832 886 | martin.simkovic@fnhk.cz |
| MUDr. A. Sýkorová Ph.D. | 495 833 846 | alice.sykorova@fnhk.cz |
| MUDr. P. Štěpánková | 495 833 846 | pavla.stepankova@fnhk.cz |
| prof. MUDr. L. Smolej Ph.D. | 495 834 688 | lukas.smolej@fnhk.cz |
| MUDr. P. Vodárek | 495 834 688 | pavel.vodarek@fnhk.cz |

| | | |
|--|-------------|-------------------------------|
| I. Interní klinika Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2 128 00 Praha 2 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| prof. MUDr. M. Trněný CSc. | 224 962 061 | trneny@cesnet.cz |
| MUDr. J. Šálková CSc. | 224 962 542 | jana.salkova@vfn.cz |
| MUDr. K. Benešová CSc. | 224 962 310 | katerina.benesova@hotmail.com |
| MUDr. J. Karban CSc. | 224 966 325 | josef.karban@vfn.cz |
| doc. MUDr. P. Klener | 224 966 398 | pavel.klener@gmail.com |
| prim. MUDr. J. Kořen | 224 962 310 | jan.koren@vfn.cz |

| | | |
|---|-------------|--------------------------|
| Interní hematologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Šrobárova 50 100 34 Praha 10 Fax: 267 163 058 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| prof. MUDr. T. Kozák Ph.D. MBA | 267 162 292 | kozak@fnkv.cz |
| doc. MUDr. J. Novák Ph.D. | 267 163 530 | novakjan@centrum.cz |
| MUDr. J. Marková | 267 162 886 | markova@fnkv.cz |
| MUDr. H. Móciková Ph.D. | 267 163 554 | heidi.mocikova@seznam.cz |

| | | |
|--|-------------|-----------------------|
| Hematoonkologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc I.P. Pavlova 6 775 20 Olomouc Fax: 585 428 102 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| prof. MUDr. T. Papajík CSc. | 588 442 878 | tomas.papajik@fnol.cz |
| prof. MUDr. V. Procházka Ph.D. | 588 444 330 | vit.prochazka@fnol.cz |
| MUDr. L. Raida Ph.D. | 588 442 880 | ludek.raida@fnol.cz |
| MUDr. A. Obr Ph.D. | 588 444 221 | ales.obr@fnol.cz |
| Mgr. V. Kajaba Ph.D. Datacentrum HOK FN Olomouc | 588 442 532 | kajabav@fnol.cz |

| | | |
|--|-------------|-------------------|
| Hemato-onkologické oddělení Fakultní nemocnice Plzeň Alej Svobody 80 304 60 Plzeň Fax: 377 103 719, 377 104 623 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| MUDr. P. Jindra Ph.D. | 377 104 628 | jindra@fnplzen.cz |
| doc. MUDr. D. Lysák | 377 103 722 | lysak@fnplzen.cz |

| | | |
|--|-------------|--------------------------|
| Ústav hematologie a krevní transfuze U nemocnice 1 128 20 Praha 2 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| MUDr. R. Pytlík, Ph.D. | 224 436 065 | robert.pytlík@uhkt.cz |
| MUDr. V. Válková CSc. | 221 977 182 | veronika.valkova@uhkt.cz |

XXIII.3 Komplexní onkologická centra (KOC), která spolupracují s KLS

| | | |
|--|-------------|-----------------|
| Onkologické oddělení B. Němcové 54 Krajská nemocnice a.s. 370 87 České Budějovice Fax: 387 875 160 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| MUDr. J. Pirnos | 387 875 021 | pirnos@nemcb.cz |

| | | |
|---|-------------|----------------------|
| Radioterapeuticko – onkologické oddělení Fakultní nemocnice v Motole V Úvalu 84 150 06 Praha 5 Fax: 224 434 720 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| MUDr. K. Kopečková | 224 434 750 | kkubackova@seznam.cz |

| | | |
|---|-------------|---------------------------|
| Klinika hematoonkologie Fakultní nemocnice Ostrava 17. listopadu 1790 708 52 Ostrava Poruba fax: +420 597 374 156 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| MUDr. J. Ďuraš | 597 372 214 | juraj.duras@fno.cz |
| datacentrum Mgr. Martina Janušková | 597 372 095 | martina.januszkova@fno.cz |

| | | |
|--|-------------|-------------------------|
| Oddělení klinické hematologie Masarykova nemocnice V podhájí 21 401 13 Ústí n/Labem Fax: 475 683 263 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| MUDr. J. Ullrychová | 477 112 480 | jana.ullrychova@kzcr.cz |

| | | |
|---|----------------------------|---|
| Komplexní onkologické centrum Nový Jičín Revoluční 214/35 Hematologické oddělení 741 01 Nový Jičín Fax: +420 556 794 137 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| prim. MUDr. M. Brejcha | 556 794 136 724 232 453 | martin.brejcha@onkologickecentrum.cz |
| MUDr. D. Klodová | 556 794 132 | drahomira.klodova@onkologickecentrum.cz |
| MUDr. M. Wróbel | 556 794 140 | marek.wrobel@onkologickecentrum.cz |

| | | |
|--|-------------|-------------------------|
| Komplexní onkologické centrum Krajská nemocnice Liberec Husova 10 460 63 Liberec 1 fax: 485312027 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | e-mail |
| prim. MUDr. Jiří Bartoš MBA | 485 312 639 | jiri.bartos@nemlib.cz |
| MUDr. Lucie Barsová | 485 312 267 | lucie.barsova@nemlib.cz |

XXIII.4 Dermatologická centra s možností preskripce bexarotenu pro léčbu T-lymfomů

| | | |
|---|-------------|--------------------|
| Dermatovenerologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Šrobárova 50 100 34 Praha 10 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | E-mail |
| prof. MUDr. Petr Arenberger DrSc. MBA | 724 177 767 | avemedica@email.cz |
| MUDr. Jiří Ettler | 724 177 767 | lymfom@fnkv.cz |

| | | |
|--|-------------|-----------------------------|
| Dermatovenerologické oddělení Fakultní nemocnice v Motole V Úvalu 84 150 06 Praha 5 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | E-mail |
| prim. Alena Machovcová Ph.D. MBA | 724 068 037 | alena.machovcova@fnmotol.cz |

| | | |
|---|-------------|-------------------------|
| I. Dermatovenerologická klinika Fakultní nemocnice U Sv. Anny v Brně Pekařská 53 656 91 Brno | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | E-mail |
| prof. MUDr. Vladimír Vašků CSc. | 739 082 989 | vladimir.vasku@fnusa.cz |

| | | |
|---|-------------|--------------------------|
| Kožní oddělení Fakultní nemocnice Ostrava 17. listopadu 1790 708 52 Ostrava Poruba | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | E-mail |
| prim. MUDr. Yvetta Vantuchová Ph.D. | 603 144 969 | yvetta.vantuchova@fno.cz |

XXIII.5 Centra poskytující komplexní péči včetně transplantační dětem a dospívajícím

| | | |
|---|-------------|---------------------------------|
| Klinika dětské hematologie a onkologie Fakultní nemocnice v Motole V Úvalu 84 150 06 Praha 5 Fax: 224 436 420 | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | E-mail |
| MUDr. Edita Kabíčková Ph.D. | 224 436 401 | edita.kabickova@lfmotol.cuni.cz |

| | | |
|---|----------------------------|------------------|
| Klinika dětské onkologie Dětská fakultní nemocnice s poliklinikou Černopolní 9 662 63 Brno | | |
| Kontaktní osoba | Telefon | E-mail |
| prof. MUDr. Jaroslav Štěrba Ph.D. | 532 234 600 532 234 614 | jsterb@fnbrno.cz |

XXIII.6 Referenční pracoviště patologie

| Pracoviště | Kontaktní osoba | Telefon | E-mail |
|-------------------|--------------------------------------|-------------|------------------------------|
| FN Motol | prof. MUDr. R.Kodet CSc. | 224 435 601 | roman.kodet@lfmotol.cuni.cz |
| | MUDr. V. Campr | 224 435 619 | vcampr@yahoo.com |
| | MUDr. J. Soukup | 224 435 629 | jan.soukup@lfmotol.cuni.cz |
| | MUDr. Z. Prouzová | 224 435 622 | Zuzana.Prouzova2@fnmotol.cz |
| FN Plzeň | prof. MUDr. L. Boudová Ph.D. | 377 104 644 | boudova@medima.cz |
| | MUDr. J. Kuntscherová | 377 402 511 | KUNTSCHEROVA@fnplzen.cz |
| | prof. MUDr. M. Michal | 603 835 353 | michal@medima.cz |
| VFN Praha | MUDr. J. Strítěský | 224 968 653 | jan.stritesky@seznam.cz |
| | MUDr. Z. Velenská | 224 968 637 | zuzana.velenska@vfn.cz |
| | MUDr. R. Jakša | 224 968 662 | radek.jaksa@vfn.cz |
| FN HK | MUDr. K. Kamarádová | 495 832 898 | katerina.kamaradova@fnhk.cz |
| | MUDr. P. Kašparová Ph.D. | 495 832 287 | petra.kasparova@fnhk.cz |
| | MUDr. M. Nová | 495 832 461 | Marketa.nova@fnhk.cz |
| | MUDr. J. Soukup | 495 832 684 | jiri.soukup@fnhk.cz |
| FN Brno | MUDr. M. Moulis | 532 232 258 | mmoulis@fnbrno.cz |
| | doc. MUDr. L. Křen Ph.D. | 532 233 505 | kren.leos@fnbrno.cz |
| FN Olomouc | doc. MUDr. M. Tichý CSc. | 585 632 452 | patologie@fnol.cz |
| | doc. MUDr. S. Brychtová Ph.D. | 585 632 447 | svetlana.brychtova@seznam.cz |
| | MUDr. P. Flodr, Ph.D. | 585 639 550 | flodrpatrik@seznam.cz |
| | MUDr. M. Geierová | 585 639 560 | madlag@seznam.cz |
| | MUDr. J. Janková | 585 639 560 | jana.jankova@fnol.cz |
| | MUDr. D. Skanderová | 585 632 460 | Daniela.Skanderova@fnol.cz |
| FNKV | | 267 162 502 | |

Adresy

Ústav patologie, **FN Brno**, Jihlavská 20, 625 00, Brno

Fingerlandův ústav patologie, **FN Hradec Králové**, Sokolská 581, 500 05, Hradec Králové

Ústav patologie, **FN Olomouc**, I.P.Pavlova 6, 775 20, Olomouc

Šiklův patologický ústav, **FN Plzeň**, E. Beneše 13, 305 99, Plzeň

Bioptická laboratoř, s.r.o., Mikulášské nám. 4, 326 00, Plzeň

Ústav patologie, **VFN**, Studničkova 2, 128 00, Praha 2

Ústav patologie a molekulární medicíny, **FN v Motole**, v Úvalu 84, 150 06, Praha 5

Ústav patologie **FNKV** a UK 3.LF, Šrobárova 50, 100 34, Praha 10

XXIII.7 Referenční pracoviště paliativní medicíny

| Centrum podpůrné a paliativní péče při VFN a 1. LF UK Praha Včetně superkonziliární konzultace pro celou ČR | | |
|--|-----------|--|
| Kontaktní osoba | Telefon | E-mail /web |
| MUDr. MgA Kateřina Rusinová Ph.D. MUDr. Ondřej Kopecký | 601102816 | paliativni.pece@vfn.cz www.paliace.cz |

| Ambulance paliativní medicíny, Ústav hematologie a krevní transfúze | | |
|---|-----------|----------------------|
| Kontaktní osoba | Telefon | E-mail |
| MUDr. Michal Kouba | 603543770 | michal.kouba@uhkt.cz |

Tato publikace byla vytištěna za finanční podpory společností:

AbbVie s.r.o.

Bristol-Myers Squibb spol. s r.o.

Gilead Sciences s.r.o.

Janssen-Cilag s.r.o.

Novartis s.r.o.

Roche s.r.o.

Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.

abbvie

Celgene |  Bristol Myers Squibb™
Company

 GILEAD
Creating Possible

Janssen 
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

 NOVARTIS | Reimagining Medicine

 Roche

 Takeda

