

Rituximab-venetoklax ve druhé linii léčby chronické lymfocytární leukemie u pacienta s mutací TP53

Tereza Shokralla, Martin Špaček

I. interní klinika – klinika hematologie VFN a 1. LF UK, Praha

Aktuálně dostupná data z klinických studií jednoznačně dokládají benefit cílené terapie oproti chemoimunoterapii v léčbě relabované či refrakterní chronické lymfocytární leukemie (R/R CLL). Jednou z dominantně používaných modalit cílené léčby je kombinace antiCD20 protilátky rituximabu a inhibitoru antiapoptotického proteinu BCL-2 venetoklaxu, jejíž efektivita a bezpečnost byly prokázány v rámci studie Murano. Hlavními výhodami tohoto režimu je časově limitovaná terapie, vysoké procento dosažených dlouhotrvajících léčebných odpovědí a vysoké procento hlubokých remisí na úrovni měřitelné reziduální choroby (MRD). Časově limitovaná terapie také umožňuje diskuzi o možnosti opakování léčby v případě laboratorního či klinického relapsu. Robustní data podporující tento přístup však zatím chybí. Venetoklax navíc dosahuje velmi dobrých výsledků i ve skupině vysoce rizikových pacientů s mutací TP53. Z nežádoucích účinků je třeba jmenovat především syndrom z nádorového rozpadu během ramp-up periody a cytopenie vyskytující se v průběhu léčby. Naše kazuistika dokumentuje případ pacienta s chronickou lymfocytární leukemií, včetně prokázané mutace TP53, u kterého byla ve druhé linii léčby použita kombinace rituximab-venetoklax (R-Ven) s velmi dobrou klinickou odpovědí.

Klíčová slova: relabovaná/refrakterní chronická lymfocytární leukemie, venetoklax, rituximab, mutace TP53.

Rituximab-venetoclax in the second line of treatment of chronic lymphocytic leukemia in a patient with TP53 mutation

Currently available data from clinical trials clearly demonstrate the benefit of targeted therapy over chemoimmunotherapy in the treatment of relapsed or refractory chronic lymphocytic leukemia (R/R CLL). One of the predominantly used modalities of targeted therapy is the combination of the antiCD20 antibody rituximab and the BCL-2 anti-apoptotic protein inhibitor venetoclax, whose efficacy and safety were confirmed in the Murano trial. The main advantages of this regimen are the time-limited therapy, the high percentage of long-lasting treatment responses and the high percentage of deep remissions at the measurable residual disease (MRD) level. In addition, the time-limited therapy allows discussion of the possibility of repeating the treatment in case of laboratory or clinical relapse. However, robust data supporting this approach are still lacking. Venetoclax also achieves very good results in the group of high-risk patients with TP53 mutation. Among the side effects, it is important to mention tumor-lysis syndrome during the ramp-up period and cytopenias occurring in the course of treatment. Our case report documents the case of a patient with chronic lymphocytic leukemia, including a proven TP53 mutation, in whom the rituximab-venetoclax combination (R-Ven) was used as a second-line treatment with a very good clinical response.

Key words: relapsed/refractory chronic lymphocytic leukemia, venetoclax, rituximab, TP53 mutation.

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: **Onkologie**. 2024;18(2):98-102
<https://doi.org/10.36290/xon.2024.018>
 Článek přijat redakcí: 5. 2. 2024
 Článek přijat k tisku: 25. 2. 2024

MUDr. Tereza Shokralla
 tereza.shokralla@vfn.cz