

cích účinků a dostupnost preparátu (nutné schválení revizním lékařem na paragraf 16). Hematologická toxicita je prezentována především anémií (60%) a trombocytopenií (25%), ale je zpravidla dobře zvládnutelná úpravou dávky. Nejčastější nehematologickou toxicitu zahrnuje přibývání na váze (20%), závratě (19%) a bolesti hlavy (18%). Závažnější nehematologickou toxicitu představuje zhoršení imunitních funkcí se zvýšeným rizikem nových infekcí nebo reaktivací latentních infekcí. Před zahájením léčby ruxolitinibem je důležité se zaměřit na anamnézu prodělaných hepatitid a herpetických infekcí, eventuálně tuberkulózy. Dalším možným nežádoucím účinkem je výskyt nemelanomových kožních nádorů, na které by pacienti měli být rutinně

vyšetřováni při výskytu podezřelé kožní léze. Riziko rozvoje dalších sekundárních malignit při léčbě ruxolitinibem nebylo potvrzeno.

Zkušenosti s léčbou ruxolitinibem u polycythemia vera na našem pracovišti máme u osmi pacientů, kdy ve čtyřech případech se jedná o léčbu druhé linie po selhání léčby hydroxyureou, ve třech případech se jedná o léčbu druhé linie při intoleranci interferonu a u jedné pacientky léčba představuje již čtvrtou linii léčby. Léčebný efekt u všech pacientů je velmi dobrý, nikdo z pacientů již nevyžaduje provedení venepunkcí. Kromě přibývání na hmotnosti u jedné pacientky jsme nezaznamenali žádný závažný nežádoucí účinek a léčba nemusela být ukončena. Naše zkušenosti potvrdily výborný efekt ruxolitinibu na snížení sympto-

mů choroby (noční pocení, svědění kůže). Ani v jednom případě jsme dosud nezaznamenali trombotickou či krvácivou komplikaci.

Závěr

U pacientů s polycythemia vera vysokého rizika má léčba ruxolitinibem své místo podle SPC jako léčba ve druhé linii po předchozí léčbě hydroxyureou, ale v určitých případech tento preparát volíme při toxicitě léčby interferonem. Publikované studie zatím neprokázaly při léčbě ruxolitinibem lepší celkové přežití, ale výhody léčby v nižším výskytu přežití bez progresu byly již prokázány. Neméně důležitý je rovněž efekt ruxolitinibu na molekulární úrovni, příznivý efekt na snížení symptomů a zmenšení velikosti sleziny (3, 4, 8).

LITERATURA

1. Tefferi A, Barbui T. Polycythemia vera: 2024 update on diagnosis, risk-stratification, and management. *Am J Hematol.* 2023;98(9):1465-1487. doi: 10.1002/ajh.27002.
2. Guglielmelli P, Vannucchi AM. Current management strategies for polycythemia vera and essential thrombocythemia. *Blood Rev.* 2020;42:100714. doi: 10.1016/j.blre.2020.100714.
3. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1477>.
4. JAKAVI SPC. Available from: [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2012/20120823123254/](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2012/20120823123254/anx_123254_cs.pdf)

[anx_123254_cs.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2012/20120823123254/anx_123254_cs.pdf).

5. Harrison CN, Kiladjian JJ, Palandri F, et al. Ruxolitinib Treatment in Polycythemia Vera Results in Reduction in JAK2 Allele Burden in Addition to Improvement in Hematocrit Control and Symptom Burden. *ASH 2023*, abstract 4553.
6. Harrison CN, Nangalia J, Boucher R, et al. Ruxolitinib Versus Best Available Therapy for Polycythemia Vera Intolerant or Resistant to Hydroxycarbamide in a Randomized Trial. *J Clin Oncol.* 2023;41(19):3534-3544. doi: 10.1200/JCO.22.01935.
7. Koschmieder S, Isfort S, Lino L, et al. Firstline Treatment with Ruxolitinib Versus Best Available Therapy in Patients with Polycythemia Vera: Pre-Specified Interim Analysis of the Randomized Phase 2b Ruxobeat Clinical Trial of the German Study Group for Myeloproliferative Neoplasms (GSG-MPN), *ASH 2023*, abstract 619.
8. Duminuco A, Harrington P, Harrison C, et al. Polycythemia Vera: Barriers to and Strategies for Optimal Management. *Blood Lymphat Cancer.* 2023;13:77-90. doi: 10.2147/BLCTT.S409443.



SUPPLEMENTUM

Jak efektivně využít venetoklax v léčbě CLL?