

Wstęp

Szanowni Państwo, oddajemy w Państwa ręce kolejny suplement czasopisma „Hematologia”, który tym razem poświęcony jest zastosowaniu ponatynibu w leczeniu przewlekłej białaczki szpikowej (PBSz). Sądzę, że jest to temat bardzo ważny z punktu widzenia praktyki klinicznej z uwagi na obecną możliwość stosowania tego leku w ramach programu lekowego. Ponatynib jest inhibitorem kinazy tyrozynowej (IKT) BCL-ABL1 III generacji, stosowanym w przypadku niepowodzenia leczenia inhibitorami I i/lub II generacji. Ma działanie silniejsze niż inne ITK, a szczególną jego cechą jest skuteczność w przypadku mutacji T315I, która determinuje oporność na wszystkie IKT I i II generacji. Autorzy pierwszej pracy przedstawiają przypadek chorego z pierwotną opornością na imatynib i nietolerancją inhibitora II generacji, dazatynibu. Leczenie przerwano z powodu działań niepożądanych oraz utraty odpowiedzi. W kolejnej linii leczenia zastosowano u chorego ponatynib, początkowo w dawce 45 mg/dzień, następnie z powodu małopłytkowości w dawce 15 mg/dzień, uzyskując MMR. Niestety mimo zmniejszenia dawki wystąpiły u chorego powikłania sercowo-naczyniowe — autorzy artykułu zwracają uwagę na konieczność ścisłego monitorowania kardiologicznego chorych leczonych ponatynibem, aby zapewnić im bezpieczeństwo leczenia. W drugiej publikacji opisano przypadek chorego z mutacją T315I. Jediną skuteczną opcją leczenia w takiej sytuacji jest ponatynib, który w ramach programu lekowego możemy zastosować niezależnie od linii leczenia. Lek był w tym przypadku dobrze tolerowany, a po uzyskaniu odpowiedzi jego dawkę zmniejszono zgodnie z zaleceniami tak, aby uniknąć toksyczności — przede wszystkim sercowo-naczyniowej. Ponatynib znajduje również zastosowanie w leczeniu kryzy blastycznej PBSz, przede wszystkim jako leczenie pomostowe przed allogenicznym przeszczepieniem komórek krwiotwórczych. Jest to bardzo trudna sytuacja kliniczna. W przypadku pacjentki z kryzą blastyczną PBSz, opisanej w kolejnej pracy, dzięki leczeniu ponatynibem uzyskano wydłużenie czasu przeżycia i poprawę jego jakości. Autorzy wszystkich prac podkreślają, że uzyskanie dobrych wyników leczenia ponatynibem w istotnej mierze zależy od znajomości oraz umiejętności radzenia sobie z działaniami niepożądanymi leku — przede wszystkim ze strony układu sercowo-naczyniowego. Aktualne zalecenia ELN (European Leukemia Net) rekomendują rozpoczęcie leczenia od dawek niższych 15–30 mg/dzień u chorych z opornością mniejszego stopnia, licznymi nietolerancjami, szczególnie u tych z podwyższonym profilem ryzyka sercowo-naczyniowego, a początkowa dawka 45 mg/dzień powinna być stosowana wyłącznie w przypadku mutacji T315I, mutacji złożonych, akceleracji lub fazy blastycznej PBSz. Polecam Państwu zapoznanie się z tymi artykułami, poruszającymi wiele aspektów leczenia chorych na PBSz, które z całą pewnością będą przydatne w codziennej praktyce klinicznej.

prof. dr hab. n. med. Iwona Hus



Redaktor Naczelna