proLékaře.cz | 31.10.2026

autoři podrobnou retrospektivní analýzu 11 952 pacientů, kteří dostali léčbu nově diagnostikovaného HL podle protokolů Německé studijní skupiny pro Hodgkinovu chorobu (GHSG; German Hodgkin Study Group) v letech mezi 1993 a 2009. Zvláštní pozornost věnovali léčbě t-AML/MDS od doby užívání alogenní transplantace kmenových buněk (aSCT), která se stala obvyklou ve zvýšené míře a u podstatné skupiny pacientů s t-AML/MDS po jiných malignitách přinesla dlouho trvající remise. Pacienti byli ve stáří 16 až 75 roku. Byli rozděleni do 3 blíže popsaných rizikových skupin, rozdělení podle složení chemoterapie a radioterapie, kumulativních dávek leukemogenních látek užitých v protokolech chemoterapie. Podrobná statistická analýza vyhodnotila kumulativní incidence t-AML/MDS a jejich variance, diference celkového přežití (OS) po diagnóze t-AML/MDS u pacientů s aSCT a pacientů bez aSCT. Autory je tato práce považována za nejrozsáhlejší analýzu incidence, celkových výsledků a rizikových faktorů pro vznik t-AML/MDS u pacientů s nově diagnostikovaným Hodgkinovým lymfomem léčeným v rámci kontrolovaných klinických studií. Hlavní nálezy byly tyto: t-AML/MDS po HL jsou vzácným a těžkým pozdním následkem léčby v korelaci s intenzitou chemoterapie v první linii léčby. Mají stále všeobecně špatnou prognózu, i když alogenní transplantace může u vybraných pacientů přinést záchranu. Nové léčebné strategie pro HL je třeba zaměřit na redukci chemoterapie a radioterapii s cílem snížit riziko pro vznik t-AML/MDS. Další optimalizace použití transplantace může zvýšit počet vyléčení u pacientů vhodných pro tento způsob léčby.

Prof. MUDr. Otto Hrodek, DrSc.

Duration of anticoagulant therapy for deep vein thrombosis and pulmonary embolism. (Perspectives)

Clive Kearon and Elie A. Akl

Department of Medicine, Thrombosis and Atherosclerosis Research Institute, McMaster University, Hamilton, ON, Canada; and Clinical Epidemiology Unit, American University of Beirut, Beirut, Lebanon

Blood 20 March 2014, Vol. 123, No. 12, pp. 1794-1801

Antikoagulační terapie je hlavní součástí léčby žilního tromboembolismu (VTE). Hned od začátku je základní rozvahou, jak dlouho by pacienti měli být léčeni. Předložená práce je cíleně zaměřena na perspektivní vyhodnocení základních předpokladů pro optimální trvání léčby u jednotlivých pacientů. Použitá doporučení vycházejí z amerických na důkazech založených směrnicích pro léčbu VTE (American College of Chest Physician´s Evidence-Based Clinical Praktice Guidelines for the Treatment of VTE; „ACCP guidelines“) a z kooperace členů panelu, který se podílel na formulaci myšlenek v této oblasti. Celá koncepce exaktně definuje jednotlivé části. Jsou systematicky probrány v rámci „aktivní léčby“, navazující léčby jako „čisté sekundární prevence“ nebo pokračující léčby bez stanoveného data ukončení (termín: „extended anticoagulation“ podle ACC směrnic). Jednotlivé části jsou tyto: (1) Tři měsíce kompletní „aktivní léčby“ jako doba obvyklého trvání „časově stanovené léčby“; (2) čtyři nebo šest týdnů versus 3 měsíce nebo déle; (3) 3 měsíce versus 6 měsíců nebo déle; (4) podskupiny, pro které pod 3 měsíce může být adekvátní „aktivní léčba“; (5) podskupiny, pro které trvání léčby víc než 3 měsíce může být žádoucí pro kompletní aktivní terapii; (6) výhody a rizika prodloužené antikoagulační terapie; (7) typy dostupného důkazu; redukce rekurentní VTE při prodloužené antikoagulaci: efektivita a terapie antagonisty vitaminu K, dabigatran, rivaroxaban, nebo apixaban, LMWH (8) zvýšení frekvence velkých krvácení spojených s prodlouženou antikoagulací; (9) konsekvence rekurentního VTE nebo velkého krvácení; (10) kteří pacienti by měli ukončit antikoagulaci ve 3 měsících léčby a kteří by měli zůstat na antikoagulaci na nestanovenou dobu; (11) riziko rekurence VTE u individuálních pacientů, jestliže byla zastavena antikoagulační léčba; (12) primární odhad rizika: faktor provokující VTE; (13) sekundární odhady rizika: izolovaná distální DVT nebo předchozí VTE; (14) sekundární odhady rizika: po nevyprovokované proximální DVT nebo plicní embolii: pohlaví (muži větší riziko), pozitivní d-dimery; (15) jiné faktory ovlivňující

proLékaře.cz | 31.10.2026

riziko rekurence, relativní rizikové hodnoty; (15) klinická predikční pravidla pro riziko rekurence. Po těchto odstavcích následují další doporučení (odstavce 16-19 s přehledným grafem). Samostatně je probráno trvání antikoagulace u pacientů se zhoubnými nádory, ovlivnění délky léčby typem antikoagulačních látek, místo protidestičkové terapie, význam a cíle sledování pacientů při prodloužené antikoagulační léčbě. Celá práce představuje hluboký aktuální a perspektivní pohled do nesmírně závažné praktické klinické problematiky.

Prof. MUDr. Otto Hrodek, DrSc.

Pretransplant administration of imatinib for allo-HSCT in patients with BCR-ABL–positive acute lymphoblastic leukemia

Shuichi Mizuta, Keitaro Matsuo, Satoshi Nishiwaki, et al.

Department of Hematology, Fujita Health University Hospital, Toyoake, Japan; Department of Preventive Medicine, Kyushu University Faculty of Medical Sciences, Fukuoka, Japan; Department of Hematology and Oncology, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Japan; et al.

Blood 10 April 2014, Vol. 123, No. 15, pp. 2325-2332

Autoři této práce vycházejí ze zkušeností, že léčba dospělých s akutní lymfoblastickou leukemií s pozitivním filadelfským chromozomem (Ph+ ALL) se od zavedení imatinibu do základní terapie dramaticky zlepšila. Většina imatinibem léčených pacientů dosáhne kompletní remisi. Transplantace hematopoetických kmenových buněk (HSCT) může být provedena u podstatné části pacientů, kteří dosáhli velkou nebo kompletní molekulární remisi. Možný prospěch od podání imatinibu před HSCT nebyl však vyšetřen v dostatečném rozsahu. Srovnání klinických výsledků v předchozí japonské studii na menším počtu pacientů (JALSG ALL202) ukázalo signifikantní zlepšení celkového přežití (OS) u pacientů, kteří dostali imatinib před alogenní HSCT ve srovnání s těmi, kteří imatinib nedostali. Tato práce předkládá rozsáhlou retrospektivní analýzu klinického dopadu podávání amatinibu před alogenní transplantací provedenou u pacientů v letech 1990 až 2010. Jde o nejrozsáhlejší studii tohoto zaměření do současné doby. Byla zpracována data z japonského léčebného programu a transplantačního registru podle přesně definovaných kritérií selekce pacientů a statistických vyhodnocení. Analýza zahrnuje celkem 738 pacientů (402 mužů a 336 žen) s mediánem věku 41 roků (rozmezí 16–59 roků). Byly porovnány výsledky alogenních transplantací u 542 pacientů, kteří dostali imatinib před alogenní transplantací během období iniciální kompletní remise (imatinibový soubor) a u 196 pacientů, kteří nedostali imatinib (ne-imatinibový soubor). Analýza jasně demonstrovala, že podání imatinibu před alogenní HSCT mělo příznivý efekt na celkové klinické výsledky u dospělých pacientů s Ph+ ALL. Pětileté celkové přežití OS po alogenní HSCT bylo signifikantně vyšší u pacientů imatinibového souboru než u pacientů ne-imatinibového souboru. Multivariantní analýza ukázala, že předtransplantační podání imatinibu mělo příznivý efekt na celkové přežití, relapsovou a nerelapsovou mortalitu. Podíl pacientů s negativní reziduální nemocí (MRD) byl u pacientů imatinibového souboru signifikantně vyšší než v ne-imatinibovém souboru.

Prof. MUDr. Otto Hrodek, DrSc.