

עדכונים ב- CLL מכנס ה-ASH 2019 מאורלנדו,

דר תמר תדמור- בית חולים בני ציון

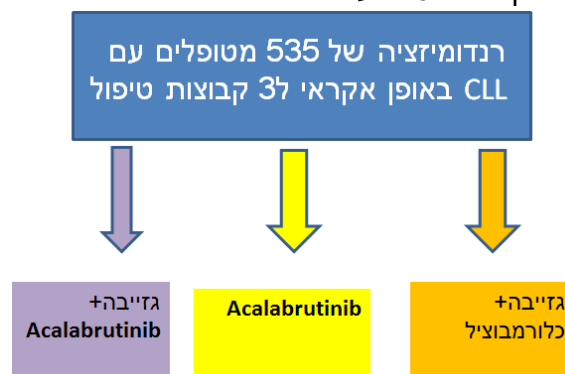
בכלל שנה, אנו נפגשים בתחילתו של חודש דצמבר בכינוס ה-ASH - AMERICAN SOCIETY OF HEMATOLOGY כדי להתעדכן בתוצאות של המחקרים החדשים המתקיימים ברחבי העולם במחלות המטולוגיות בכלל וב-CLL בפרט. השנה הכנס התקיים באורלנדו, והפגיש למעלה מ-30.000 חוקרים ורופאים מהתחום.

ב-CLL, המגמה הכלל עולמית היא מעבר לטיפול אשר הינו נטול כימוטרפי או chemotherapy free כבר מהקו טיפול הראשון. ז"א במידה ומטופל עם CLL אומנם נזקק לטיפול במהלך חייו, הנטייה היום היא לבחור בטיפול ביולוגי.

מבין המחקרים אשר הוצגו:

1. מחקר ה- elevate:

מחקר זה הדגים שימוש של תרופה חדשה, ממשפחת מעכבי ה-BTK, קרובת משפחה של האימברוביקה המוכרת לנו: שם התרופה במחקר היה Acalabrutinib. החוקרים רצו לבדוק האם שימוש בה, לבד או בשילוב עם גזיבה, יביא לתוצאות טובות יותר בהשוואה לטיפול המקובל היום אצל חולים מבוגרים עם CLL, אשר יש להם מחלות רקע ובדרך כלל מטופלים עם משלב של גזיבה+ לאוקרן (כדורי כלורמבוציל) המחקר כלל 3 זרועות לפי המפורט בציר:



המחקר הדגים יתרון לשימוש בטיפול עם Acalabrutinib עם או בלי גזיבה לעומת השילוב של גזיבה וכלורמבוציל.

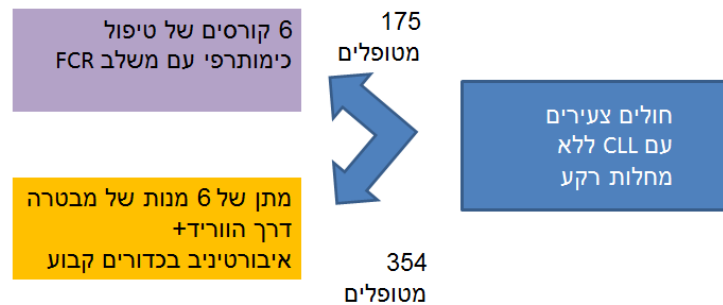
על בסיס מחקר זה, ומחקר נוסף שבו היה שימוש בתרופה זו, הרשויות האמריקאיות (FDA) אשרו שימוש ל Acalabrutinib למטופלים עם CLL ויהווה תרופה נוספת אשר ניתן יהיה להשתמש בה בעתיד גם במטופלים עם CLL.

תרופה חדשה נוספת אשר כדאי לשים לב אליה בעתיד, גם היא ממשפחת המעכבי BTK היא ה

zanubrutinib

כך שלסכום חלק זה: מספר תרופות חדשות בשלבים מתקדמים של מחקר ואישור, אשר מתוכננות להיות יותר ספציפיות כנגד תא ה CLL וכנראה נשמע עליהם יותר בקרוב.

2. מחקר ה ECOG ACRIN אשר השווה מתן טיפול כימוטרפי לפי פרוטקול FCR מול מתן איבורטיניב + מבטרה בחולים צעירים עם CLL אשר נזקקים לטיפול. מחקר זה הוצג כבר שנה שעברה ב ASH אך אז זמן המעקב היה קצר וכעת הוצג עדכון למחקר לאחר מעקב של 45 חודשים. התוצאות הראשונות וגם לאחר העדכון אישרו, ש haיתרון עבור מטופלים עם CLL ומדד אשר נחשב כמחלה אגרסיבית יותר, unmutated IGHV cll, לעומת זאת חולים עם CLL ומהלך שפיר יותר: mutated cll התוצאות זהות בין 2 הזרועות.



מחקר זה הדגים תוצאה מעניינית נוספת והיא, חולים אשר הפסיקו את הטיפול באימבורביקה בגלל אי סבילות ולא בגלל התקדמות המחלה, נשארו במעקב בממוצע כ-22 חודש עד שהייתה עדות להתקדמות חוזרת של מחלתם.

ז"א חולים אשר מפסיקים טיפול באימבורביקה, לא בהכרח נזקקים מידית לטיפול נוסף אלא נהנים בתקופה של מעקב בלבד שאורכה כמעט שנתיים עד שמחלתם מתקדמת.

3. עדכון של מחקר MURANO

מחקר זה השווה את המתן של וונטוקלקס + מבטרה לעומת בנדמוסטיין + מבטרה אצל חולי CLL אשר מחלתם נשנתה.

מחקר זה כבר הוצג בעבר, והדגים יתרון בולט לטיפול עם וונטוקלקס + מבטרה. משך הטיפול כאן היה שנתיים ואז הופסק הטיפול.

המחקר בדק מה עלה בגורלם של החולים אשר הופסק להם הטיפול ומחלתם שוב התעוררה והתקדמה עד שנזקקו לטיפול.

אומנם מספר החולים לא היה גדול, אך הודגם תגובה חוזרת טובה לשימוש חוזר באותה התרופה ז"א: אפשרות לשימוש חוזר בוונטוקלקס. כמו כן תגובה טובה לטיפול באימבורביקה אצל חולים אלו. לסכום, מעקב חשוב זה הראה שאין התפתחות של עמידות לטיפול באותה התרופה או בטיפול ביולוגי אחר.

4. מחקרים נוספים בדקו מה הוא המשלב היעיל ביותר בחולים עם CLL תוך שימוש בתרופות ביולוגיות בלבד, כגון משלב של וונטוקלקס + גזיבה, או וונטוקלקס + גזיבה + איבורטיניב.

לסכום, הנטייה היום במחקרים היא להבין מה ההיררכיה הטיפולית היעילה ביותר והמשלב אשר גם לא פוגע באיכות החיים, או גורם לתופעות לוואי רבות בחולים עם CLL, מבין מגוון הטיפולים החדשים אשר מפותחים ספציפית עבור מחלה זו.

תודה רבה לדר תדמור על הסיכום החשוב לחולים.