

Ритуксимаб и бендамустин (R-B) в первой линии терапии больных фолликулярной лимфомой. Результаты проспективного многоцентрового исследования

¹Нестерова Е.С., ¹Кравченко С.К., ¹Ковригина А.М., ¹Пластинина Л.В., ¹Мангасарова Я.К., ¹Мисюрина А.Е., ²Воробьев В.И., ³Марьин Д.С., ³Барях Е.А.,
³Поляков Ю.Ю., ⁴Зейналова П.А., ⁵Володичева Е.М., ⁶Глоница Н.Н., ¹Савченко В.Г.

¹ФГБУ НМИЦ гематологии МЗ РФ, Москва; ²Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва; ³Городская клиническая больница №52, Москва;
⁴ФГБУ Онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, Москва; ⁵ГУЗ ТО Тульская областная клиническая больница, г. Тула;
⁶Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.И. Сергеева, г. Хабаровск

ВВЕДЕНИЕ

ФЛ встречается в 22% случаев от всех НХЛ в России с медианой возраста больных 65 лет. 5-летняя БРВ больных ФЛ на R-CHOP – 40%. С учетом высокого риска рецидива и медианы возраста необходима индукционная терапия эффективными и менее токсичными препаратами. Курс R-B против R-CHOP без учета цитологического типа увеличивает БРВ и обладает меньшей токсичностью.

ЦЕЛЬ

Изучить эффективность курсов R-B при различных цитологических типах ФЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С июня 2013 по июнь 2017 гг. в исследование включено 65 пациентов. Медиана возраста – 59 года (30–78 лет). Лечение окончено у 60 больных и анализ проведен этой группы больных. Пациенты получали терапию R-B. Соотношение мужчин и женщин было 1:2. В возрасте старше 60 лет было 29/60 пациентов (48%). У 47/60 (78%) пациентов диагностирован 1 цитологический тип ФЛ, у 6/60 (10%) – 2, у 7/60 (12%) – 3А. По характеру роста опухоли распределение оказалось следующим: нодулярный характер роста – 55/60 (91%) больных, нодулярно-диффузный – 6/60 (10%), диффузный – 4/60 (7%). При 1–2 цитологическом типе к FLIPI 3–4 отнесено 21/53 (39%), при 3 цитологическом типе – 7/7 (100%). У 23/60 (38%) пациентов наблюдались экстранодальные очаги. При 1–2 цитологическом типе экстранодальные очаги встречались в 35% случаев (18/53), при 3 типе – 57% (4/7). Наличие bulky при 3 цитологическом типе встречались чаще, чем при 1-2: 3/7 (43%) против 19/53 (36%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полная ремиссия (ПР) заболевания достигнута у 34/60 (55%) пациентов, частичная ремиссия (ЧР) – у 13/60 (21%) больных. В 11/60 (18%) случаях зафиксирована прогрессия опухоли. У 2/60 (6%) пациенток после 4 курсов R-B отмечен минимальный противоопухолевый ответ и пациентки переведены на протокол высокодозной терапии с аутоТСКК. Процент ПР и ЧР при 1–2 цитологическом типе был выше, чем при 3 типе: 87% против 29%. Частота прогрессий на терапии при 1–2 цитологическом типе составила 13%, при 3 типе – 71%. Медиана наблюдения на момент анализа 42 месяца. Костный мозг был санирован во всех случаях поражения (33/60/55%). Анализ случаев неэффективности R-B показал, что экстранодальные очаги, диффузный характер опухолевого роста, Ki67 ≥ 40 встречались чаще в группе неэффективности терапии R-B.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

3А цитологический тип ассоциирован с FLIPI 3-4, наличием bulky и экстранодальным поражением, что является прогностически неблагоприятными факторами. Курс R-B позволяет мобилизовать стволовые клетки перед аутоТСКК, актуален в терапии пожилых больных, эффективно санирует костный мозг.

Табл. 1.

	1–2 цитологический тип n = 53	3А цитологический тип n = 7
Наличие экстранодальных очагов	18/53 (35%)	4/7 (57%)
FLIPI III-IV	21/53 (39%)	7/7 (100%)
Наличие bulky	19/53 (36%)	3/7 (43%)
ПР и ЧР (%)	87%	29%
Прогрессия (%)	13%	71%

