

First-line treatment for severe aplastic anemia in children: bone marrow transplantation from a matched family donor versus immunosuppressive therapy

Nao Yoshida, Ryoji Kobayashi, Hiromasa Yabe, et al.

Department of Hematology and Oncology, Children's Medical Center, Japanese Red Cross Nagoya First Hospital, Nagoya; Department of Pediatrics, Sapporo Hokuyu Hospital, Isehara; Department of Cell Transplantation and Regenerative Medicine, Tokai University School of Medicine, Isehara; et al.

Haematologica December 2014; 99:1784-1791; doi:10.3324/haematol.2014.109355

Tato práce vychází ze současných klinických zkušeností, že u dětí s těžkou aplastickou anémií (SAA) je léčbou volby transplantace kmenových hemopoetických buněk (BMT) od HLA – shodného rodinného dárce (MFD). Pro děti, které nemají takového dárce, je kombinace imunosupresivní terapie (IST) antithymocytovým globulinem a cyklosporinem A další terapeutickou volbou. Je málo recentních studií, které srovnávají výsledky u pacientů s transplantací s pacienty s IST, Autoři proto soudí, že je potřebný aktualizovaný důkaz pro běžný algoritmus při terapeutickém rozhodování. Tato studie retrospektivně srovnává výsledky u dětí s SAA, které dostaly IST nebo BMT od MFD jako terapii první linie. Jde o soubor 599 dětských pacientů (mladších než 17 roků) v Japonsku. Analýza byla provedena 30. července 2012. Byly vyhodnoceny: pravděpodobnosti přežití, ovlivnění potenciálními rizikovými faktory celkového přežití a přežití bez selhání v období léčby (1992–1999 nebo 2000–2009), věk a jiné variabilní faktory ve vztahu ke každé léčbě. Ve skupině s BMT v první linii léčby bylo 213 dětí, ve skupině s IST 386 dětí. Práce

popisuje charakteristiku pacientů, léčbu a výsledky. (A) Celkové přežití: Desetileté celkové přežití bylo 88 % v ITS skupině, 92 % u příjemců MFD-BMT. (B) Desetileté přežití bez selhání bylo 56 % v IST skupině a 87 % v BMT skupině. (C) Prognostická signifikance: Nebyla zjištěna spojitost mezi věkem, pohlavím, etiologií, intervalem mezi diagnózou a BMT, nebo časovou periodou léčby a celkovým výsledkem. Přežití bez selhání bylo signifikantně nižší u pacientů s IST než u pacientů s BMT (56 % versus 87 %). V multivariátní analýze byl věk pod 10 let identifikován jako příznivý faktor pro celkové přežití a volba IST v první linii byla jediným nepříznivým faktorem pro přežití bez selhání. Data jasně demonstrují, že děti s BMT od MFD dárce v první linii léčby mají signifikantní výhodu před dětmi s IST v první linii léčby. To podporuje běžný algoritmus při rozhodování o léčbě. Doporučuje BMT, je-li k dispozici shodný rodinný dárce. Není-li tomu tak, přicházejí v úvahu alternativní postupy, které jsou blíže popsány a odůvodněny v závěru práce.

Prof. MUDr. Otto Hrodek, DrSc.

Management and clinical outcomes in patients treated with apixaban vs warfarin undergoing procedures

David Garcia, John H. Alexander, Lars Wallentin, et al.

Division of Hematology, University of Washington, Seattle, WA; Duke Clinical Research Institute, Duke Medicine, Durham, NC; Uppsala Clinical Research Center, Uppsala University, Uppsala, Sweden; et al.

Blood 11 December 2014; 124 (25); dx.doi.org/10.1182/blood-2014-08-595496

Předmětem této práce je závažná klinická problematika řízení antikoagulační terapie u pacientů s chronickou antikoagulační léčbou v případě, kdy potřebují chirurgický zákrok. Jde o finální rozhodnutí, zda a kdy by antitrombotická medikace měla být přerušena, zda (nebo jak) by měla být použita perioperační překlenovací antikoagulace a kdy by měla antikoagulační léčba restartovat. Autoři této práce vycházeli z dat studie

ARISTOTLE (Apixaban for Reduction in Stroke and Other Thromboembolic Events in Atrial Fibrillation). Jde o dvojitě zaslepenou, randomizovanou kontrolovanou studii apixabanu (přímého inhibitoru faktoru X) versus warfarinu (antagonistu vit. K, VKA) pro prevenci mozkové příhody a systémového embolismu u pacientů s nevalvulární síňovou fibrilací a alespoň 1 rizikovým faktorem pro mozkovou příhodu. Autoři