

Dlhodobá stabilita pacientky v liečbe alemtuzumabom

MUDr. Marek Tarčák

Neurologická klinika Jesseniovej lekárskej fakulty a UN Martin

Úvod

Sclerosis multiplex je autoimunitné a autoinflammatory ochorenie centrálnej nervovej sústavy, ktoré postihuje prevažne mladú populáciu s najvyššou incidenciou medzi 20. a 40. rokom života. Veľmi zriedkavo sa s ním stretávame v detskom veku a v starobe. Postihuje prevažne mladé ženy vo fertilnom veku v pomere 2:1.



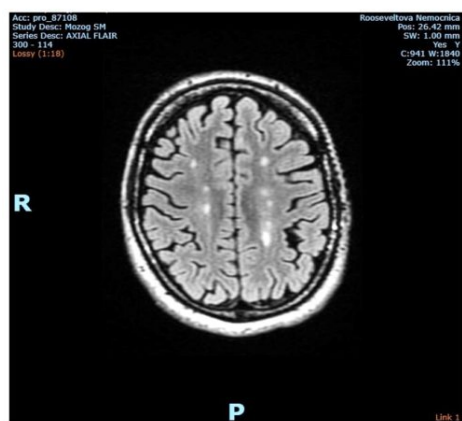
Kazuistika

V našom prípade budeme sledovať príbeh pacientky s novodiagnostikovaným ochorením SM, ktoré sa manifestovalo už v úvode ťažkým klinickým relapsom v zmysle pravostranného senzitivného motorického hemisyndrómu (EDSS 3.5).

Po kompletnej batérii diagnostických testov vrátane likvorového vyšetrenia a vyšetrenia oligoklonálnej skladby bola pacientka preliečená intravenóznymi kortikoidmi v kumulatívnej dávke 5,0 gramu. Potom bola pacientka bez paretických príznakov a porúch citlivosti (EDSS 1.5).

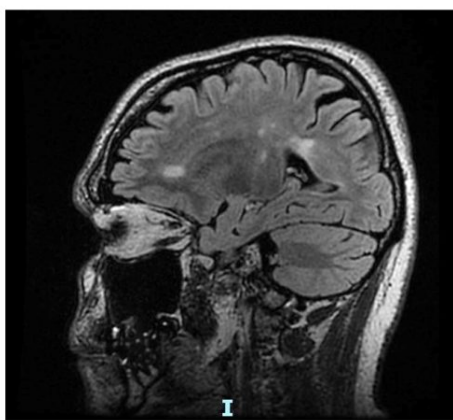
Prvým liekom voľby po konzultácii s pacientkou bol glatirameracetát, na ktorom sme u pacientky približne po roku pozorovali ďalší, tentoraz senzitivný hemisyndróm vľavo so spontánnym odznením. Kontrolné MR vyšetrenie mozgu po roku liečby vykazovalo výraznú progresiu v počte T2/FLAIR hyperintenzívnych ložísk hlavne supratentoriálne (**obr.2**).

Obrázok č. 4: MRI 12/2021 Axial Flair sekvencia



(zdroj: Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica)

Obrázok č. 5: MRI 12/2021 Sag 3D T2 Flair



Vzhľadom na výraznú zobrazovaciu, ale aj klinickú progresiu v zmysle relapsu ochorenia sme pristúpili ku zmene liečby. Liekom voľby sa stal fingolimod, inciálne nastavenie a prvé mesiace prešli prakticky bez komplikácií, no po asi 6 mesiacoch pacientka prekonala ďalší, tentoraz ťažký klinický relaps s reziduálnym nálezom (EDSS 3.0) aj napriek preliečeniu intravenóznym metylprednisolónom v kumulatívnej dávke 5,0 gramu.

Rozhodli sme sa zopakovať MR vyšetrenie mozgu, ktoré opakovane vykázalo známky progresie demyelinizačných ložísk.

Ochorenie sme prehodnotili na vysokoaktívne, zmenili sme liečbu na alemtuzumab. Po prvom liečebnom cykle došlo k stabilizácii pacientky. Neboli pozorované žiadne klinické ataky, ani známky progresie v MR obraze či elektrofyziológii. Ďalší liečebný rok prebiehal v podobnom obraze, no kontrolné MR mozgu po roku od druhého liečebného cyklu ukázalo relatívne rozsiahle demyelinizačné ložisko parietálne vpravo. Vzhľadom na možnosť podať alemtuzumab aj v treťom liečebnom cykle sme k spomínanému kroku pristúpili. U pacientky sme na ďalšom kontrolnom MR vyšetrení progresiu nepozorovali, naopak došlo k úplnej regresii spomínaného demyelinizačného ložiska, klinický stav pacientky sa upravil.

Rok po treťom cykle liečby alemtuzumabom bola pacientke diagnostikovaná autoimunitná tyreoiditída, ktorá bola farmakologicky liečená. Rovnako sme chceli pokračovať v ďalšej terapii deeskaláciou pacientky na prvolíniovú DMD liečbu, no jej stanovisko bolo v danej chvíli odmietavé. Aktuálne chodí na pravidelné kontroly magnetickou rezonanciou, jej klinický stav je stabilizovaný. Približne 3,5 roka je bez známk aktivity ochorenia.

Diskusia

Iniciálne zvolená vysokoúčinná liečba má vždy opodstatnenie u vysoko rizikových pacientov. Ich správna identifikácia je však vysoko náročná, pretože táto liečba prináša svoje úskalia v zmysle vedľajších nežiaducich účinkov, napríklad pri alemtuzumabe (ITP, hypo alebo hypertyreóza, recidivujúce uroinfekty). No práve vďaka týmto molekulám sme podstatne efektívnejší v zabraňovaní rýchlej progresie SM v relatívne krátkom čase, a tým pádom vieme predchádzať ďalšiemu zneschopňovaniu pacienta.

Záver

Rozhodnutie pacientky nepokračovať v DMD liečbe nám prinieslo nové dáta, ktorými by sme za štandardných okolností nedisponovali, a to, že aj vysoko aktívny pacient po správne zacielennej liečbe môže javiť známky dlhodobej remisie. Ďalšie dáta nám, samozrejme, prinesie len čas.

Zoznam skratiek

SM – sclerosis multiplex

ITP – intersticiálna trombocytopenická purpura

EDSS – *Expanded Disability Status Scale*

DMD – *Disease Modifying Drug*

Literatúra

1. Katz Sand IB, Lublin FD. *Diagnosis and differential diagnosis of multiple sclerosis. Continuum (Minneapolis Minn)* 2013; 19:922.
2. Wattjes MP, Ciccarelli O, Reich DS, et al. 2021 MAGNIMS-CMSC-NAIMS consensus recommendations on the use of MRI in patients with multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2021; 20:653.
3. Filippi M, Rocca MA. MR imaging of multiple sclerosis. *Radiology* 2011; 259:659.
4. Bot JC, Barkhof F, Polman CH, et al. Spinal cord abnormalities in recently diagnosed MS patients: added value of spinal MRI examination. *Neurology* 2004; 62:226.
5. Szilasiová J. Nové terapeutické postupy pri sclerosis multiplex. *Lek listy. Psychiatria, Neurológia: odb príl Zdrav Nov.* 2014; (18): 25–27.

* Obrázky MRI vyšetrenia použité so súhlasom Jesseniovej lekárskej fakulty a UN Martin

Kazuistika je prípadom z reálnej klinickej praxe. Odpoveď na liečbu sa môže u konkrétneho pacienta líšiť.