48. ULUSAL HEMATOLOJİ KONGRESİ

1-5 Kasım 2022, ANTALYA

Bildiri Özetleri

Tartışmalı Poster Bildiriler

Tablo 2.

Plerixafor Kullanımının Etkisi					
Plerixafor Kullanımı		**Total (n=300)**	**Yok (n=257)**	**Var (n=43)**	
Özellikler		**x̄±SD**	**x̄±SD**	**x̄±SD**	**p-value**
Yaş		50,5±13,9	50,7±13,8	49,1±14,4	0,5
		n(%)	**n(%)**	**n(%)**	
Cinsiyet	Erkek	174(58)	158(61,5)	16(37,2)	**0,003**
	Kadın	126(42)	99(38,5)	27(62,8)	
Tanı	Multiple Miyelom	151(50,3)	138(53,7)	13(30,2)	**0,01**
	Hodgkin Lenfoma	39(13)	28(10,9)	11(25,6)	
	NonHodgkin Lenfoma	99(33)	81(31,5)	18(41,9)	
	Diğer	11(3,7)	10(3,9)	1(2,3)	
Önceki Basamak	1-3	295(98,3)	253(98,4)	42(97,7)	0,99
	4-5	5(1,7)	4(1,6)	1(2,3)	
RT	Yok	269(89,7)	236(91,8)	33(76,7)	**0,006**
	Var	31(10,3)	21(8,2)	10(23,3)	
Lenalidomid	Yok	264(88)	227(88,3)	37(86)	0,67
	Var	36(12)	30(11,7)	6(14)	
Nötrofil Engraftman Yetmezliği	Yok	8(2,7)	6(2,3)	2(4,7)	0,61
	Var	292(97,3)	251(97,7)	41(95,3)	
Trombosit Engraftman Yetmezliği	Yok	13(4,3)	10(3,9)	3(7)	0,41
	Var	287(95,7)	247(96,1)	40(93)	
Febril Nötropeni	Yok	27(9)	27(10,5)	-	**0,04**
	Var	273(91)	230(89,5)	43(100)	
Fungal Enfeksiyon	Yok	279(93,3)	242(94,5)	37(86)	0,04
	Var	20(6,7)	14(5,5)	6(14)	
		x̄±SD	**x̄±SD**	**x̄±SD**	
Nötrofil Engraftmanı Süre		10,4±3,1	10,2±2,7	12±4,1	**0,008**
Trombosit Engraftmanı Süre		15,3±7,9	14,2±5,9	21,6±13,9	**0,002**
Febril Nötropeni Süre		5,9±2,9	5,9±3,1	5,8±2,4	0,76
Toplanan hücre sayısı		9,23±5,89	9,53±6,09	7,44±4,19	**0,03**
Hb		11,32±1,73	11,38±1,69	10,97±1,88	0,14
Platelet		220705±98196	226547,08±100832,75	185790,69±72233,61	**0,01**
WBC		6258,9±3559,3	6358,79±3514,55	5661,86±3804,93	0,23
Nötrofil		4291,87±3296,	4378,21±3294,43	3775,81±3300,46	0,27
Lenfosit		1206,57±611,6	1216,45±606,74	1147,44±644,51	0,49

(p<0,05 anlamlılık) Student's t test, Ki-Kare test

Tablo 3.

Mobilizasyon Verilerinin Karşılaştırılması: Kemo-mobilizasyon + Plerixafor vs. G-CSF + Plerixafor					
Hücre Toplama		**Total (n=43)**	**Kemo+Plerixafor (n=30)**	**G-CSF+ Plerixafor (n=13)**	
		n(%)	**n(%)**	**n(%)**	**p-value**
Nötrofil Engraftman Yetmezliği	Yok	2(4,7)	1(3,3)	1(7,7)	0,99
	Var	41(95,3)	29(96,7)	12(92,3)	
Trombosit Engraftmanı Yetmezliği	Yok	3(7)	2(6,7)	1(7,7)	0,99
	Var	40(93)	28(93,3)	12(92,3)	
Febril Nötropeni Görülme	Yok	-	-	-	-
	Var	43(100)	30(100)	13(100)	
Fungal Enfeksiyon Görülme	Yok	37(86)	27(90)	10(76,9)	0,34
	Var	6(14)	3(10)	3(23,1)	
		x̄±SD	**x̄±SD**	**x̄±SD**	
Nötrofil Engraftmanı Süre		12±4,1	12,4±4,6	10,9±2,1	0,28
Trombosit Engraftmanı Süre		21,6±13,9	21,1±14,1	22,8±14,3	0,74
Febril Nötropeni Süre		5,8±2,4	5,8±2,3	5,7±2,6	0,86
Toplanan hücre sayısı		7,44±4,2	8,03±4,55	6,1±2,94	0,17

(p<0,05 anlamlılık) Student's t test, Ki-Kare test

Tablo 1.

Mobilizasyon Verilerinin Karşılaştırılması: Kemo-mobilizasyon vs. G-CSF					
		Total (n=300)	**Kemo (n=250)**	**G-CSF (n=50)**	
Özellikler		**x̄±SD**	**x̄±SD**	**x̄±SD**	**p-value**
Yaş		50,5±13,9	49,8±14,3	53,6±11,3	**0,04**
		n(%)	**n(%)**	**n(%)**	
Cinsiyet	Erkek	174(58)	149(59,6)	25(50)	0,21
	Kadın	126(42)	101(40,4)	25(50)	
Nötrofil Engraftman Yetmezliği	Yok	8(2,7)	7(2,8)	1(2)	0,99
	Var	292(97,3)	243(97,2)	49(98)	
Trombosit Engraftman Yetmezliği	Yok	13(4,3)	12(4,8)	1(2)	0,48
	Var	287(95,7)	238(95,2)	49(98)	
		x̄±SD	**x̄±SD**	**x̄±SD**	
Nötrofil Engraftmanı Süre		10,4±3,1	10,3±3,1	11,2±2,6	**0,03**
Trombosit Engraftmanı Süre		15,3±7,9	14,7±7,5	17,8±9,7	**0,04**

(p<0,05 anlamlılık) Student's t test, Ki-Kare test

■ Hematopoetik Kök Hücre Nakli ve Yüksek Doz Tedaviler

TP-06 Referans Numarası: 561

İKİNCİ KEZ YAPILAN HEMATOPOETİK KÖK HÜCRE NAKİL SONUÇLARIMIZ: AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK KIT ÜNİTESİ

Funda Tayfun Küpesiz[1], Hatice Gaber Kurt[2], Elif Güler[1], Alphan Küpesiz[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji Onkoloji Bilim Dalı
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Hematopoetik kök hücre nakli (HKHN) pek çok benign ve malign hastalığın tedavisinde etkinliği kanıtlanmış küratif tedavi seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır. HKHN, başarılı ile sonuçlanabileceği gibi nakil sonrası primer greft yetmezliği, zayıf greft fonksiyonu, sekonder greft yetmezliği ve greft rejeksiyonu ile de sonuçlanabilir. Bu durumda hastanın kurtarma tedavisi olarak tekrar bir allojenik HKHN`e ihtiyacı olabilir.

Amaç: Merkezimizde ikinci kez HKHN yaptığımız hastaların demografik verilerini ve nakil özelliklerini ve sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamıza Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji BD, KIT Ünitesinde Haziran 1998– Eylül 2022 yılları arasında yapılan 799 allojenik ile 86 otolog HKHN tarandı. Değerlendirmeye 2.HKHN hastaları dahil edildi. Veriler geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 54 hasta dahil edildi. Hastaların %70`i (n=38) erkek idi. İlk nakilden ortalama 12,3 ± 21,2 ay (aralık: 1-128 ay) sonra hastalara 2. HKHN yapıldı bu sırasında hastaların ortalama yaşı 99,2 ± 56 ay (aralık: 5-207 ay) idi. Tanıları değerlendirildiğinde hastaların; 14'ü (%26) immün yetmezlik, 9`u (%16,7) talasemi majör, 8`i (%14,8) ALL, 7`si (%13) AML, 7`si (%13) myeloproliferatif hastalık, biri (%1,9) HLH, biri (%1,9) Hurler Sendromu tanılıydı. Nöroblastom nedeni ile iki (%3,7) hastaya ve Hodgkin Lenfoma nedeni ile nakil yapılan bir (%1,9) hastanın ilk nakilleri otolog HKHN olarak yapıldı ancak 2.HKHN allojenik HKHN yapıldı.

Hastaların %40`ında (n= 21) primer greft yetmezliği, %37`sinde (n= 20) zayıf greft fonksiyonu, %22`sinde (n=12) greft rejeksiyonu-relaps nedeni ile 2. nakil yapılırken bir hastada COVİD sonrası sekonder greft yetmezliği nedeni ile HKHN yapıldı.

Donör kaynağı olarak nakillerin %54`ünde (MSD= 18, MFD= 11) akraba verici kullanıldı. Donör değişikliği %43 (n= 23) hastada yapıldı. HLA doku uyum değerlendirildiğinde nakillerin %50 (n= 27)tam uyumlu, %35`i (n=19) bir antijen uyumsuz, %15 (n=8) hastada iki veya daha fazla antijen uyumsuzluğu saptandı.

Kök hücre kaynağı olarak hastaların %37 (n= 20)`sinde kemik iliği, %43 (n= 23)`ünde periferik kan, %2 (n=1)`sinde de kordon kanı kullanıldı.

HKHN sonrası ortalama izlem süresi 23,2± 32 ay (aralık: 0,2-134 ay) olarak hesaplandı. Hastaların %41 (n= 22) 2. HKHN sonrası sağ olarak hayatlarına devam etmekte iken %59 (n=32) hasta nakil ilişkili komplikasyonlar (çoklu organ yetmezliği, kardiyak yetmezlik, kanama) nedeni ile kaybedildi. Kaybedilen hastaların 18`i malignite nedeni ile nakil yapılan hastalardı. Kaybedilen hastalardan dördüne greft yetmezliği nedeni ile 3. nakil yapıldı ancak bu hastalar da nakil sonrası dönemde çoklu organ yetmezliği ile kaybedildi.

Tartışma: Hematopoetik kök hücre naklinde hedeflenen; hazırlık rejimi sonrası alıcı kemik iliğinde yaratılan aplazik durumun donör lenfohematopoetik hücrelerin kemik iliği nişine yerleşmesi ve alıcıda yeni kan hücrelerinin oluşturmasıdır. Greft fonksiyonunu değerlendirmede kimerizm takibi erken dönemde en iyi göstergelerden biridir. Greft yetmezliği ve rejeksiyonunda ya da zayıf greft fonksiyonunda hastalar tekrar nakile ihtiyaç duyabilirler. Zayıf greft fonksiyonunda hematolojik büyüme faktörleri tedavide yetersiz kaldığı durumda nakil seçeneği gündeme gelebilir. Primer greft yetmezliğinde immünsüpressif rejimi takiben ikinci nakil denenebilir. Geç greft yetmezliğinde ise donör lenfosit infüzyonu yapılabilir. Literatürde 2. HKHN yapılan pediatrik hastalarda sonuçların daha başarılı olduğu bildirilmiştir. Akraba dışı vericiden yapılan 122 ikinci HKHN de nakil ilişkili mortalite oranı 30 günlük %39, 100 günlük ise %75 olarak bulundu. HLA uygun vericilerin olmaması durumunda haploidentik HKHN bir seçenek olarak karşımıza çıkar.

Sonuç: Sonuçlarımız literatür ile karşılaştırılabilir olup greft yetmezliği, rejeksiyonu ya da zayıf greft fonksiyonu olan hastalarda 2. HKHN`in akla gelmesi gereken bir kurtarma tedavisi olduğunu desteklemektedir.

Anahtar kelimeler: İkinci hematopoetik kök hücre nakli, greft yetmezliği, zayıf greft fonksiyonu