

Nejvíce publikací popisujících použití léčby obsahující antiCD38 protilátku je z oblasti nefrologie. Úspěchy kombinované léčby obsahující daratumumab byly popsány u různých histologických forem poškození ledvin monoklonálním imunoglobulinem anebo FLC. Jisté to souvisí s její vyšší frekvencí a poměrně jednoznačným imunohistochemickým průkazem volných lehkých řetězců či monoklonálního imunoglobulinu jako etiopatogenetické příčiny nefropatie. Po AL-amyloidóze je asi nejčastější formou poškození ledvin „light chain deposition disease“, a tak i publikací o přínosu antiCD38 protilátky je zde více (28, 29, 30).

Ale i u dalších morfologických typů poškození ledvin monoklonálním imunoglobulinem byly prokázány úspěchy této intenzivní léčby (31–34).

V případě kožních projevů poškození monoklonálním imunoglobulinem se často popisuje úspěch udržovací léčby IVIGy. Nicméně i u kožních komplikací MGCS byla v případě prokázané souvislosti kožních změn s monoklonálním imunoglobulinem úspěšná léčba anti-CD38 monoklonální protilátkou (35).

Závěr

Termín monoklonální gamapatie nejistého významu (MGUS) byl navržen v roce 1978, byl akceptován mezinárodní hematologickou komunitou a je obsažen i v mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) pod kódem D-472. Poslední guidelines České myelomové skupiny informují o doporučených intervalech a rozsahu kontrol při sledování osob s MGUS. Orgánovému poškození monoklonálním imunoglobulinem, jeho diagnostice a léčbě je v české medicínské literatuře věnováno podstatně méně pozornosti než maligním monoklonálním gamapatiím (mnohočetnému myelomu a Waldenströmově makroglobulinemii).

Termín „monoklonální gamapatie klinického významu – MGCS“ byl navržen v roce 2018 (1, 2). Podrobný popis všech jednotek pod tento název řazených je uveden v knize z roku 2023 (3). Sjednocení všech těchto forem poškození organismu monoklonálním imunoglobulinem anebo klonálními volnými řetězci imunoglobulinů pod zastřešující termín MGCS by mělo zlepšit epidemiologickou informovanost a mělo by vyústit v registraci nových léků i pro tento typ chorob. Pacienti s poškozením organismu monoklonálním imunoglobulinem mají prospěch z léčby potlačující tento malý nemaligní klon, podobně jako pacienti s mnohočetným myelomem nebo s Waldenströmovou makroglobulinemií, což je potvrzeno zde citovanými studiemi.

Kolem roku 2020 se začíná zkoušet rozšíření již stávajícího skríningu maligních chorob o skrínung monoklonálních gamapatií. To je zcela nová idea. Celopopulační studie s názvem „The Iceland Screens, Treats, or Prevents Multiple Myeloma study (iStopMM)“, byla zahájena v roce 2016 na ostrově Island. Účast na studii byla nabídnuta všem obyvatelům Islandu narozeným před rokem 1976 neboli starším 40 let. Z 148 704 osob populace Islandu, splňujících věkové kritérium, 80 759 (54,3 %) souhlasilo se vstupem do studie (36, 37). Cílem této studie je odpovědět na otázku, zda by skrínung gamapatií byl přínosem pro populaci. Studie bude vyhledávat nejen maligní gamapatie, ale poškození organismu nemaligní gamapatií (MGCS). Oblasti poškození ledvin monoklonálním imunoglobulinem šedou zónou a informace, že pacient má monoklonální gamapatii, povede přesnější diagnostika poškození funkce ledvin (36, 37). Pokud studie „iStopMM“ prokáže přínos skrínungu monoklonálních gamapatií, bude na to muset reagovat i Česká myelomová skupina (CMG).

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Žádné. **Poděkování:** N/A. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednáni etikou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. Femand JP, Bridoux F, Dispenzieri A, et al. Monoclonal gammopathy of clinical significance: a novel concept with therapeutic implications. *Blood*. 2018;132(14):1478-1485.
2. Dispenzieri A. Monoclonal gammopathies of clinical significance. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2020;2020(1):380-388. doi: 10.1182/hematology.2020000122.
3. Adam Z, Pour L, Zeman D, Harvanová L, et al. Monoklonální gamapatie klinického významu a jiné nemoci. Grada publishing, Praha 2023 220 s.
4. Waldenström J. The occurrence of benign, essential monoclonal (M-typ) non macromolecular hyperglobulinemie and its differencxial diagnosis IV studies in the gammopathies *Acta Med Scand*. 1964;176:345-65.
5. Kyle RA. Monoclonal gammopathy of undetermined significance. Natural history in 241 cases. *Amer J Med*. 1978;64:814-826.
6. Dispenzieri A, Katzmann JA, Kyle RA, et al. Prevalence and risk of progression of light-chain monoclonal gammopathy of undetermined significance: a retrospective population-based cohort study. *Lancet*. 2010;375:1721-1728.
7. Merlini G, Stone J. Dangerous small B-cell clones. *Blood*. 2006;108(8):2520-2530.
8. Lipsker D. Monoclonal gammopathy of cutaneous significance: review of a relevant concept. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(1):45-52. doi: 10.1111/jdv.13847.
9. Claveau JS, Wetter DA, Kumar S. Cutaneous manifestations of monoclonal gammopathy. *Blood Cancer J*. 2022;12(4):58. doi:10.1038/s41408-022-00661-1.
10. Amaador K, Peeters H, Minnema MC, et al. Monoclonal gammopathy of renal significance (MGRS) histopathologic classification, diagnostic workup, and therapeutic options. *Neth J Med*. 2019;77(7):243-254.
11. Visentin A, Pravato S, Castellani F, et al. From Biology to Treatment of Monoclonal Gammopathies of Neurological Significance. *Cancers (Basel)*. 2022;14(6):1562. doi: 10.3390/cancers14061562.
12. Mani AM, Devasia AJ, Nair A, et al. Monoclonal Gammopathies of „Neurological Significance“: Paraproteinemic Neuropathies. *Can J Neurol Sci*. 2021;48(5):616-625. doi: 10.1017/cjn.2020.278.
13. Go RS, Rajkumar SV. How I manage monoclonal gammopathy of undetermined significance. *Blood*. 2018 Jan 11;131(2):163-173. doi:10.1182/blood-2017-09-807560.
14. Litzman J. Dva pohledy na IVIG a SCIG Faktory pro život. 2016;4(3):12.
15. Ballow M. Mechanismy imunitní regulace pomocí intravenózních imunoglobulinů. Current opinion in allergy and clinical immunology. České a slovenské vyd. 2015;12(2):33-38.
16. Mahévas T, Arnulf B, Bouaziz JD, et al. Plasma cell-directed therapies in monoclonal gammopathy-associated scleromyxedema. *Blood*. 2020;135(14):1101-1110. doi: 10.1182/blood.2019002300.
17. Ansari A, Erfani Z, Daneshpazhooh M, et al. Characteristics and Treatment Outcomes of Scleromyxedema: A 10-Year Retrospective Survey. *Case Rep Dermatol*. 2021;14(2):178-183. doi: 10.1159/000525211.
18. Kim S, Park TH, Lee SM, et al. Scleromyxedema with multiple systemic involvement: Successful treatment with intravenous immunoglobulin. *Dermatol Ther*. 2020;33(3):e13378. doi: 10.1111/dth.13378.
19. Magira EE, Malouchou A, Karathanasi V, et al. Acute Encephalitic Syndrome Induced by scleromyxedema. *Am J Med Sci*. 2020;360(2):192-195.
20. Bardel B, Molinier-Frenkel V, Le Bras F, et al. Revisiting the spectrum of IgM-related neuropathies in a large cohort of IgM monoclonal gammopathy. *J Neurol*. 2022 Sep;269(9):4955-4960. doi: 10.1007/s00415-022-11139-2.

Další literatura u autora
a na www.casopisvnitrnilekarstvi.cz