

Die allogene Stammzelltransplantation bei Aplastischer Anämie und PNH

Hubert Schrezenmeier

Institut für Klinische Transfusionsmedizin und Immungenetik Ulm
DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg – Hessen

Institut für Transfusionsmedizin, Universität Ulm

Aplastische Anämie und PNH

Allogene Transplantation

1. Chance auf Heilung der Erkrankung

(Rückfall nach erfolgreicher Transplantation selten)

2. Risiken:

- Lebensbedrohliche / tödliche Komplikationen (Transplantat-gegen-Wirt-Erkrankung (GvHD) und Infektionen)
- Beeinträchtigung durch chronische Transplantat-gegen-Wirt-Erkrankung

⇒ Abwägung der Chancen und Risiken zwischen Transplantation und anderen Therapiemöglichkeiten

Aplastische Anämie und PNH

Allogene Transplantation

1. Indikation „ob“
2. Spender „von wem“
3. Stammzellen „mit welchen Zellen“
4. Vorbehandlung „wie“
(„Konditionierung“)
und GvHD-Vorbeugung

Aplastische Anämie

Allogene Transplantation als Erstbehandlung - Indikation -

1. Schweregrad der Erkrankung

2. Alter

	vSAA	SAA	nSAA
bis 40 J.	✓	✓	Nein
40 – 50 J.	✓	(✓)	Nein
über 50 J.	Nein	Nein	Nein

3. Voraussetzung:

Geschwisterspender mit Übereinstimmung der Gewebemerkmale (HLA-Merkmale)

Aplastische Anämie

Allogene Transplantation als Zweitbehandlung

Patienten ohne Ansprechen auf Ersttherapie

	<i>vSAA</i>	<i>SAA</i>	<i>nSAA</i>
bis 40 J.	✓	✓	Nein
40 – 50 J.	✓	✓	Nein
Über 50 J.	(✓)	(✓)	Nein

Voraussetzung:

Geschwisterspender mit Übereinstimmung der Gewebemerkmale (HLA-Merkmale)

Aplastische Anämie

Allogene Transplantation - „mit welchen Zellen“

Stammzellquellen

	Knochenmark	Blutstammzellen	Nabelschnurblut
Verwendbar	✓	✓	(✓) Dosisproblem bei Erwachsenen
Zeit bis zur Erholung der Blutbildung	mittel	kurz	lang
Chronische GvHD	mäßig	teilweise hoch	gering
Beste Langzeitergebnisse	+		

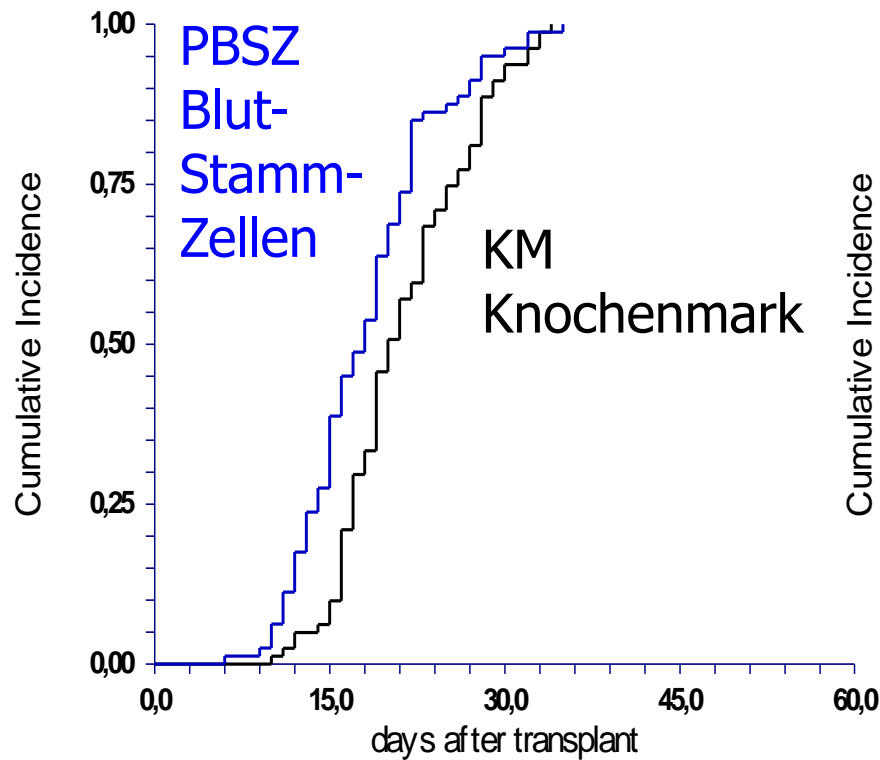
⇒ Wenn möglich, Knochenmark als Stammzellquelle.

Allogene Transplantation bei erworbener AA- Bedeutung der Stammzellquelle

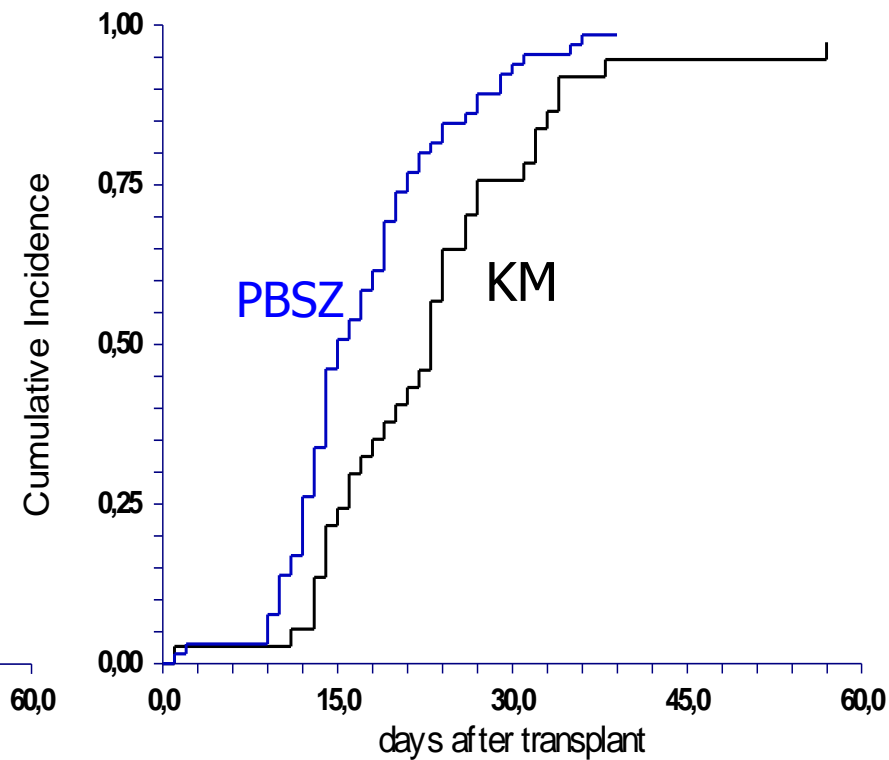


Transplantatfunktion nach allogener Transplantation

von HLA-identischen Geschwister



unverwandten Spendern



Zeit (Tage) bis neutrophile Granulozyten > 500 / μ l

Aplastische Anämie

Allogene Transplantation von HLA-identen Geschwisterspendern

- Prognostische Faktoren -

1. Alter (je jünger, desto besser)
2. Körperlicher Status (je „fitter“, desto besser)
3. Intervall von Diagnose bis zur Transplantation (besser, falls kürzer als 3-4 Monate)
4. Stammzellquelle (Knochenmark besser als PBSZ)
5. Cyclophosphamid-basierte Konditionierung
6. ATG in der Konditionierung

Aplastische Anämie

Unverwandte Transplantation

- *Indikation* -

Erstbehandlung: Bei jungen Patienten mit SAA / vSAA
(< 18 , < 25 , $< 30?$)
noch kein Konsens !

Zweitbehandlung: Bei SAA / vSAA bis ca. 40 Jahre
nach erfolglosem Zyklus mit ATG + CsA

Unverwandter Spender:
Übereinstimmung in hochaufgelöster
Typisierung für 10 oder 9 von 10
Merkmale („10/10-Match“, „9/10-Match“)
(HLA-A, -B, -C; -DRB1, -DQB1)

Aplastische Anämie

Allogene Transplantation - „wie“

Konditionierung hängt ab vom

- Spender
- Ausmaß der HLA-Übereinstimmung
- Alter

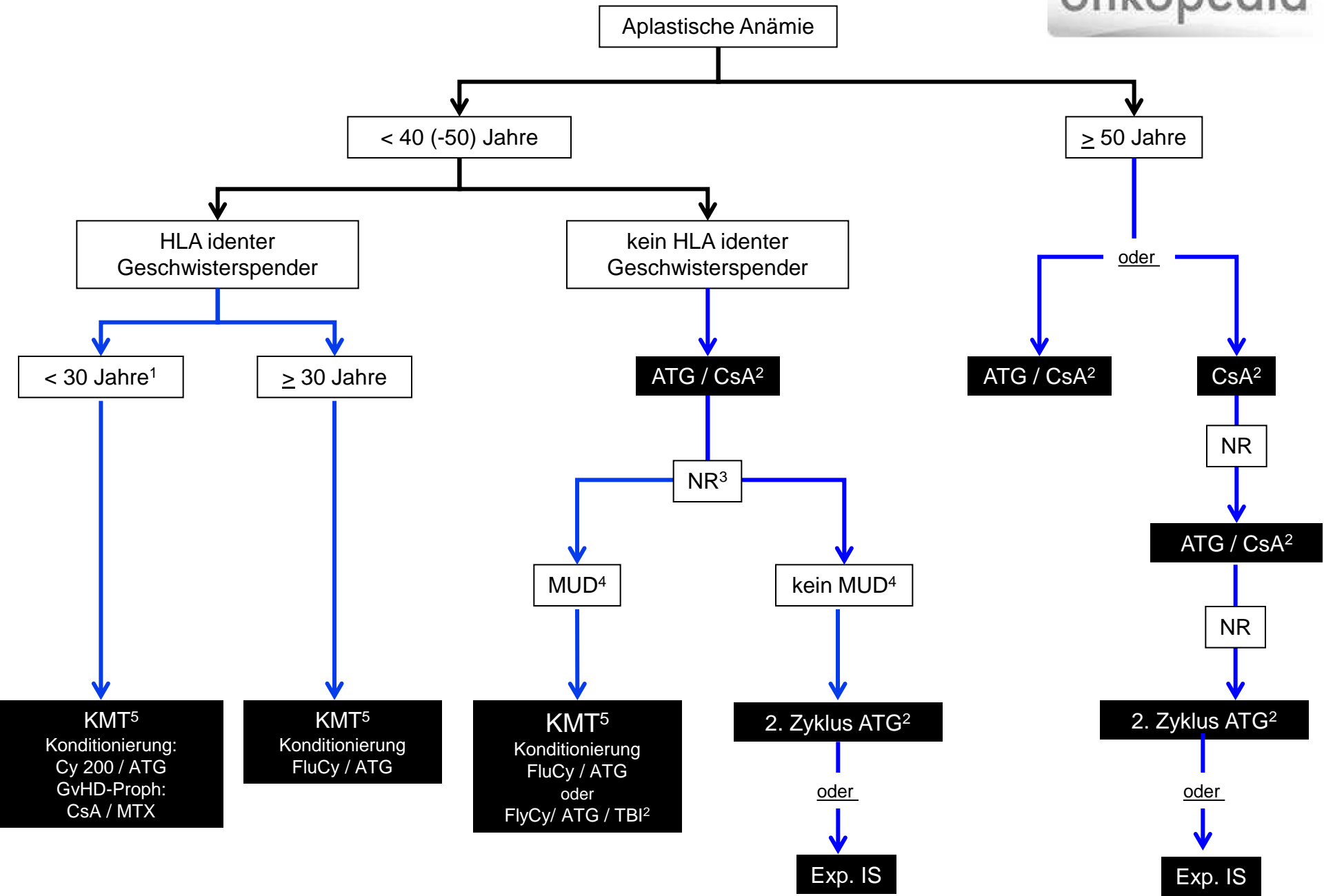
Geschwisterspender-Transplantation:

bis 30 J.: Cyclophosphamid \pm ATG

über 30 J.: Cyclophosphamid (niedrig dosiert) + ATG + Fludarabin

Unverwandte Transplantation:

Cyclophosphamid (niedrig dosiert) + ATG + Fludarabin



PNH

Allogene Transplantation - Indikation -

- Gleichzeitige aplastische Anämie, welche für sich betrachtet schon eine Transplantationsindikation darstellt.
- Schwere, wiederkehrende hämolytische Krisen (trotz Eculizumab).
- Wiederkehrende Thrombosen trotz Thrombosevorbeugung (Eculizumab und ggf. zusätzlich Antikoagulation).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit