Akut promyelositik lösemi şüpheli hasta

Araştırmalar

* Diferansiyel kan sayımı dahil laboratuar çalışmaları elektrolitler, ürik asit, böbrek fonksiyonları, karaciğer fonksiyon testleri, koagülasyon çalışmaları, ve HLA tiplendirme.
* Kemik iliği aspirasyomu ve biyopsisi; morfoloji, flowsitometri, immünfenotipleme , konvansiyonel karyotip, FISH ve PCR için.

Yüksek riskli hastalar

Düşük riskli hastalar

İndüksiyon

1. ATRA 45 mg/m2 (iki bölünmüş dozda) + (3 gün x daunorubisin 60 mg/m2 veya idarubisin 12 mg/m2 + Ara-C 200 mg/m2x 7 gün)
2. ATRA 45 mg/m² + idarubisin 12 mg/m² (2,4,6,8)

Antrasiklin kullanılamayacak olgular

1. ATRA 45 mg/m² + ATO (0.15 mg/ kg kemik iliğinde remisyon elde edilene dek.

1. İndüksiyon tedavisinden sonra 28. Günde kemik iliği aspirasyon kontrolü yapılır.
2. Yüksek risk olgularda İT tedavi ile SSS profilaksisi uygulanmalıdır
3. ATRA 45 mg/m2 (iki bölünmüş dozda) + idarubisin 12 mg/m2 (2,4,6,8)
4. ATRA 45 mg/m² + ATO (0.15 mg/ kg kemik iliğinde remisyon elde edilene dek)

İndüksiyon

Konsolidasyon

1. ATRA + KT alan düşük risk olgularda TR elde edildiğinde
   1. ATRA 45 mg/m2 x 15 gün + İdarubisin 5 mg/m2 x 4 gün 1 kür, ardından ATRA 45 mg/m2 x 15 gün + Mitoksantron 10 mg/m2/gün x 3 gün 1 kür, sonrasında ATRA 45 mg/m2 x 15 gün + İdarubisin 12 mg/m2 tek gün olmak üzere 3 kürlük konsolidasyon
   2. 1 kür daha 3+7, ardından sitarabin 1 g/m2 x 2, 1-4 gün + ATRA 45 mg/m2 x 15 gün
2. ATRA + Arsenik trioksit indüksiyon tedavisi olarak kullanılmışsa
   1. Arsenik trioksit 0.15 mg/kg/gün IV (haftada 5 gün, 4 hafta süre ile 8 haftada bir) (4 kür) + ATRA 45 mg/m2 x 15 gün 4 haftada bir, toplamda 7 kür uygulanması önerilir.

İzlem

1. Konsolidasyon sonrası (3 aylık ATRA’lı tedavi) PCR ile moleküler remisyon takibi.
2. Başlangıçta Kİ’den PCR ile PML-RAR alfa bakılmış ise ilk örneklemenin hem kemik iliğinden hem de periferik kandan yapılması uygun olacaktır.
3. İzlemde periferik kandan PCR ile 3 ayda bir 2 yıl süre ile PML-RARA takip edilir.
4. PCR pozitif ise 4 hafta içinde tekrar edilir. PCR negatif ise idame tedavisine geçilir. İzlemde PCR pozitifliği varsa nüks hastalık olarak kabul edilir.

* Trombosit sayısı >30.000/mikroL olacak şekilde trombosit transfüzyonu ve fibrinojen>1 g/dL olacak şekilde kriyopresipitat infüzyonu önerilir.
* Yakın hemogram ve koagulasyon takibi.
* Kanama ve tromboz risklerine karşı LP yapılması, kateter takılması, invaziv girişimler önerilmez.
* ATRA sendromu açısından yakın takip.
* Arsenik trioksit kullananlarda seri EKG takibi.
* Günlük K+ ve Mg++ replasmanı yaparak normal-yüksek düzeylerde tutulmalıdır.
* G-CSF uygulanmamalıdır.