**Infectia COVID-19 la pacientii cu Limfoame maligne agresive**

*Dr Razvan Stoia*

*Centru de Hematologie si Transplant Medular*

*Institutul Clinic Fundeni*

In momentul de fata nu exista date privitoare la impactul infectiei SARS-coV-2 asupra pacientilor cu boli maligne hematologice.

Prin extrapolarea datelor publicate referitoare la pacientii cu cancere solide si infectie SARS-coV-2 din zona Wuhan, cu limitarile impuse de numarul mic de cazuri (28), se pot prezuma urmatoarele:

* prevalenta infectiei SARS-coV-2 este de cca 3 ori mai mare la pacientii cu cancer decat in populatia generala
* evolutia infectiei este mai severa la pacientii cu cancer, riscul de admisie in TI fiind de cca 5 ori mai mare
* severitatea infectiei SARS-coV-2 este semnificativ mai mare la pacientii cu cancer care au primit chimioterapie in ultimele 14 zile
* mortalitatea prin infectie a pacientilor cu cancer este de cca 10 ori mai mare fata de populatia generala.

Pe de alta parte limfoamele B agresive beneficiaza de imunochimio si radioterapie cu rata inalta de vindecare (mai mare de 90% in cazul limfoamelor B cu celula mare difuze in stadiu limitat si peste 50% in formele avansate), cee ace le situeaza in grupul afectiunilor maligne de prioritate inalta in cadrul ierarhizarii propuse pentru managementul afectiunilor maligne in contextul infectiei SARS-coV-2.

In concluzie in momentul de fata nu exista date obiective care sa determine modificari ale atitudinii terapeutice standard pentru pacientii cu limfoame B agresive.

Masuri care ar putea avea impact asupra managementului pacientilor cu limfoame B agresive:

* initierea imediata/continuarea chimioterapiei la pacientii cu varsta <65 ani si fara comorbiditati severe (R-CHOP-21 ca standard pentru limfomul cu celula mare difuz, R-DA-EPOCH pentru formele inalt agresive – mediastinal, grey zone, cu dubla expresie, double/triple hit, Burkitt)
* pentru pacientii >65 ani si/sau cu comorbiditai semnificative mR-CHOP poate fi o laternativa de tratament. In aceste cazuri decizia trebuie sa fie individualizata luand in considerare raportul risc/beneficiu
* in cazul pacientilor aflati in tratament si cu raspuns favorabil se poate avea in vedere dezescaladarea tratamentului (ex R-CHOPx4 si RT-IF in loc de R-CHOPx6 in formele localizate, R-CHOP in loc de R-Hyper-CVAD)
* inlocuirea tratamentului perfuzabil cu forme sc sau orale atunci cand este posibil (ex Mabthera sc)
* evitarea internarilor prelungite utilizand modele de chimioterapie care se preteaza la administrare in spitalizare de zi (R-GemOx, R-GVD, BR)
* testarea pacientilor pentru SARS-coV-2 inainte de internare si inceperea chimoterapiei; pentru pacientii cu simptomatologie respiratorie care nu pot fi testati o posibila strategie ar fi amanarea curie de chimoterapie minim 14 zile in situatia in care devin asimptomatici
* amanarea controalelor de rutina la pacientii aflati in remisiune sau efectuarea acestora la distanta cu investigatii in teritoriu
* evitarea aglomerarii saloanelor si respectarea cu strictete a masurilor de precautie pentru limitarea transmiterii infectiei
* utilizarea factrorilor de crestere leucocitara pentru profilaxia primara si secundara a neutropeniei; exista considerente teoretice ca factorii de crestere leucocitari ar putea exacerba reactia inflamatorie determinate de SARS-coV-2, dar nu exista la acest moment dovezi obiective in acest sens.