

非清髓性异体干细胞移植结合或不结合替伊莫单抗 (⁹⁰YIT)可治愈复发的滤泡性淋巴瘤：中位9年的随访结果

目的：氟达拉滨，环磷酰胺和利妥昔单抗（FCR方案）被发现是适用于复发/化疗敏感的滤泡性淋巴瘤进行非清髓性异体干细胞移植的有效的预处理方案。对于耐药性的疾病则需要创新性的治疗策略。为了实现这个目的，我们将替伊莫单抗加入到临床试验的预处理方案(⁹⁰YIT-FC)中。现在我们报告FCR临床试验（47位病人）以及加入替伊莫单抗（26位病人）后的最新结果。

方法：FCR方案：氟达拉滨(30mg/m²)，环磷酰胺(750mg/m²) 分别在移植前三天给药 (-5 至 -3)。利妥昔单抗 (375 mg/m²) 在移植前第13天注射，并按照先前所述在倒数第6天，移植后第1天和第8天注射。⁹⁰YIT-FC方案： 诊断剂量的¹¹¹In-ibritumomab在移植前14天注射，之后在移植前第7天给予0.4 mCi/kg固定剂量的⁹⁰YIT。FC化疗按照同前的相同剂量和时间给予(-5 至 -3)。用他克莫司和甲氨蝶呤预防移植物抗宿主病（GVHD）。此外，对于接受非亲属或者不相合干细胞捐献的病人在移植前两天分别给予1 mg/kg的即复宁。

结果： A. 用FCR方案的移植-中位年龄53岁(33-68岁)，中位先前治疗次数为3次(2-7次)。在移植时，96%为化疗敏感疾病(38% CR, 62% PR)；15%是PET阳性；53%国际预后指数= 0。45位病人(96%)接受相合同胞捐献，2位病人接受非相关捐献。从上次报告之后（2008年），一位病人出现复发(捐献者淋巴细胞回注+美罗华有效果)；三位病人在CR期间死亡，一位死于胰腺癌（有强烈家族史），一位死于感染，一位死因不明。中位随访时间为107个月（72-142个月），在第10年的总生存率和无进展生存率分别为78% (95%CI, 62-87)和72% (95% CI, 56-83)。无淋巴瘤的总生存率和无进展生存率分别为82%和76%。 B. ⁹⁰YIT-FC方案的移植- 与FCR组相比，更多的病人在移植时疾病耐药(对化疗不响应或出现进展) (38%对4%)，PET阳性（44%对15%），更多采用相合的非相关捐献者或非相合捐献者(43% vs 4%)。其它如年龄，先前接受的化疗方案数量，从确诊到移植的时间，两个组则大致相同。中位随访时间23个月(7-70个月)，2年的总生存率和无进展生存率分别为88%和85%，与FCR组无统计学差别(分别为83%和85%)。具有耐药性疾病和化疗敏感性疾病的病人的2年无进展生存率分别为80%和87%。¹¹¹In-ibritumomab扫描后的发现(40%阳性)对结果无影响。急性的II-IV度GVHD发病率在FCR组为13%，在⁹⁰YIT-FC组为23%。急性的III-IV度GVHD的发病率分别为2%和8%。我们注意到一个意想不到的趋势，即在⁹⁰YIT-FC组慢性的广泛性GVHD相对较低(24%对40%)，尽管此组非相关捐献者较多。

结论：非清髓性异体干细胞移植可以诱导大部分复发的滤泡性淋巴瘤病人获得持续超过十年的完全缓解。加入替伊莫单抗（⁹⁰YIT）对于复发耐药的病人看起来尤其有效。

Nonmyeloablative Transplantation for FL: Overall Survival by Regimen

