

Válasz Prof. Dr. Patócs Attila kérdéseire

Mindenekelőtt hálásan köszönöm Professzor Úr pozitív állásfoglalását doktori értekezésem tartalmi és formai követelményeit illetően az MTA doktora fokozat megszerzése érdekében. Köszönöm elismerő szavait nemzetközi folyóiratokban megjelent közleményeinkkel kapcsolatban, hogy kutatásainkat kiemelt fontosságúnak tartja.

Feltett kérdéseire tételesen az alábbiakban válaszolok:

1. A Clonalis hematopoiesis egyéb daganatos betegek kezelése során is előfordul. Elsősorban kemoterápia, de sugárterápia következtében is kialakul. Ismer a Pályázó adatot arra vonatkozóan, hogy szolid tumorral kezelt betegek esetében milyen gyakoriságú lehet a CH és hogy a kezelést befejeztét követően várható-e ennek rendeződése bizonyos idő után?
 - A CH a szolid tumorok kialakulásában is jelentős szereppel bír, hiszen az általa létrehozott inflammatoros állapot elősegíti azok kialakulását. Természetesen a sugár- és kemoterápia, környezeti faktorok, láncdohányzás fontos szereppel bírnak. A kezelések következtében kialakuló CH gyakoriságával kapcsolatban nem állnak aktuális adatok rendelkezésemre. Sajnos a CH megszűnésével kapcsolatban arra a jól ismert tényre hivatkoznék, hogy pl. akut myeloid leukémia gyógyítását követően a CH általában megmarad.
2. Indokoltnak tartaná-e a *JAK2* mutáció szűrésének kiterjesztését egyéb tumoros betegekre is?
 - Jelenlegi ismereteim szerint csak cardiovascularis betegek szűrésére terjeszteném ki, szolid tumoros betegekre nem.
3. Világossejtes veserák illetve malignus phaeochromocytómás betegekben, akikben a *VHL* génmutáció és a következményes hypoxia jelpálya érintettsége igazolt ígéretes klinikai vizsgálatok kerültek bemutatásra. A hypoxia jelátviteli pálya a polycytemia vera kialakulásában alapmechanizmus. HIF1a vagy HIF2 gátlószerek alkalmazásáról ebben a betegcsoportban vannak-e már klinikai adatok?
 - A HIF1a és HIF2 gátlószerek alkalmazásáról PV-ben nem ismerek klinikai adatokat.

4. A koleszterincsökkentők vizsgálatára nem mutatott adatokat. Feltételezem, hogy ezekben a betegcsoportokban is alkalmaztak ilyen kezelést. A cardiovascularis rizikó megítélésében nem volt elég adat ilyen irányú vizsgálat elvégzésére?
- A statinok általános gyulladáscsökkentő szerek és így az MPN-ben, ahol inflammatoros és neoplasias történések zajlanak, igen fontos szerepük van. Nem a koleszterin csökkenése, hanem az inflammatoros érintettség mérséklése áll hatásmechanizmusuk előterében. Kérdőívünk szerint ezirányú adatokat nem gyűjtöttünk. (Így is 100 körüli adatra kérdeztünk rá.)
5. A szocio-ökómómiai paraméterek is jelentős hatásúak a cardiovascularis rizikó kialakításában az átlag populációban. A vizsgált beteganyagban az olyan paraméterek mint dohányzás, testsúly, illetve az életmódra vonatkozó adatok (akár testmozgás, környezeti tényezők) vizsgálatára nem volt módjuk? Esetleg a regiszter ilyen irányú bővítése indokolt lehet.
- Dohányzás, BMI szerepelt, életmódra vonatkozó adatokra nem kérdeztünk rá. A bővítésre vonatkozó javaslatot köszönjük, megfontoljuk.

Köszönettel:

Dr. Egyed Miklós