

Eppur si muove...

La terapia nel MONDO LINFOMI

Caso Clinico 2

*Dott.ssa Melania Celli
Osp. Infermi Rimini*



BOLOGNA, 8 MARZO 2022

Il sottoscritto Melania Celli,
*ai sensi dell'art 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag.17 del Reg.Applicativo
dell'Accordo Stato-Regione del 5 Novembre 2009,*

dichiara

*X che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti diretti di finanziamento con
soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario*

MM, F, 79 anni, diagnosi di DLBCL non GCB, Stadio III A (rinofaringe, base lingua), IPI 3.

Epicrisi:

A marzo 2015 riscontro di tumefazione ltc sn.

03/15 laringoscopia: tessuto esofitico proveniente dal basi-lingua con oblitterazione delle vallecule, tessuto linfatico ipertrofico in regione peritubarica e a carico della parete posteriore del rinofaringe.

04/15 Bx rinofaringe, base-lingua, linfonodo sovraclaveare sn. RI: **DLBCL e LF 3B, Ki67 70-90%**.

Esami di stadiazione:

- 05/15 TC TB: nel contesto dell'oro-faringe a partire dalla radice della lingua è visibile voluminoso espanso neofornativo di 5 X 3,3 x 5 cm; linfadenomegalie sovra e sottodiaframmatiche max 38 mm in addome; micronoduli polmonari
- 05/15 PET: ipercaptazione sovra e sottodiaframmatica linfonodale
- 12/05 BOM: negativa
- Esami ematici: emocromo nella norma, fibrinogeno 598, LDH 200 (nella norma), PCR attivata, piccola CM IgM k
- Ecocardiogramma: FE 65%

In anamnesi: portatrice occulta HBV, ipertensione arteriosa, dislipidemia

I linea sec protocollo ROBUST (RCHOP + Lenalidomide/placebo) dal 22/05/15 per 4 cicli + III Rtx (fino 03/16) + 4 rachicentesi.

Trattamento sospeso per FAP recidivante trattata con antiaritmici.

Ulteriori complicanze: neutropenia febbrile ed enterite da *Campylobacter jejuni*

Alla rivalutazione ottenimento di **RC metabolica**.

3/17 TAC TB= a livello polmonare comparsa di lesione nodulare di 15 mm lobo inferiore di sn.

05/17 PET: lesioni eteroplastiche ad elevato metabolismo glucidico a livello del basi lingua, regione tonsillare, orofaringea, linfonodale, polmonare ed ossea.

Bx base lingua, tonsilla, linfonodo sottomandibolare: DLBCL

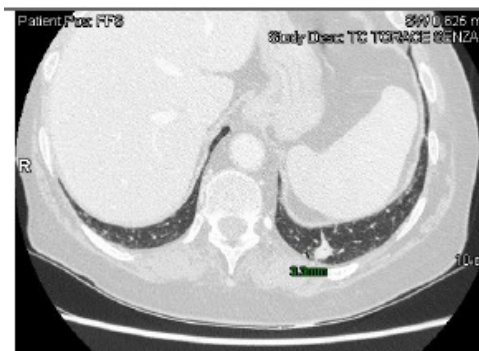
II linea sec protocollo PIX306 braccio R-GEM dal 14/7/17 al 10/10/17 per 5 cicli, sospesi per **PD** su sedi note + voluminosa massa colica.

III linea dal 29/1/18 sec protocollo MOR00208 braccio Tafasitamab + Bendamustina per 4 cicli + 2 cicli di Tafasitamab (per neutropenia G3-4) fino al 29/6/18.

Pre Tafa-Benda, 11/17



Dopo II ciclo, 04/18



Dopo V ciclo, 06/18



Agli esami ematici: anemia G1, PCR normalizzata.

Buona tolleranza alla terapia.

Condizioni emodinamiche stabili, non recidive di FA.

27/7/18 PET: ipercaptazione a livello della piccola curvatura gastrica SUV max 11.88.

9/8/18 EGDS + bx: **DLBCL**

IV linea con **RGEMOX** a dosaggio ridotto dal 31/8/18 al 10/10/18 per 3 cicli, sospeso per tox ematologica e complicanze infettive.

Complicanze: neutropenia febbrile, ricovero per setticemia da St. epidermidis.

Rivalutazione: **RC**.

06/19 PET = PD sopra e sottodiaframmatica, epatica.

V linea con **Pixantrone** dall'1/8/19 al 24/01/20 per 6 cicli.

Alla rivalutazione **PD** polmonare.

VI linea con **Lenalidomide** dal 9/6/20 per un solo ciclo, terapia sospesa per volontà della paziente.

Decesso il 3/2/21.

Osservazioni:

- Non ancora disponibili i dati circa l'associazione Tafasitamab- Bendamustina
- Ottimi risultati ottenuti con Tafa-Lena negli studi L-MIND, RE-MIND rispetto ai dati presenti in letterature riguardanti le altre associazioni note (RGemox, RBendamustina, Pixantrone, Lenalidomide)
 - Anticipare l'impiego del Tafasitamab in II linea
- Nel nostro caso si è osservato:
 - ✓ buona tolleranza al Tafasitamab
 - ✓ temporanea risposta al trattamento
 - ✓ trattamento subottimale a causa della neutropenia G4 (verosimilmente da Bendamustina)
 - migliore tollerabilità con l'associazione Tafa+Lenalidomide?

Grazie per l'attenzione!
