

Eppur si muove...

La terapia nel MONDO LINFOMI

Caso Clinico

*Luca Nassi
Ematologia
AOU Careggi Firenze*



TORINO, 11 APRILE 2022

Paziente MS, 1941

Anamnesi fisiologica: sporadico consumo di alcoolici, fumo circa 1.5 pacchetti di sigarette al giorno dall'età giovanile.

Anamnesi patologica remota: ricorda le CEI, non interventi chirurgici maggiori, non ipertensione, non diabete mellito.

Nega allergie.

Una sorella affetta da PV.

Maggio 2012

A seguito di comparsa di dolore addominale eseguita ecoaddome con riscontro di falda ascitica e massa retroperitoneale.

Alla TC riscontro di enfisema, ascite, lesioni peritoneali e massa bulky retroperitoneale 7x8 cm.

Eseguita biopsia di lesione peritoneale, all'EI **linfoma diffuso a grandi cellule B, CD20+, CD30+, CD10-, BCL6-, MUM1+ (non GCB sec. Hans), Ki67 elevato.**

Giugno 2012

Completa work-up con PET, BOM, ematochimici, ecocardiogramma:
stadio IIA bulky, IPI 2 (età, LDH).

Avvia terapia con sei cicli R-CHOP21, ben tollerati.

Alla ristadiazione TC e PET quadro di remissione completa, avvia il
follow-up.

Maggio 2016

Per ripresa di dolore addominale eseguita TC con riscontro di versamento ascitico, adenomegalie a sede mesenterica, retroperitoneale, paraortica, iliaca; diametro massimo 4 cm.

Eseguita inoltre colonscopia, negativa per lesioni intraluminali.

Eseguita agobiopsia di adenopatia iliaca interna sn, all'EI **linfoma diffuso a grandi cellule B, CD20+, CD10-/+ , BCL6+, MUM1+, Ki67 40-50%**.

Giugno 2016

Completa work-up con PET, BOM, ematochimici, ecocardiogramma:
stadio IIA, IPI 2 (età, LDH), piastrinosi.

Avvia terapia con 4 cicli R-COMP21, ben tollerati.

Ottobre 2016

Alla ristadiazione TC e PET quadro di remissione completa metabolica; all'ecocardiogramma post-terapia FE conservata (55-60%).

Proposta radioterapia di consolidamento, non eseguita per i volumi da irradiare troppo estesi.

Avvia stretto follow-up.

Marzo 2017

Ad un controllo TC precoce incremento dimensionale di adenopatie sottodiaframmatiche a sede ilare epatica, celiaca e paraortica, non versamento ascitico.

Visto il sospetto di progressione richiesta PET, che ha mostrato captazione patologica all'ilo epatico, in sede celiaca dx e lomboaortica sn.

Aprile 2017

Il paziente viene valutato per arruolamento nello studio clinico di fase II MOR208C203 L-MIND.

Dopo l'esecuzione degli esami di screening e la valutazione del rispetto dei criteri di inclusione e di esclusione il paziente è stato arruolato nel protocollo.

Avvio del trattamento il 08/05/2017, non reazioni infusionali.

Luglio 2017

Dopo i primi due cicli di terapia con tafasitamab e lenalidomide la prima TC di controllo ha mostrato riduzione dimensionale della adenopatie (ilo epatico 18 vs 25 mm; paraortica sn 15x7 vs 18x17 mm).

Il paziente ha proseguito i 12 cicli di terapia previsti con tafasitamab-lenalidomide.

Maggio 2018

Alla PET eseguita al termine dei 12 cicli di terapia quadro di remissione metabolica parziale con captazione ilare epatica DS4 ridotta di dimensioni e intensità, non più captanti le altre adenopatie segnalate al baseline.

Il paziente ha proseguito la terapia secondo protocollo con somministrazione di tafasitamab quindicinale.

Gennaio 2020

Per la ricomparsa di piastrinosi ingravescente (PLT max 689000) avviati accertamenti che hanno portato alla diagnosi di TE con mutazione di JAK2. Il paziente ha pertanto avviato terapia con ASA e HU (5 giorni alla settimana).

Il paziente ha proseguito in accordo col medical monitor la terapia con tafasitamab quindicinale.

Marzo 2020

Pandemia SARS-CoV2: il paziente sta proseguendo la terapia con tafasitamab quindicinale. Per ridurre il rischio invettivo dal 12/03/2020 avviata somministrazione mensile.

Il paziente ha proseguito somministrazione mensile fino al 05/07/2021, tornando quindi alla somministrazione ogni 15 giorni; eseguita vaccinazione per SARS-CoV2 con vaccino a mRNA.

Aprile 2022

Il 04/04/2022 il paziente ha ricevuto l'ultima somministrazione di tafasitamab.

Dopo 59 mesi di trattamento il paziente si mantiene in risposta, senza evidenza clinica radiologica di progressione.

Grazie per l'attenzione
