

Eppur si muove...

La terapia nel MONDO LINFOMI

***Giusta terapia al
giusto paziente?***

Maria Chiara Tisi
Ematologia Vicenza



VERONA, 2 MAGGIO 2022

F.A. (1944), uomo 77 anni

APR: emicolectomia per adenoca colon nel 2000 e CHT adiuvante con Fluorouracile;
colecistectmia; intolleranza glucidica

➡ Maggio 2021 comparsa di dolore toracico ingravescente

TAC torace: neoformazione solida della parete toracica destra che determina osteolisi dell'arco posteriore della VII costa con estrinsecazione nelle parti molli

➡ Giugno 2021: biopsia mediante TRU-CUT della lesione parete toracica

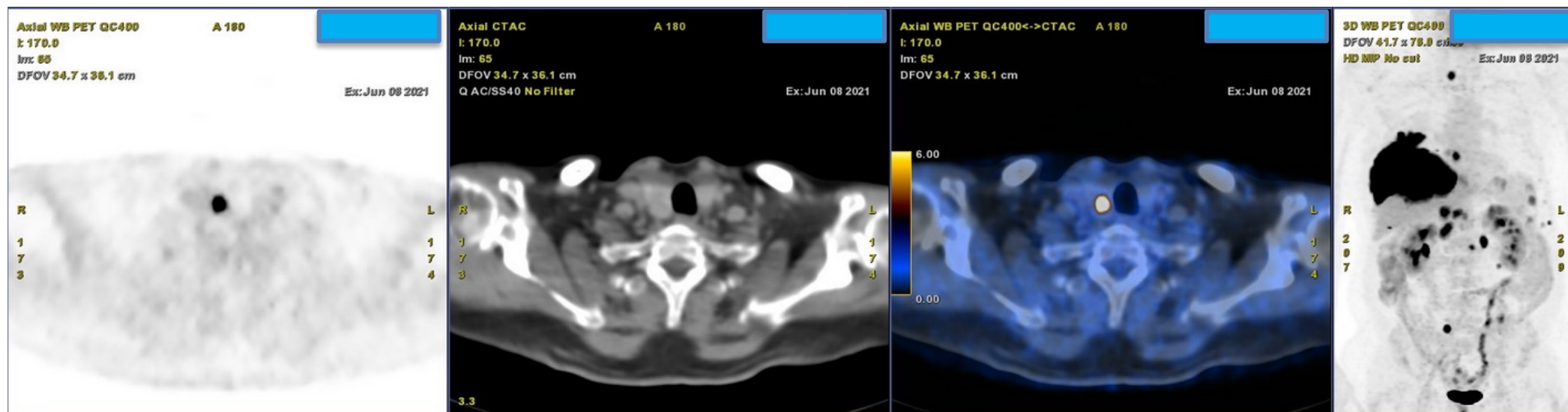
Esame istologico: proliferazione linfoide a pattern di crescita diffuso costituita da elementi di grossa taglia, tipo centroblastico.

Profilo immunoistochimico: CD45+, CD20+, CD10+, Bcl6+ , MUM1+. Bcl2+ (30%), CD30-, CD5-, CD23-, CD3-. Ki67 90%

Conclusioni: quadro coerente con localizzazione di

linfoma non Hodgkin diffuso a grandi cellule B, TIPO GCB secondo Hans

PET-TAC (stadiazione)



Captazione parete toracica SUV 31.8, con ampia lisi della VII costa, e apparente coinvolgimento della VI, VIII, IX costa, captazione sulla cupola epatica, Inf addominali, fra l'auricola destra e lo sbocco della vena cava.

Lesione fossa nasale sn di 3 cm (nnd) – *non eseguita biopsia per rifiuto del paziente*

Esami biumorali:

Hb 15 g/dl, Plts 359000/mmc, GB 10000/mmc, N 65%, L 22%, **LDH 945 U/L** (<230),
Ca++ 11,7 mg/dl

Sierologie HBV, HCV, HIV neg per infezioni in atto, Quantiferon pos
ECOG=1

Stadio IVA (Biopsia osteomidollare non eseguita visto stadio)

IPI=4 (high risk)

CNS-IPI=4 (high risk)

Uomo in discrete condizioni generali

- 77aa
- stadio IVA
- alto rischio CNS
- non significative comorbidità

QUALE TERAPIA DI PRIMA LINEA?

Programma (INTENTION TO TREAT):

- **R-VEMP x 6 cicli** (CHOP like)
(Rituximab/Ciclofosfamide/Etoposide/Mitoxantrone/Prednisone)
 - **Rachicentesi** esplorativa e diagnostica (effettivamente eseguita solo al primo ciclo per scarsa compliance)
 - Al termine **HD-MTX x3** (profilassi CNS)
-

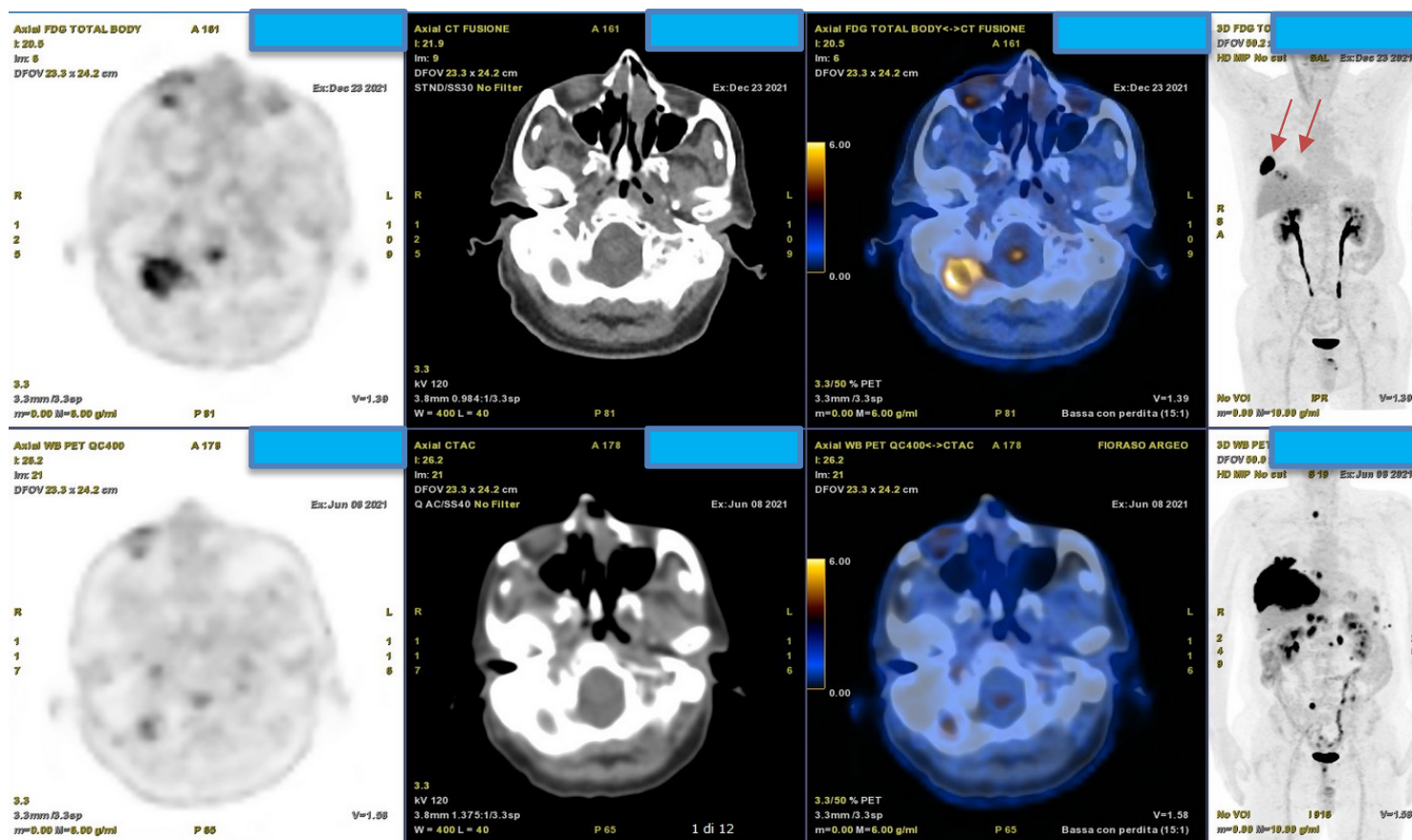
TC total body con mdc (rivalutazione intermedia dopo 3 cicli R-VEMP)



PARTIAL REMISSION

- ✓ regredita la massa parete toracica destra
- ✓ ridotti gli addensamenti nel lobo medio
- ✓ ridotta la lesione epatica (7 x 3 cm)
- ✓ regrediti i Inf in addome e peritoneo

PET-TAC (al termine della prima linea)



- ridotta per estensione l'area intensamente ipermetabolica nella **regione postero-laterale della parete toracica di destra** con associata lisi della VII costa (**SUV max 37, DS 5**)
- ridotta per estensione e per gradiente l'altra ampia area intensamente ipermetabolica della **cupola epatica** (residuo area circinata 3.8 cm di diametro trasverso **SUV max 13.9 (DS 5)**)
- persistenza (assente metabolismo) formazione ipodensa della fossa nasale sinistra.

Discussione collegiale (riunione del 03/01/2022)

Quale terapia di SECONDA LINEA?

- **CART**
- **PolaBR**
- **Lenalidomide/R-Lena**
- **RT**
- **Platinum based?/Gemcitabine based**

✓ Inizia **Lenalidomide 25 mg/die q28**

(il paziente è provato dalle precedenti terapie, e chiede di eseguire un trattamento che possa garantirgli un'adeguata qualità di vita, senza eccessive ospedalizzazioni)

Second opinion (14/01)- suggerimento a shift vs PolaBR (G.U. 5 gennaio 2022)

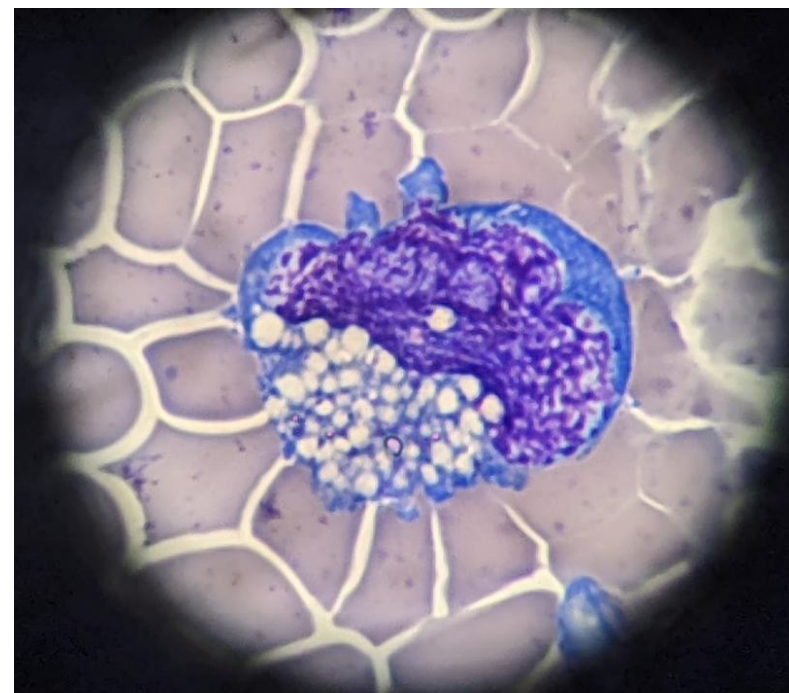
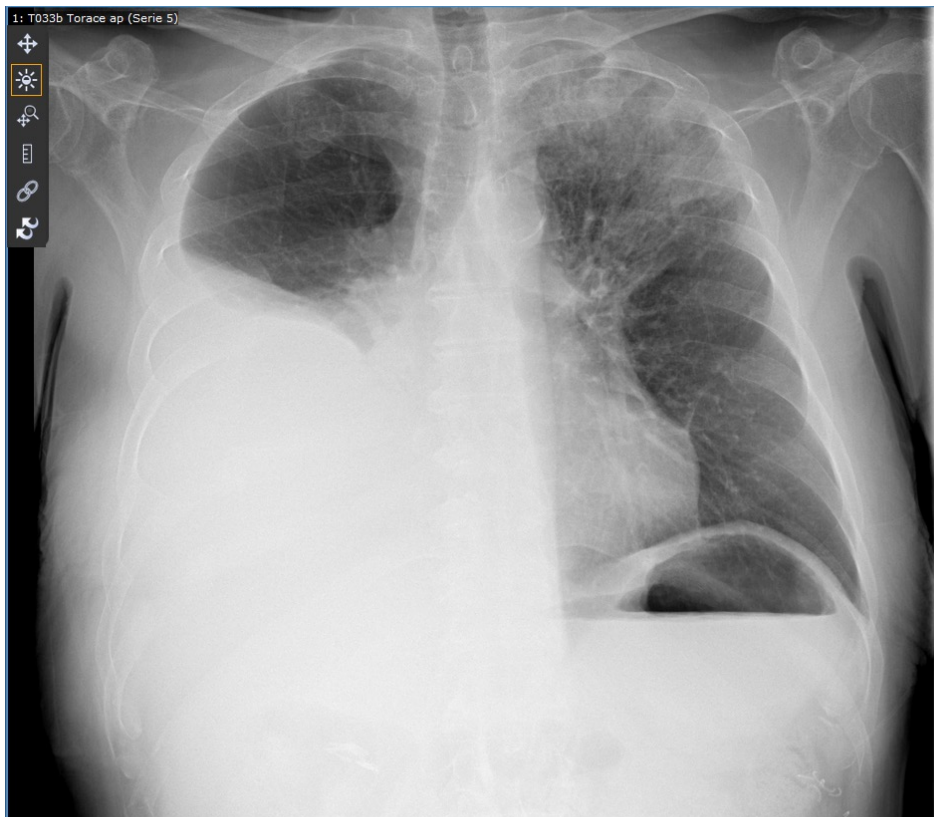
✓ Febbraio 2022: Il ciclo Lenalidomide

05/03/2022:

ricovero da PS per peggioramento progressivo, versamento pleurico all' rx torace

TAC total body con mdc: PD

(lesione toracica in aumento - 8x3.5 cm - lesione cupola epatica 7 cm)



IFT su liquido pleurico:

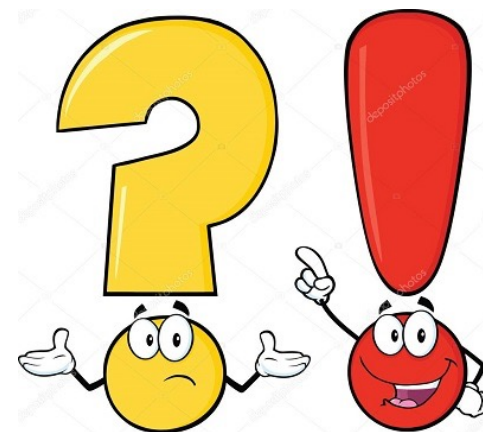
cellule linfomatose

CD19+/CD20+/CD10+/CD5-/CD38++

✓ 3° linea **PolaBR** x 2 cicli

Dopo 2 cicli stop terapia per peggioramento delle condizioni generali,
successivo decesso

Conclusioni/Commenti/Autocritica



- ✓ Scelta terapia di seconda linea «forse» non adeguata?
malattia in rapida crescita/GCB secondo HANS/malattia in PD e non solo residuo
- ✓ Inizialmente si è deciso di non passare a PolaBR per ridurre la tossicità ematologica/e la richiesta di accessi ambulatoriali al pz
- ✓ Esiste una terapia ben tollerata ma più efficace di Lenalidomide (alone?)

