

CAR-TALKING

News dal mondo CAR-T

Roma, Starhotels Metropole

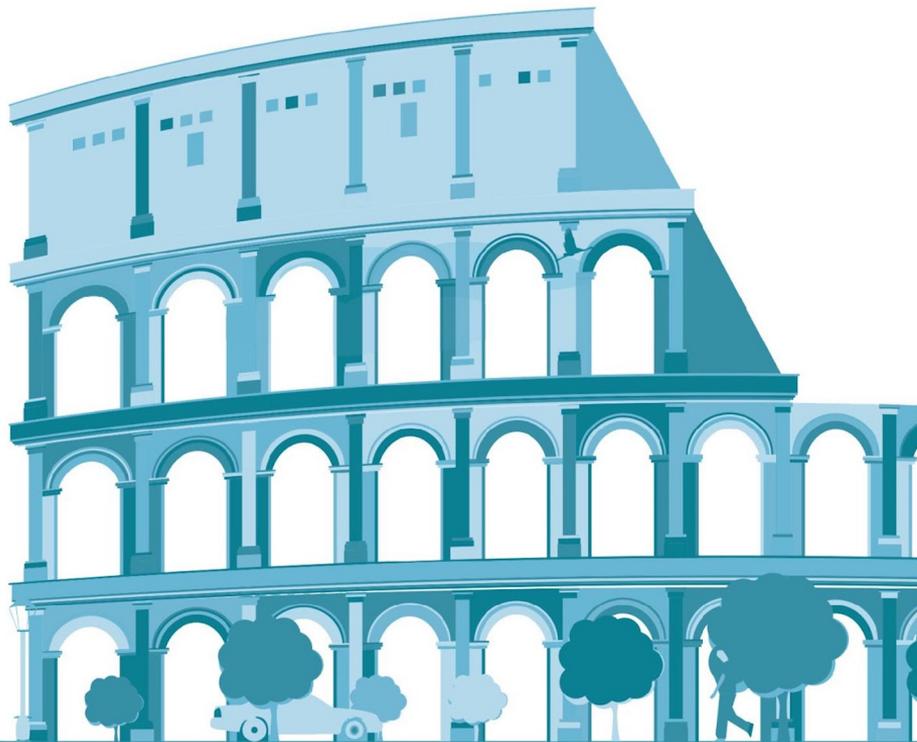
19 aprile 2023

Caso Clinico

Lazio, il paziente «1»

Eugenio Galli

Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma



F, 50 aa

APR: pregresso Zoster trigemino

Diagnosi Dicembre 2017

tFL	G3B (Ki67 70%, CD20/BCL2/BCL6 +, CD10 neg, MUM1 +/-)
Stadio	Ile
IPI	1

- R CHOP21 x 6 cicli -> SD
 - R-DHAP x 3 -> PD
(PET-TC agosto 2018)
 - R-IEV x 2 -> PR
(PET-TC ottobre 2018)
 - AutoSCT FEAM (ottobre 2018) ->RC
 - Recidiva maggio 2019 (+7 mesi post SCT)
-

Maggio 2019: RECIDIVA

Localizzazioni: retro mandibolare sinistra (SUV max 8.7) e paratracheale sinistra (SUV 6.4). BOM negativa

Nuova Biopsia: linfoma di derivazione dai linfociti B periferici a tipo linfoma diffuso a grandi cellule B, doppio espressore CD20+, BCL2+ circa 80%, BCL6+ circa 60%, MUM1+ circa 60%, c MYC+ circa 60%, CD5-, CD10-, CD23-, Ciclina D1-

Candidata a CAR-T (Disponibile dopo 2 mesi)... E REFERRAL



Candidata a CAR-T

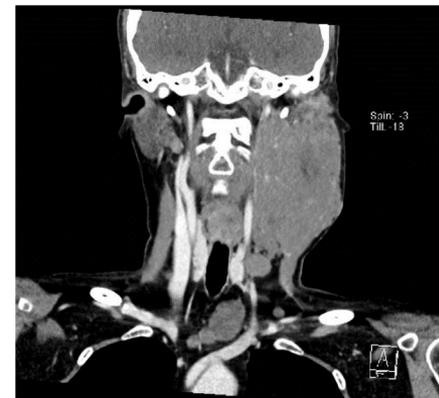
Giugno 2019 ...	Referral, valutazione neurologo, intensivista, e richiesta prodotto
Luglio 2019 ...	pianificazione aferesi (5 giorni di steroide per crescita massa)
Agosto 2019 ...	Bridging therapy Bleomicina + Vincristina + steroide
Settembre 2019...	Ricovero

TC: (...) grossolana lesione espansiva sovra- esottoioidea in sede latero-cervicale sinistra, che mostra estensione cranio-caudale di circa **90 mm e dtm di 60 mm circa**, con struttura parenchimale disomogenea, caratterizzata da delle porzioni maggiormente ipodense nella porzione inferiore. La lesione segue quasi tutto il decorso del muscolo sternocleidomastoideo, in superficie raggiunge il piano cutaneo, in profondità **invade lo spazio parotideo**, non mostra piani di clivaggio con il **muscolo massetere superficiale**, posteriormente ha contatto con il **muscolo obliquo inferiore e muscolo semispinale del collo**. Inglobate dalla massa e non riconoscibili le vene giugulare interna ed esterna, mentre la **carotide comune appare clivata**, mentre l'esterna ed i suoi rami sono pervi ma circondati dalla lesione, la carotide interna è focalmente avvolta a 360 dalla lesione, ma è di calibro regolare. Non ci sono segni di trombosi venosa dei seni venosi cerebrali. La grossolana lesione ha **effetto compressivo sulla fossetta piriforme**.

LDH: **410 UI/L** (vn <250)

Ferritina: **1534 ng/ml** (12-240)

Consulenza otorinolaringoiatrica : (...) **ipomotilità dell'emilaringe** di sinistra con corda vocale vera fissa in posizione paramediana (...) **Spazio respiratorio ridotto** ma sufficiente



> **RT di debulk 20 Gy** (2Gy b.i.d. per 5 giorni)

FATTORI DI RISCHIO PER PROGRESSIONE

Numero di linee precedenti

Bisogno di bridging therapy

Bulk di malattia (cutoff 60-80 cm³)

LDH basale

Stato iperinflammatorio

mEASIX elevato

FATTORI PROTETTIVI

ECOG <2

IPI 1

Linfodeplezione Flu-Cy

ALTRI (mancanti)

Espressione di CD19 nel tumore (50%)

Fenotipo all'aferesi

Fenotipo nella sacca (T_{SCM})

Picco di espansione

...

Lieve miglioramento dell'effetto "massa" laterocervicale

A 5 giorni dalla fine della RT, inizio Linfodeplezione Flu-Cy (-5, -4, -3)

Infusione e trasferimento in elezione in Terapia Intensiva dal giorno 0 al giorno +5

CRS
ICANS

max grado 2 (inizio al +5, durata 8 giorni) > riempimento volemico
non presente

Dimissione al giorno +21

PET 3 MESI:

RC

Paziente ricondivisa con centro referral

- follow up per linfoma
- monitoraggio citopenie (non severe)
- monitoraggio ipogammaglobulinemia (supplementazione fino a 1 anno post CAR-T)
- programma vaccinale e gestione COVID (infez dicembre '22).

PET 6 MESI:

RC

Ultimo follow-up a 1200 giorni post CAR-T:

RC



TIMING REFERRAL ED EFFICACIA DEL NETWORK

Stop e Attesa (di 2 mesi) per favorire accesso a terapia cellulare

ATTIVAZIONE PRECOCE CAR-T TEAM

Neurologo, intensivista, cardiologo, otorino

RUOLO DEL BRIDGING COME «ATTESA» E COME «DEBULK»

Burst di steroide (limitato) con stop steroide pre-afesi

Bridging therapy «conservativa»

Ottimizzazione condizioni cliniche pre-infusione (e debulk) con radioterapia bridge to CAR-T

NETWORK POST-CART – GESTIONE CONDIVISA FOLLOW UP, IPOGAMMA, COMPLICANZE

TIMING REFERRAL ED EFFICACIA DEL NETWORK

Stop e Attesa (di 2 mesi) per favorire accesso a terapia cellulare

ATTIVAZIONE PRECOCE CAR-T TEAM

Neurologo, intensivista, cardiologo, otorino

RUOLO DEL BRIDGING COME «ATTESA» E COME «DEBULK»

Burst di steroide (limitato) con stop steroide pre-afesi

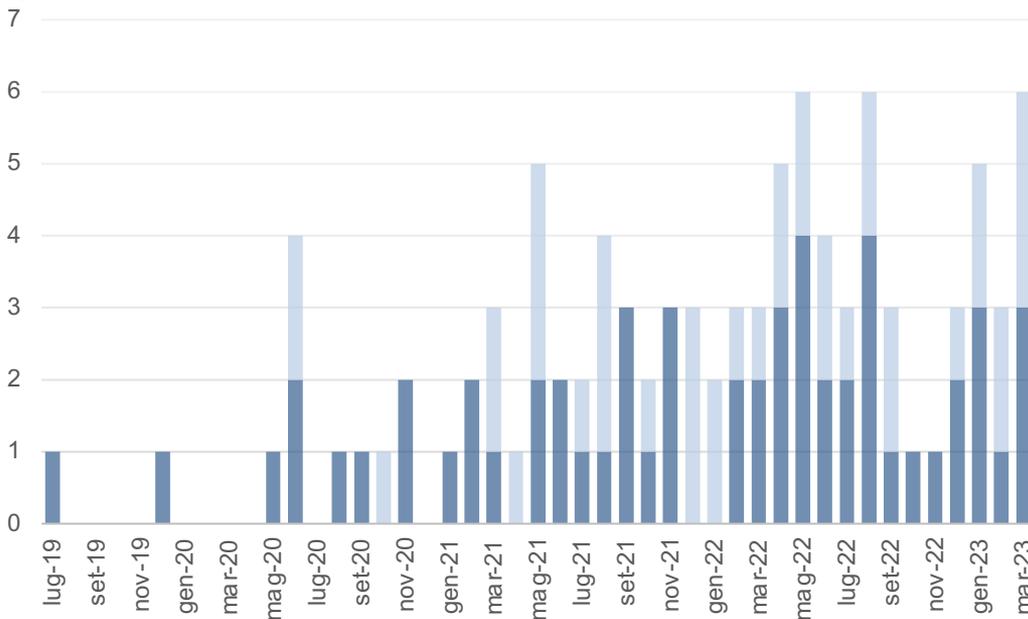
Bridging therapy «conservativa»

Ottimizzazione condizioni cliniche pre-infusione (e debulk) con radioterapia bridge to CAR-T

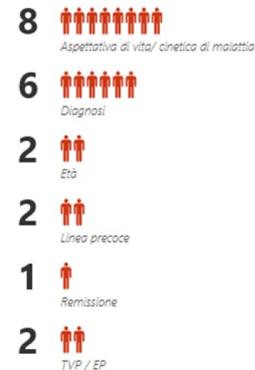
NETWORK POST-CART – GESTIONE CONDIVISA FOLLOW UP, IPOGAMMA, COMPLICANZE

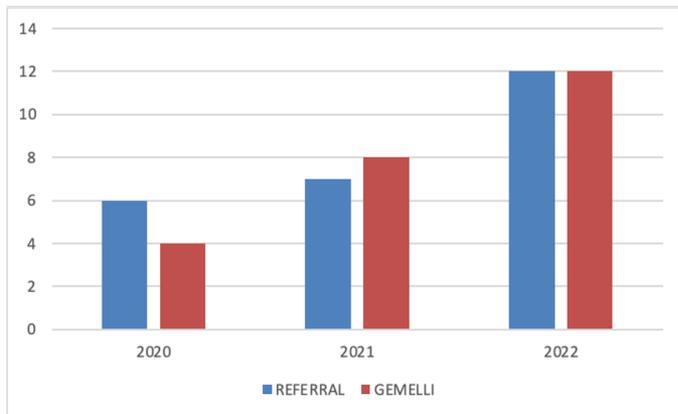
REFERRAL E NETWORK

102 pazienti valutati
ELIGIBLE e NON ELIGIBLE

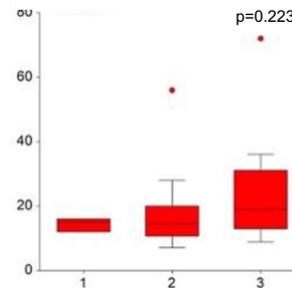


NON ELEGGIBILITA'





REFERRAL > AFERESI



VEIN to VEIN

