

**GIORNO 2:
5 MAGGIO 2026**

SET-UP e MATERIALI UTILI da avere nelle 4 SALETTE

TAVOLO MODERATORI

Tavolo
DISCUSSANT 1

Tavolo
DISCUSSANT 2

Tavolo
DISCUSSANT 3

*(nella salette MCL saranno
solo 2 discussant)*

COSE FONDAMENTALI:

- 1 PC in ogni tavolo (x ogni discussant)
- CANVASS stampati in formato gigante
- FLIP CHART
- POST-IT
- PENNARELLI

MCL

Saletta 4 topics

- Quale sequencing ottimale per un pts che recidiva da 1L senza BTKi
- Quale sequencing per il pts che fa BTKi in 1L
- Come approcciare il sequencing per un pts ad alto rischio

4. MCL FOCUS ON SEQUENCING

Sequencing - High risk patients

Moderatori: A.J.M. Ferreri,
S. Hohaus

Discussant: B. Casadei,
B. Puccini, A. Chiarenza

Saletta
4

Saletta MCL

Qual è il SEQUENCING ottimale in MCL

STRUTTURA SALETTA

Gruppo 1: durata 1h

NB: il gruppo sarà poi suddiviso in 2 sottogruppi

Break (i discenti cambieranno sala)

Gruppo 2: durata 30 min, partiranno da quanto scritto dal gruppo 1

Parte finale: 30 min di presentazione ai moderatori delle salette

I moderatori restituiranno in plenaria quando è venuto fuori all'interno dei 3 sottogruppi

4. MCL FOCUS ON SEQUENCING

Sequencing - High risk patients

Moderatori: A.J.M. Ferreri,
S. Hohaus

Discussant: B. Casadei,
B. Puccini

Saletta
4

Il sequencing ottimale nel paziente giovane – B Puccini/ B. Casadei

Rischio standard/alto rischio

Linea di trattamento	Terapia	Obiettivo terapeutico	Commento
1L	1. RCHOP + Ibru/RDHAP 2. HDC+ASCT+R mantenimento	Tasso CR, miglioramento PFS ed OS Per il sequencing: minore tossicità possibile	Mantenimento: R+/-Ibru a tutti ASCT: altissimo rischio? Ma attenzione tox! Soprattutto pensando al sequencing
2L	1. cBTKi (+/- ven) 2. ncBTKi 3. Clinical trial	In caso di cBTKi la scelta è di un BTK di II generazione (acala) per minore tossicità	cBTKi se non fatto in 1L, oppure se recidivato a > 24 mesi dal termine di Ibr (1L)
3L	1. CART 2. RBAC 3. ncBTKi 4. Clinical trial	L'obiettivo è la RC e la durata della remissione completa. In alcuni centri paz che va a CART viene già tipizzato HLA	RBAC o Pirt solo se paz non candidabile a CART Allogenico come consolidamento a CART?
4L	1. Allogenico (paz giovane e fit) 2. Glofitamab (off label) 3. Clinical trial	L'obiettivo è la RC per eventualmente consolidare con Allo.	Bridge ad allo: glofitamab, pirt se non eseguito prima

Domande per discussione

- Come cambia l'approccio se la recidiva avviene prima o dopo i 24 mesi?
- Qual è il ruolo del trapianto autologo e quale del trapianto allogenico?
- Prima generazione vs seconda generazione di BTKi covalente a confronto?

Possibili terapie

HDC +
Ibrutinib

HDC+ASCT
/ RBAC

HSCT

Acalabrutinib
monoterapia

Ibrutinib
monoterapia

Pirtobrutinib
monoterapia

CAR-T

Glofitamab

cBTKi+Ven

Il sequencing ottimale nel paziente anziano – B Puccini/ B Casadei

Rischio standard

Linea di trattamento	Terapia	Obiettivo terapeutico	Commento
1L	<ol style="list-style-type: none"> BR+Acala Trial Clinico (Viral) con cBTK+Ven BR/RBAC (HR) 	<ol style="list-style-type: none"> QoL Tasso CR, miglioramento PFS 	<ol style="list-style-type: none"> Nei paz in area grigia come età comunque no autologo Se BR: anche mantenimento con R
2L	<ol style="list-style-type: none"> Pirto se già fatto Acala Acala se non fatto in prima linea 	<ol style="list-style-type: none"> QoL Tasso CR, miglioramento PFS 	
3L	<ol style="list-style-type: none"> CART se candidabile (fino ad 80 aa?) Glofi Pirto se non fatto in 2L 	<ol style="list-style-type: none"> QoL Tasso CR, miglioramento PFS 	CART fino a che età? 80 aa 75-80 aa glofit
4L	Dipende dalle linee precedenti	<ol style="list-style-type: none"> QoL Tasso CR, miglioramento PFS 	

Domanda per discussione

- Come cambia l'approccio se la recidiva avviene prima o dopo i 24 mesi?
- Prima generazione vs seconda generazione di BTKi covalente a confronto?

Possibili terapie

Acalabrutinib
+ BR

BR / RBAC

Acalabrutinib
monoterapia

Ibrutinib
monoterapia

Pirtobrutinib
monoterapia

CAR-T

Glofitamab

cBTKi+Ven

Come approcciare il sequencing per un pt ad alto rischio? (40 min)

Come identifico il paziente ad alto rischio?

- TP53 stato mutazionale (valore prognostico maggiore rispetto all'iperpressione o alla del17p) valutato in NGS su LN oppure su SM/SP (alcuni centri utilizzano un pannello mutazionale in cui valutano NOTCH....)
- Ki67 $\geq 50\%$
- Sottotipo istologico: blastoide/pleomorfo
- MIPI (tutti lo calcolano, ma è dubbio il ruolo come fattore isolato)
- Paz ad altissimo rischio: due o più fattori detti sopra
- Ci sono caratteristiche di malattia da tenere in considerazione tipo il tumor burden (bulky, iperleucocitosi)

Quanto pesa la fitness a fronte di una biologia sfavorevole?

Come valutare la fitness nel MCL?

- età? Chi è il paziente anziano? Area grigia: 65-75 aa. Scale geriatriche non validate nel MCL ma alcuni usano CIRS/ADL. Valutazione geriatrica?
- Fitness spesso valutata in modo «clinico» (comorbidità, funz d'organo)

Nel sequencing terapeutico le domande che dobbiamo farci:

- . paz elegibile o no ad ASCT,
- paz elegibile ad ARAC/antracicline
- Paz potenzialmente candidabile a CART?
- Comorbidità modificabili o meno?

Nella valutazione finale fitness e rischio vanno pesati insieme.

I BTKi attenuano il rischio biologico? Quanto conta il backbone di CIT?

- Prima domanda: si
- Seconda domanda: secondo noi dai dati che ci sono in letteratura il backbone conta nell'alto rischio. Soprattutto in prima linea.

Quale paziente candidare a CAR-T? Qual è il timing ottimale?

- Nel paziente ad alto rischio biologico attenzione al centro CART se mancata risposta a 1L
- Attenzione al centro CART precocemente ossia alla prima recidiva se POD12/24 (anche nel paz a basso rischio biologico)
- Attenzione precocemente ha senso per decidere insieme la 2L ed il timing adeguato per linfocitoafesi