

Casi potenziamento Lena

T.F.S. (d.n.09/01/46) affetto da MM IgA kappa diagnosticato a **novembre 2018**.

All'esordio AM con PC 14.5%, BOM con PC 50-55%, FLC kappa 882.0 lambda 6.1, ratio 144.5, IgA 2674, PET/TC negativa. Iniziava terapia di **1° linea con Rev-Dex**, complicata da Zoster.

A settembre 2019 AM con PC 29%, IgA 677, FLC kappa 169 lambda 11.4 ratio 14.8.

A febbraio 2020 AM con PC 8%, BOM con PC 7-8%, IgA 586 FLC kappa 181, lambda 11.9, ratio 15.2. A luglio 2020 PET/TC negativa.

A febbraio 2021 AM con PC 10.5%, BOM con PC 20-25%, IgA 586, FLC kappa 166.5, lambda 7.9, ratio 21.8 FISH t 4;14

Si optava per terapia di **2° linea con Ixa-Rev-dex** iniziata a **luglio 21**. Ad aprile 2022 IgA 228 con gamma 9.5%.

RMN a **giugno '23** con immagine ovalare 17 mm soma D9 non presente alla precedente. Alla PET/TC comparsa di lieve ipercaptazione D9.

A settembre 23 TAC colonna dorsale con lisi soma D9, IgA 192, EP con ipogamma, IFsiero positiva IgA kappa.

- Si richiede visita di chirurgia vertebrale e valutazione RT e poi?

2 anni

R. C. A. (d.n. 13/12/52, anni 71)

- Diagnosi: Mieloma Multiplo IgG lambda (dicembre 2017).
- All'esordio PET/TC localizzazioni al clivus sfenoidale, L2 e V costa destra. AM con PC 30%, BOM con PC 70%, IgG 982, FLC kappa 8.9, lambda 1260, **ratio 141**.
- **1° linea VTD + radioterapia su clivus** terminata il 20/03/18. Dopo 4 cicli PET/TC negativa, AM con PC 1%, BOM senza incremento PC, FLC L 162 **ratio 17**. Effettuava dunque terapia di mobilizzazione con Endoxan, raccolta CSE e **doppio autotrapianto** (settembre 2018-gennaio 2019). Iniziava **mantenimento con Revlimid 10 mg**.
- A dicembre 2019 FLC kappa 12.6 **lambda 558 ratio 44.3**, PET/TC glucosio ndp, AM con ipoplasia e alcune PC, BOM con ipoplasia. Herpes Zoster. **Lena 25mg da gennaio 2020**. Dopo 2 cicli neutropenia persistente, FLC kappa 10 lambda 916 ratio 84.
- **2° linea. Arruolato in protocollo CAR-T, ad aprile 2020 iniziava Dara-Poma**. Dopo 4 cicli (da centrale) FLC lambda 343, kappa 0.5, ratio 686. Dopo 5 cicli a novembre 2020 FLC L 567, K 8.5, ratio 66.8. A gennaio 2021 Covid positivo.
- A giugno 2021 FLC a giugno (lab centrale): kappa 2.84, lambda 697, **ratio 245.4**. A luglio 2022 FLC L 857.3, PET stabile (in discussione collegiale si candidava a protocollo Eftozanermin che all'epoca però era stato sospeso)
- **3° linea KD da ottobre 2022**. Dopo 4 cicli (febbraio 2023) FLC L 138.3, dopo 7 cicli (giugno 2023) FLC L 164.6, dopo 8 cicli FLC L 176.8.
- Dopo discussione collegiale eseguiva rivalutazione completa per eventuale shift (settembre 2023): FLC L 422.5 K 2 **ratio 211.2**, AM con PC 3%, BOM con PC 15-20%, PET negativa.
- QUESITO: Belantamab? Teclistamab?
- ESITO DISCUSSIONE: Dopo discussione collegiale shift a Belantamab

2 mesi

Z. P. G. (24/08/36, anni 87)

Diagnosi: Mieloma Multiplo IgG kappa (gennaio 2020 evoluto da MGUS nota dal 2013), FISH con t(4;14) e gain 1q21.

All'esordio Hb 10.9 con deficit di B12, creat 0.64, AM con PC 33%, BOM con PC 65-70%, IgG 7047 (a settembre 2019 IgG 4161), FLC kappa 41 lambda 4 ratio 8.77, TC total body con crollo L1 con quota di tessuto molle perivertebrale indissociabile dall'aorta addominale e piccole rarefazioni ossee da D5 a D12. A febbraio 2020 sepsi da pneumococco.

1° linea VMPx9. Dopo 3 cicli AM PC 7%, IgG 3100. Dopo 9 cicli (febbraio 2021) PET/TC negativa, AM con PC 16.5%, BOM con PC 12-15%, IgG 2585. Passava a mantenimento quindicinale Vel-Dex. Dopo 3 cicli IgG 4400.

2° linea Rev-Dex. Dopo 4 cicli IgG 2436, dopo 5 cicli IgG 2927, AM con PC 17.5%, BOM con PC 25-30%.

3° linea Ixa-RD. Dopo un ciclo IgG 3121, dopo 2 cicli neutrofilo 740 e IgG 2273. RMN: invariati i crolli D10-D12 IgG 1900-2000
Dopo 6 cicli lesione focale 20 mm ala iliaca dx → RT → IgG 4000

8 mesi

4° linea Isa-PD. A maggio 2022 angioplastica della carotide per stenosi 90%. Dopo 3 cicli (giugno 2022) IgG 5028, AM con PC 53.5%.

5° linea Belantamab. Dopo la prima infusione rialzo GPT fino a 175 (IgG 1559), dopo la seconda infusione GPT 1011 con necessità di ricovero, a agosto 2022 IgG 848 e transaminasi normalizzate, ad agosto IgG 686. A ottobre 2022 IgG 928, a dicembre IgG 1669, a gennaio IgG 2716, PET con comparsa di captazione D12.

A febbraio 2023 riprendeva Belantamab (previa rivalutazione epatologica) con 100mg totali per una dose, poi 2.5mg/Kg ben tollerati. A maggio IgG 1208, riscontro di FA e versamento pericardico (aggiunto Eliquis 2.5x2).

Alla rivalutazione di ottobre 2023: HB 10.2 (in EPO), IgG 2230

QUESITO: prosecuzione Belantamab vs shift (EloPD? DVD? Poma-Endoxan?)

ESITO DISCUSSIONE: Dopo discussione collegiale shift a ELO-PD

1 anno

B. P. (d.n. 05/09/63, anni 60)

Diagnosi: Mieloma Multiplo micromolecolare c.l.k. (ottobre 2019), FISH non eseguita.

In anamnesi ipertensione, stent a.renale dx, ulcera duodenale.

All'esordio Hb 10, creat 4.2, FLC K 121 L 6.6 ratio 18, AM con PC 80%, BOM con quasi esclusivamente PC, RMN con grossolana lesione focale nell' emisoma sinistro di T12 con minima estensione al peduncolo omolaterale, con distruzione della metà sinistra del muro posteriore, impronta sul sacco durale, lieve riduzione in ampiezza dello spazio subaracnoideo anteriore, ma senza impronte sul midollo lesione D12, PET con areola di focale incremento dell'attività metabolica femore sinistro, in sede endomidollare, la nota alterazione osteolitica localizzata in corrispondenza del soma di D12 risulta priva di significativa captazione del radiofarmaco, GPO negativo.

1° linea VTDx6+Zometa ottenendo BOM negativa e FLC ratio 2.9, mobilizzazione con Endoxan e Mozobil raccolta di CSE, doppio autotrapianto 18/03/2020 e 03/07/2020, seguito da 2 consolidamenti VTD. Alla PET/TC di febbraio 2021 pressoché completa risposta metabolica, FLC K 14 L 3 ratio 4.2. Iniziava **mantenimento con Revlimid 10 mg.**

Recidiva febbraio 2022. Alla PET/TC di febbraio 22 nuove lisi ipercaptanti

D9 e ali iliache. FLC kappa 26.7, lambda 11.8, ratio 2.26, EP nella norma con IF positiva IgG kappa, AM con PC 1.2%, creat 0.9, Hb 13.7, BOM con PC 3-4%.

2° linea DRD +RT su D9 (marzo 2022)+Zometa Dopo 2 cicli a maggio 22 ripeteva RMN, stazionaria.

Dopo 6 cicli PET con scomparsa ipercaptazione ala iliaca sx, riduzione ipercaptazione D9 (parziale risposta), AM e BOM negative, FLC K 11.1 L 4.2 ratio 2.64.

Alla rivalutazione di **aprile-maggio 2023**: EP nei limiti, FLC K 11.9 L 3.4 ratio 3.50, AM con PC 2%, BOM ipocellulare con PC <3%, RM documentante D9 con dimensioni globalmente stabili, ma con modificazioni delle caratteristiche, in particolare con area centrale di elevato segnale di 8 mm, a livello del soma di L2 area nodulare di 23 mm continua al piatto somatico inferiore, presenti alcuni spot anche a carico di ulteriori somi, in particolare L3 ed L4, di esigue dimensioni meritevoli di monitoraggio, invariato cedimento di D12, PET-TC con comparsa di lisi captanti scapola sinistra, VII costa destra, D4, D10, D12, L2, L3, L5, ala iliaca destra e testa femorale destra. Biopsia L2 compatibile con MM

3° linea EloPD da giugno 2023.

Alla rivalutazione dopo 2 cicli (settembre) FLC K 4.6 L 1.4 ratio 3.29, AM con PC 3.5%, BOM in corso, RM in progressione con comparsa di lesioni focali C6, D2, D5, D6, D7, D10, incremento volumetrico L2, L3, L4 e bacino

QUESITO: KD? Radioterapia?

ESITO DISCUSSIONE: Dopo discussione collegiale inizia KD → programma car-T

Casi potenziamento Lena

T.F.S. (d.n.09/01/46) affetto da MM IgA kappa diagnosticato a **novembre 2018**.

All'esordio AM con PC 14.5%, BOM con PC 50-55%, FLC kappa 882.0 lambda 6.1, ratio 144.5, IgA 2674, PET/TC negativa. Iniziava terapia di **1° linea con Rev-Dex**, complicata da Zoster.

A settembre 2019 AM con PC 29%, IgA 677, FLC kappa 169 lambda 11.4 ratio 14.8.

A febbraio 2020 AM con PC 8%, BOM con PC 7-8%, IgA 586 FLC kappa 181, lambda 11.9, ratio 15.2. A luglio 2020 PET/TC negativa.

A febbraio 2021 AM con PC 10.5%, BOM con PC 20-25%, IgA 586, FLC kappa 166.5, lambda 7.9, ratio 21.8 FISH t 4;14

Si optava per terapia di **2° linea con Ixa-Rev-dex** iniziata a **luglio 21**. Ad aprile 2022 IgA 228 con gamma 9.5%.

RMN a **giugno '23** con immagine ovalare 17 mm soma D9 non presente alla precedente. Alla PET/TC comparsa di lieve ipercaptazione D9.

A settembre 23 TAC colonna dorsale con lisi soma D9, IgA 192, EP con ipogamma, IFsiero positiva IgA kappa.

- *Si richiede visita di chirurgia vertebrale e valutazione RT e poi?.*

2 anni

R. C. A. (d.n. 13/12/52, anni 71)

- Diagnosi: Mieloma Multiplo IgG lambda (dicembre 2017).
- All'esordio PET/TC localizzazioni al clivus sfenoidale, L2 e V costa destra. AM con PC 30%, BOM con PC 70%, IgG 982, FLC kappa 8.9, lambda 1260, **ratio 141**.
- **1° linea VTD + radioterapia su clivus** terminata il 20/03/18. Dopo 4 cicli PET/TC negativa, AM con PC 1%, BOM senza incremento PC, FLC L 162 **ratio 17**. Effettuava dunque terapia di mobilizzazione con Endoxan, raccolta CSE e **doppio autotrapianto** (settembre 2018-gennaio 2019). Iniziava **mantenimento con Revlimid 10 mg**.
- A dicembre 2019 FLC kappa 12.6 **lambda 558 ratio 44.3**, PET/TC glucosio ndp, AM con ipoplasia e alcune PC, BOM con ipoplasia. Herpes Zoster.

Lena 25mg da gennaio 2020. Dopo 2 cicli neutropenia persistente, FLC kappa 10 lambda 916 ratio 84.

- **2° linea. Arruolato in protocollo CAR-T, ad aprile 2020 iniziava Dara-Poma**. Dopo 4 cicli (da centrale) FLC lambda 343, kappa 0.5, ratio 686. Dopo 5 cicli a novembre 2020 FLC L 567, K 8.5, ratio 66.8. A gennaio 2021 Covid positivo.
- A giugno 2021 FLC a giugno (lab centrale): kappa 2.84, lambda 697, **ratio 245.4**. A luglio 2022 FLC L 857.3, PET stabile (in discussione collegiale si candidava a protocollo Eftozanermin che all'epoca però era stato sospeso)
- **3° linea KD da ottobre 2022**. Dopo 4 cicli (febbraio 2023) FLC L 138.3, dopo 7 cicli (giugno 2023) FLC L 164.6, dopo 8 cicli FLC L 176.8.
- Dopo discussione collegiale eseguiva rivalutazione completa per eventuale shift (settembre 2023): FLC L 422.5 K 2 **ratio 211.2**, AM con PC 3%, BOM con PC 15-20%, PET negativa.
- **QUESITO: Belantamab? Teclistamab?**
- **ESITO DISCUSSIONE: Dopo discussione collegiale shift a Belantamab**

2 mesi

Z. P. G. (24/08/36, anni 87)

Diagnosi: Mieloma Multiplo IgG kappa (gennaio 2020 evoluto da MGUS nota dal 2013), FISH con t(4;14) e gain 1q21.

All'esordio Hb 10.9 con deficit di B12, creat 0.64, AM con PC 33%, BOM con PC 65-70%, IgG 7047 (a settembre 2019 IgG 4161), FLC kappa 41 lambda 4 ratio 8.77, TC total body con crollo L1 con quota di tessuto molle perivertebrale indissociabile dall'aorta addominale e piccole rarefazioni ossee da D5 a D12. A febbraio 2020 sepsi da pneumococco.

1° linea VMPx9. Dopo 3 cicli AM PC 7%, IgG 3100. Dopo 9 cicli (febbraio 2021) PET/TC negativa, AM con PC 16.5%, BOM con PC 12-15%, IgG 2585. Passava a mantenimento quindicinale Vel-Dex. Dopo 3 cicli IgG 4400.

2° linea Rev-Dex. Dopo 4 cicli IgG 2436, dopo 5 cicli IgG 2927, AM con PC 17.5%, BOM con PC 25-30%.

8 mesi **3° linea Ixa-RD. Dopo un ciclo IgG 3121, dopo 2 cicli neutrofili 740 e IgG 2273. RMN: invariati i crolli D10-D12 IgG 1900-2000**

Dopo 6 cicli lesione focale 20 mm ala iliaca dx → RT → IgG 4000

4° linea Isa-PD. A maggio 2022 angioplastica della carotide per stenosi 90%. Dopo 3 cicli (giugno 2022) IgG 5028, AM con PC 53.5%.

5° linea Belantamab. Dopo la prima infusione rialzo GPT fino a 175 (IgG 1559), dopo la seconda infusione GPT 1011 con necessità di ricovero, a agosto 2022 IgG 848 e transaminasi normalizzate, ad agosto IgG 686. A ottobre 2022 IgG 928, a dicembre IgG 1669, a gennaio IgG 2716, PET con comparsa di captazione D12.

A febbraio 2023 riprendeva Belantamab (previa rivalutazione epatologica) con 100mg totali per una dose, poi 2.5mg/Kg ben tollerati. A maggio IgG 1208, riscontro di FA e versamento pericardico (aggiunto Eliquis 2.5x2).

Alla rivalutazione di ottobre 2023: HB 10.2 (in EPO), IgG 2230

QUESITO: prosecuzione Belantamab vs shift (EloPD? DVD? Poma-Endoxan?)

ESITO DISCUSSIONE: Dopo discussione collegiale shift a ELO-PD

B. P. (d.n. 05/09/63, anni 60)

Diagnosi: Mieloma Multiplo micromolecolare c.l.k. (ottobre 2019), FISH non eseguita.

In anamnesi ipertensione, stent a.renale dx, ulcera duodenale.

All'esordio Hb 10, creat 4.2, FLC K 121 L 6.6 ratio 18, AM con PC 80%, BOM con quasi esclusivamente PC, RMN con grossolana lesione focale nell'emisoma sinistro di T12 con minima estensione al peduncolo omolaterale, con distruzione della metà sinistra del muro posteriore, impronta sul sacco durale, lieve riduzione in ampiezza dello spazio subaracnoideo anteriore, ma senza impronte sul midollo lesione D12, PET con areola di focale incremento dell'attività metabolica femore sinistro, in sede endomidollare, la nota alterazione osteolitica localizzata in corrispondenza del soma di D12 risulta priva di significativa captazione del radiofarmaco, GPO negativo.

1° linea VTDx6+Zometa ottenendo BOM negativa e FLC ratio 2.9, mobilizzazione con Endoxan e Mozobil raccolta di CSE, doppio autotrapianto 18/03/2020 e 03/07/2020, seguito da 2 consolidamenti VTD. Alla PET/TC di febbraio 2021 pressoché completa risposta metabolica, FLC K 14 L 3 ratio 4.2. Iniziava **mantenimento con Revlimid 10 mg.**

Recidiva febbraio 2022. Alla PET/TC di febbraio 22 nuove lisi ipercaptanti

D9 e ali iliache. FLC kappa 26.7, lambda 11.8, ratio 2.26, EP nella norma con IF positiva IgG kappa, AM con PC 1.2%, creat 0.9, Hb 13.7, BOM con PC 3-4%.

2° linea DRD +RT su D9 (marzo 2022)+Zometa Dopo 2 cicli a maggio 22 ripeteva RMN, stazionaria.

Dopo 6 cicli PET con scomparsa ipercaptazione ala iliaca sx, riduzione ipercaptazione D9 (parziale risposta), AM e BOM negative, FLC K 11.1 L 4.2 ratio 2.64.

Alla rivalutazione di **aprile-maggio 2023**: EP nei limiti, FLC K 11.9 L 3.4 ratio 3.50, AM con PC 2%, BOM ipocellulare con PC <3%, RM documentante D9 con dimensioni globalmente stabili, ma con modificazioni delle caratteristiche, in particolare con area centrale di elevato segnale di 8 mm, a livello del soma di L2 area nodulare di 23 mm continua al piatto somatico inferiore, presenti alcuni spot anche a carico di ulteriori somi, in particolare L3 ed L4, di esigue dimensioni meritevoli di monitoraggio, invariato cedimento di D12, PET-TC con comparsa di lisi captanti scapola sinistra, VII costa destra, D4, D10, D12, L2, L3, L5, ala iliaca destra e testa femorale destra. Biopsia L2 compatibile con MM

3° linea EloPD da giugno 2023.

Alla rivalutazione dopo 2 cicli (settembre) FLC K 4.6 L 1.4 ratio 3.29, AM con PC 3.5%, BOM in corso, RM in progressione con comparsa di lesioni focali C6, D2, D5, D6, D7, D10, incremento volumetrico L2, L3, L4 e bacino

QUESITO: KD? Radioterapia?

ESITO DISCUSSIONE: Dopo discussione collegiale inizia KD → programma car-T

1 anno