

Caso Clinico LLC-B



ELIANA ZUFFA
UO EMATOLOGIA - RAVENNA
FAENZA 14 MAGGIO 2016

Storia clinica - 1



Paziente di sesso maschile

Data di nascita 12/11/1934

Precedenti all'anamnesi: Tonsillectomia, emorroidectomia, ernioplastica crurale sn, ernioplastica inguinale bilaterale + varicocele

1997 asportazione Ca spinocellulare alluce dx

- 2002 Diagnosi di Linfoma di Hodgkin sclerosi nodulare, ricco in linfociti, stadio IIA sottodiaframmatico.

Trattato con 3 cicli ABVD e Rx Terapia 40Gy (Y rovesciata) con ottenimento di remissione Completa. Complicanze: interstiziopatia da bleomicina.

Successivamente seguito in follow-up ambulatoriale.

Storia clinica - 2



- Agosto 2007 frattura interspongiosa sovracetabolare femore dx; ipotizzata genesi post attinica; all'emocromo GB nella norma; lieve prevalenza linfocitaria.
- Gennaio 2008 frattura sovraacetabolare dx, diffusa osteorarefazione a bacino, femore e sacro; eseguita Biopsia ortopedica cresta iliaca con diagnosi di localizzazione di LLC-B.
- Febbraio 2008 BO + BM + IF diagnosi di LLC-B; Eco Addome: piccole adenomegalie tripode celiaco e legamento epato-duodenale max 1 cm. PET: negativa. Scintigrafia: incrementata fissazione tetto acetabolare dx, cresta iliaca dx e X costa dx di non univoca interpretazione (rimaneggiamenti?). GB 12700, Ly 57%, Hb e Plat normali. Avviato a follow-up ambulatoriale.

Trattamento - 1



- Gennaio 2010 progressione linfonodale (inguinale, ilo epatico, periaortica, vasi iliaci), leucocitosi, avvallamento D8 e D10, aree di rimaneggiamento ala iliaca e acetabolo dx, iniziale necrosi asettica testa femore dx. Biopsia Linfonodale inguinale e Biopsia Femorale positive per localizzazioni di LLC-B. Non indicazioni a Rx Terapia o ad artroprotesi.
- **Quale terapia?**
- Vista l'età e il precedente trattamento chemioterapico, si decide per una terapia di 1° linea con R-CV (no steroide per i processi necrotizzanti a carico del femore). Alla rivalutazione dopo 6 cicli Remissione Parziale.

Trattamento - 2



Agosto 2010 frattura sottocapitata femore dx.

- Dicembre 2010 nuova progressione linfonodale (aumento pacchetto adenopatico ilare)
- **Quale terapia?**
- Eseguita terapia con R-Bendamustina x 6 cicli + bisfosfonati. Al termine RC con normalizzazione del numero dei leucociti e scomparsa delle adenomegalie addominali.

Febbraio 2013 Herpes Zooster disseminato e impetiginizzato con cheratite oculare.

Novembre 2013 frattura scomposta diafisi femore sn sottoposta ad osteosintesi

Trattamento - 3



- Settembre 2014 ripresa di malattia con sintomi sistemici, anemia, linfocitosi, adenomegalie superficiali .
- **Quale terapia ?**
- Per le condizioni generali e le recenti complicanze infettive si eseguono 6 cicli con Leukeran + Rituximab. Alla rivalutazione malattia stabile (GB 30580, Hb 9.4, ridotto del 50% il pacchetto adenopatico ilare, in parte ridotti i sintomi sistemici).

Trattamento - 4



- Luglio 2015 progressione di malattia con iperleucocitosi, anemia, piastrinopenia (GB 88000, Hb 9.2, Piastrine 69000).

BM: infiltrazione sostitutiva linfoide 90-95%.

BO: LLC-B 80%.

Fish: del(17p) sul 31% delle metafasi.

TAC T-B: diffuse adenopatie collo, torace e addome, in quest'ultima sede grossolane e confluenti; inoltre presenza di addensamento flogistico polmonare, risolto dopo più linee di terapia antibiotica.

- e adesso Quale terapia?
- Si decide trattamento con Rituximab + Idelalisib, vista la resistenza ai precedenti cicli con chemio-immunoterapia.

Decorso clinico



Ottobre 2015 inizio Idelalisib 150mg x 2/die + Rituximab. Dopo circa 4 settimane, ricovero in malattie infettive per polmonite da pneumococco.

Da Gennaio 2016 riprende con Rituximab + Idelalisib a dosaggio ridotto (100mg x 2/die)

Buona tolleranza della terapia, non ulteriori episodi infettivi, discrete condizioni cliniche.

Maggio 2016 non adenomegalie superficiali, GB 34000, PMN 2000, Hb 12.2, Piastrine 201000, funzionalità epatica e renale nei limiti.

Eco Addome: linfonodi ridotti di dimensioni (iliaci, paraaortici, ilo epatico).

Osservazioni



- Il paziente tollera bene la terapia, nonostante l'età e le precedenti linee di trattamento.
- A parte l'episodio infettivo dopo il primo mese di terapia, non ci sono stati altre complicanze o effetti collaterali significativi, con normalità della funzionalità epatica e dell'alvo (da considerare che c'era stato il focolaio BP a lenta risoluzione prima dell'inizio del trattamento con Idelalisib).
- Anche dopo l'aggiustamento del dosaggio, si è osservata una progressiva risposta, con riduzione dei leucociti e delle masse linfonodali e normalizzazione di Hb e Piastrine.