

Sabato Romagnolo

Linfoma Follicolare in ricaduta

Dott. Francesco Rotondo UOC Ematologia Rimini

Faenza, 14 maggio 2016

Paziente M.B.M.

- Donna di 45 anni
- APR: Litiasi renale
- Allergica al Bactrim
- Nel settembre 2008 diagnosi di Linfoma Follicolare di grado 3A, IV stadio B
- Trattata presso altra sede con 6 cicli di R CHOP con ottenimento di RC

Paziente M.B.M.

- Nel gennaio 2010 visita ematologica per Linfadenopatie latero-cervicali e febbre
- Emocromo: WBC 3.540\mmc, PMN 1.500, HB 12gr \dl, PLT 117.000mmc non elementi immaturi allo striscio periferico, LDH 107U\l
- EO: PS 1, NRS 0, Linfadenopatie latero-cervicali ascellari inguinali fino a 3 cm., milza palpabile a 3 cm. dall'arco.

Paziente M.B.M.

Nel sospetto di ricaduta di malattia si effettuavano i seguenti esami.

- BOM: infiltrato del 40% da parte di Linfoma Follicolare
- Aspirato midollare per BCL2: riarrangiato
- TAC collo + torace + addome: Linfadenopatie sopra e sotto diaframmatiche fino a 7 cm.
- PET: multiple aree di iper accumulo sopra e sotto diaframmatico con SUV max di 6, 14

Paziente M.B.M

Si poneva dunque diagnosi di Linfoma Follicolare stadio IV B grado 3A, in ricaduta dopo 24 mesi dalla chemioimmunoterapia



20% of patients experience PD within 24 mo from chemoimmunotherapy

- Early relapse after chemoimmunotherapy defines patients at high risk for death

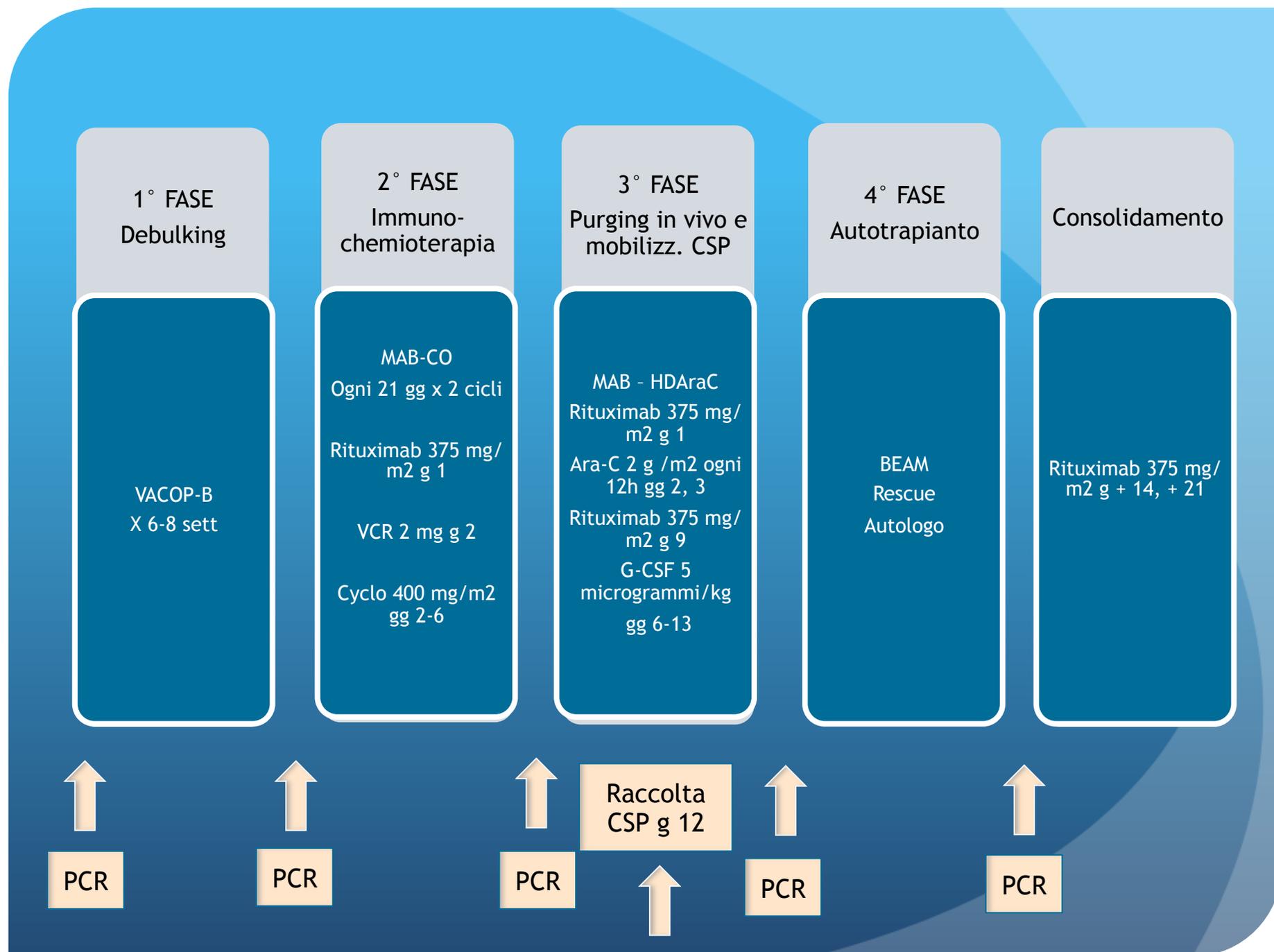
Stage II, III and IV FL treated with R-CHOP in the first-line setting

	N	2-year OS (95% CI)	5-year OS (95% CI)
Early PD following R-CHOP (<2 years)	122	71% (61.5–78.0)	50% (40.3–58.8)
Reference (late/no progression)	420 (102/318)	100%	95% (92.7–97.0)

“Immunochemotherapy with *in vivo* purging and autotransplant induces long clinical and molecular remission in advanced relapsed and refractory follicular lymphoma.”

L. Arcani, F. Montanari, E.P. Alessandrino, A. Tucci, E. Brusamolino, L. Gargantini, R. Cairoli, P. Bernasconi, F. Passamonti, M. Bonfichi, V. Zoli, C. Bottelli, S. Calatroni, D. Troletti, M. Merli, C. Pascutto, I. Majolino, G. Rossi, E. Morra & M. Lazzarino.

Annals of oncology 2010



Debulking con VACOP B dal 15/02 al 9/04/2010

Al termine rivalutazione con:

RX Torace: negativo

Eco Addome: alcuni linfonodi in sede celiaca e lombo-ortica di 2 cm.

BO+BM: minimo interessamento da linfoma follicolare

BCL2 : persiste riarrangiamento

2 cicli di immuno chemioterapia secondo schema MAB CO fino a Giugno 2010

Restaging di malattia: RC

BCL2: non riarrangiato

Luglio 2010 Rituximab + AraC ad alte dosi con mobilizzazione di cellule staminali periferiche (purging in vivo)

Ottobre 2010 ASCT condizionato con BEAM due Rituximab di consolidamento

Rivalutazione di malattia: Persiste quadro di RC

**Rituximab di mantenimento ogni 3 mesi fino al
23/01/2013**

Aprile 2016: Persiste remissione completa

ESMO guidelines

- A repeated biopsy is strongly recommended with consideration of a PET-guided biopsy to rule out a secondary transformation
- As at first presentation, observation is an accepted approach in asymptomatic patients with low tumour burden
- Selection of salvage treatment depends on efficacy of prior regimens. In early relapses (<12–24 mo), a non-cross-resistant scheme should be preferred (e.g. bende after CHOP or vice versa)
- R should be added if the previous ab-containing scheme achieved >6 mo duration of remission

Dreyling et al Ann Oncol 2014

ESMO guidelines

- In symptomatic cases with low tumour burden, R monotherapy may be applied
- RIT represents an effective therapeutic approach, especially in elderly pts with comorbidities not appropriate for cht
- Otherwise, it should be applied preferably as consolidation
- RM for up to 2 yrs has a favourable side effect profile and, based on a systematic meta-analysis, substantially prolongs PFS and OS in relapsed disease even after ab-containing induction in pts who have not received R as first-line therapy

Dreyling et al Ann Oncol 2014

ESMO guidelines

- ASCT prolongs PFS and OS and should be considered, especially in pts with short-lived first remissions after R-containing regimens, but its role has to be redefined in the rituximab era
- A subsequent RM may achieve some benefit
- In selected younger patients with high-risk profile or relapse after ASCT, a potentially curative allogeneic stem-cell transplantation (preferably with dose-reduced conditioning) may be discussed in relapsed disease, especially in early relapses and refractory

NCCN v2 2016

Second-line and subsequent therapy

- Immunocht
- Rituximab
- Lenalidomide +/- R
- RIT
- Idelalisib
- RFND

Second-line consolidation or extended dosing

- RM (optional)
- ASCT
- AlloTMO
- Obinutuzumab maintenance for R-refactory

Grazie per l'attenzione