



**PSDTA Leucemia Mieloide Acuta**

## **Allegato 2 : Percorso terapeutico**

**A cura del Gruppo di Studio  
Leucemie Acute e  
Mielodisplasie**

**Rete Oncologica del Piemonte e Valle  
d'Aosta Anno di pubblicazione 2024**

Gli aspetti specifici del trattamento sono estremamente diversificati e la terapia delle LAM è in continua evoluzione.

Di seguito si sintetizzano i principi del trattamento delle diverse forme in prima e seconda linea frequentemente utilizzati. Analoghi schemi potranno essere adottati dai Centri piemontesi a discrezionalità del singolo Centro.

Il presente PSDA consiglia la valutazione del paziente con LAM per l'arruolamento in protocolli sperimentali, qualora disponibili.

#### Prima linea

Tipologia pazienti e LAM	Programma / protocollo
Pazienti < 65 anni <i>"fit"</i> , FLT3-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schema "3+7" (idarubicina/citarabina, daunorubicina/citarabina) oppure FLAG-IDA, consolidamento con alte dosi di citarabina; TMO allogenico (alto rischio);</li> <li>• schema "3+7" (daunorubicina/citarabina) + Gemtuzumab ozogamicin, consolidamento con gemtuzumab + citarabina ad alte dosi se LAM CD33+ con CBF o rischio intermedio</li> <li>• CPX-351 + alloTMO se LAM secondarie o alterazioni molecolari MDS relate (28)</li> <li>• Clinical trials</li> </ul>
Pazienti < 65 anni, <i>"fit"</i> , FLT3+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schema "3+7" (daunorubicina/citarabina) + midostaurina; consolidamento con alte dosi citarabina e midostaurina; (29) TMO allogenico (alto rischio) . Mantenimento post trapianto con sorafenib</li> <li>• Clinical trials</li> </ul>
Pazienti > 65 anni, <i>"fit"</i> , FLT3-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schema "3+7", consolidamento con citarabina a dosi intermedie e TMO allogenico (alto rischio, fino a 70 anni)</li> <li>• FLAI (Fludarabina, Citarabina, Idarubicina) (30) , consolidamento con citarabina a dosi intermedie + TMO se alto rischio</li> <li>• Venetoclax + Azacitidina o Decitabina (&gt;70 anni) (6)</li> <li>• Clinical trials</li> </ul>
Pazienti > 65 anni, <i>"fit"</i> , FLT3+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chemioterapia standard (daunorubicina/citarabina a dosaggio ridotto per età) + midostaurina; (29) consolidamento con citarabina a dosi intermedie e midostaurina; TMO allogenico (alto rischio, ). Mantenimento post trapianto con sorafenib</li> </ul>
Pazienti <i>"unfit"</i> per chemioterapia intensiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Venetoclax + Azacitidina</li> <li>• Clinical trials</li> </ul>

Pazienti "frail"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DECITABINA orale</li> <li>Azacitidina</li> <li>Miglior terapia di supporto</li> </ul>
------------------	--

## **NEOPLASIA A CELLULE DENTRITICHE PLASMACITOIDI BLASTICHE ( BPDCN)**

### **I Linea**

**- Pz < 70 Tagraxofusp + allo TMO**

**PZ > 70 anni Tagraxofusp**

**II Linea ipometilante + venetoclax**

### **Indicazioni al trapianto allogenico in prima linea**

Nei pazienti ad alto rischio secondo ELN

Nei pazienti che non raggiungono la remissione completa dopo terapia di induzione

Nei pazienti con malattia minima residua positiva immunofenotipica o molecolare dopo il consolidamento

- Regime di condizionamento
  - Mieloablative se possibile
  - A ridotta intensità in base a HCT-CI ed età
- Donatori: familiari HLA identici e aploidentici, volontari HLA compatibili
- Importante avviare tipizzazione dei familiari ed eventualmente aprire la ricerca di un donatore volontario già nella fase induzione per non dilazionare il trapianto in attesa di un donatore

Il trapianto allogenico è sempre indicato in seconda remissione

## Seconda linea

<b>Tipologia pazienti e LAM</b>	<b>Programma / protocollo</b>
<b>Pazienti &lt; 65 anni "fit", FLT3-</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Chemioterapia; TMO alloigenico</li><li>• Azacitidina/Decitabina + Venetoclax; TMO alloigenico</li><li>• Clinical trials</li></ul>
<b>Pazienti &lt; 65 anni, "fit", FLT3+</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gilteritinib; TMO alloigenico</li><li>• Clinical trials</li></ul>
<b>Pazienti in recidiva dopo TMO, "unfit"</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Azacitidina/Decitabina + Venetoclax</li><li>• Azacitidina + DLI (recidiva precoce)</li><li>• Azacitidina/Decitabina single agent</li><li>• Clinical trials</li></ul>

## Terapia palliativa

Quando le condizioni generali del paziente e/o la progressione di malattia non consentono più regimi curativi è importante prendere in considerazione un percorso di terapia palliativa.

Questo è un momento estremamente delicato per il malato, per la famiglia e, non ultimo, per lo staff medico. condizioni di maggiore fragilità sarà utile prendere in considerazione la collaborazione con la psicosociologia.

Il passaggio dalla terapia attiva alla terapia palliativa varia in ambito regionale a seconda delle diverse realtà territoriali. Il percorso ideale sarebbe un tipo di assistenza domiciliare o, in sub ordine, il ricovero in Hospice per garantire la migliore qualità di vita possibile. È inoltre auspicabile un rapporto diretto e, almeno inizialmente, costante tra l'ematologo ed il palliativista di riferimento.