



PSDTA Leucemia Acuta Mieloide

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 2025**

PERCORSO TERAPEUTICO

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-	• Schema "3+7" (idarubicina/citarabina, daunorubicina/citarabina) oppure FLAG-IDA, consolidamento con alte dosi di citarabina; TMO allogenico (alto rischio); • schema "3+7" (daunorubicina/citarabina) + Gemtuzumab ozogamicin, consolidamento con gemtuzumab + citarabina ad alte dosi se LAM CD33+ con CBF o rischio intermedio • CPX-351 + alloTMO se LAM secondarie o alterazioni molecolari MDS relate (28) • Clinical trials
Pazienti < 65 anni, <i>"fit"</i> , FLT3+	• schema "3+7" (daunorubicina/citarabina) + midostaurina; consolidamento con alte dosi citarabina e midostaurina; (29) TMO allogenico (alto rischio) . Mantenimento post trapianto con sorafenib • Clinical trials
Pazienti > 65 anni, <i>"fit"</i> , FLT3-	• Schema "3+7", consolidamento con citarabina a dosi intermedie e TMO allogenico (alto rischio, fino a 70 anni) • FLAI (Fludarabina, Citarabina, Idarubicina) (30) , consolidamento con citarabina a dosi intermedie + TMO se alto rischio • Venetoclax + Azacitidina o Decitabina (>70 anni) (6) • Clinical trials
Pazienti > 65 anni, <i>"fit"</i> , FLT3+	• 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
Pazienti <i>"unfit"</i> per chemioterapia intensiva	• Venetoclax + Azacitidina - Se IDH1 mutati Ivosidenib+ azacitidina

	• Clinical trials
Pazienti "frail"	• DECITABINA orale Azacitidina Se IDH1 mutati Ivosidenib+ azacitidina Miglior terapia di supporto

NEOPLASIA A CELLULE DENTRITICHE PLASMACITOIDI BLASTICHE (BPDN)

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
 - Mieloablato 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

Tipologia pazienti e LAM	Programma / protocollo
Pazienti < 65 anni <i>"fit"</i> , FLT3-	• Chemioterapia; TMO allogenico • Azacitidina/Decitabina + Venetoclax; TMO allogenico • Clinical trials
Pazienti < 65 anni, <i>"fit"</i> , FLT3+	• Gilteritinib; TMO allogenico • Clinical trials
Pazienti in recidiva dopo TMO, <i>"unfit"</i>	• Azacitidina/Decitabina + Venetoclax • Azacitidina + DLI (recidiva precoce) • Azacitidina/Decitabina single agent • Clinical trials

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.