

CONVEGNO INTERREGIONALE SIE

Delegazioni Umbria e Marche

Società Italiana di Ematologia

NOVITÀ TERAPEUTICHE NEI LINFOMI NON-HODGKIN E MIELOMA MULTIPLO: FOCUS SU ANTICORPI BISPECIFICI E CAR-T

Assisi, Sala Conciliazione, Comune di Assisi
4 Novembre 2026

SESSIONE II: NOVITÀ TERAPEUTICHE NEI LINFOMI
CASO CLINICO 1

Roberta Martiniani

S.C. Oncoematologia - Terni

Disclosures of Name Surname

Company name	Research support	Employee	Consultant	Stockholder	Speakers bureau	Advisory board	Other

Paziente F, 63 anni

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA
- Artrite psoriasica
- IAS
- Osteoporosi
- Frattura traumatica radio dx nel 1999
- Herpes Zoster emivolto sn nel 2017
- Sindrome ansioso-depressiva
- Appendicectomia
- Non allergie.

ANAMNESI FARMACOLOGICA
- Fentanil cerotto 25 mcg/h
- Denosumab ogni 6 mesi
- Colecalciferolo 25000 UI
- Furosemide 25 mg
- Ramipril 5 mg
- Pregabalin 75 mg
- Prednisone 5 mg
- Paroxetina 20 mg
- Omeprazolo 10 mg

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

- Dicembre 2018. Diagnosi di DLBCL stadio IVB, IPI=4, verosimilmente secondario a linfoma B follicolare (BOM).
- All'esordio massa bulky D5-D8 con compressione midollare + lesione parete toracica anteriore parasternale + lesioni multiple ossee costali bilaterali.
- SNC non interessato.

TRATTAMENTO DI I LINEA

- Radioterapia su D5-D8 (dicembre 2018)
- R-CHOP21 x 6 cicli + 2 R (gennaio – agosto 2019) + RT su lesione parasternale → REMISSIONE COMPLETA DI MALATTIA (BOM negativa).

- Novembre 2020. Comparsa di linfoadenopatia sottomandibolare dx + paratracheale dx (SUV max 9.96)
- Dicembre 2020. Linfoadenectomia sottomandibolare dx LINFOMA NON HODGKIN FOLLICOLARE GRADO IIIA; BOM negativa

TRATTAMENTO DI II LINEA (POD 22 mesi)

- G-bendamustina x 6 cicli (dose di bendamustina al 50% per piastrinopenia persistente a partire dal ciclo 4) → REMISSIONE COMPLETA DI MALATTIA
- Obinotuzumab mantenimento x 3 somministrazioni, sospeso per insufficienza respiratoria acuta ed interstiziopatia fibrosante in prima ipotesi iatrogena

- Giugno 2023: recidiva di linfoma follicolare grado IIIA in sede parotidea dx + linfoadenopatia laterocervicale omolaterale

TRATTAMENTO DI III LINEA (POD 42 mesi)

- RT sulle sedi di recidiva (dose totale 30Gy) a Settembre 2023 → RISPOSTA COMPLETA sulle sedi irradiate, ma PROGRESSIONE DI MALATTIA per comparsa di linfoadenopatie sopra- e sottodiaframmatiche (Dicembre 2023).

- Gennaio 2024. Discussione del caso con i Colleghi dell'Ematologia di Perugia: CAR-T vs BsAb (mosunetuzumab)

CAR-T?

E	Paziente con storia di patologie autoimmuni con danno d'organo terminale o che abbiano richiesto terapia sistemica immunosoppressiva o *disease modifying* nei due anni precedenti?	**Sì**	***Blocca***
		No	



BsAb?

E	Paziente con storia di patologia autoimmune (incluse, ma non limitate a: miocardite, polmonite, miastenia gravis, miositi, epatite autoimmune, LES, artrite reumatoide, malattie infiammatorie intestinali, trombosi associata ad anticorpi antifosfolipidi, granulomatosi di Wegener, sindrome di Sjögren, sindrome di Guillain-Barré, sclerosi multipla, vasculiti, glomerulonefriti)?	Sì	*Blocca*
		No	

1. Visita reumatologica: malattia autoimmune in remissione clinica stabile → graduale sospensione della terapia steroidea;
2. Visita pneumologica con PFR + BAL + HRCT torace → quadro di interstiziopatia invariato; spirometria e DLCO nella norma, sO2 98% in aa; BAL negativo per infezioni in atto.



MOSUNETUZUMAB

- 23 Marzo 2024 (C1, g+1): ricovero in ambiente di degenza ematologica (Perugia) e somministrazione di mosunetuzumab 1 mg (premedicazione con desametasone 20 mg, clorfenamina 10 mg, idrocortisone 100 mg, paracetamolo 1 g);
- 24 Marzo 2024: rialzo termico a 37,8°C, risolto con paracetamolo;
- 2 Aprile 2024 (C1, g+8): mosunetuzumab 2 mg (stessa premedicazione); non AE;
- 11 Aprile 2024 (C1, g+15): mosunetuzumab 60 mg (stessa premedicazione);
- 13 Aprile 2024: comparsa di febbre (42 ore dalla terapia) con TC max 38,8°C, associata a faringodinia ed otalgia dx ed eritema cutaneo diffuso, non pruriginoso, del torace e dell'addome; PV nella norma, EE nella norma ad eccezione di Cr 1,10 mg/dl.

PROCESSO INFETTIVO	CRS
- Rx torace negativo - T. rettale: popolazione batterica residente - T. faringeo: negativo - PCR per Herpes virus su SVP: negativo - Emocolture ed urinocoltura: negative - Procalcitonina: negativa	IL-6 = 95 pg/ml (v.n. < 5)

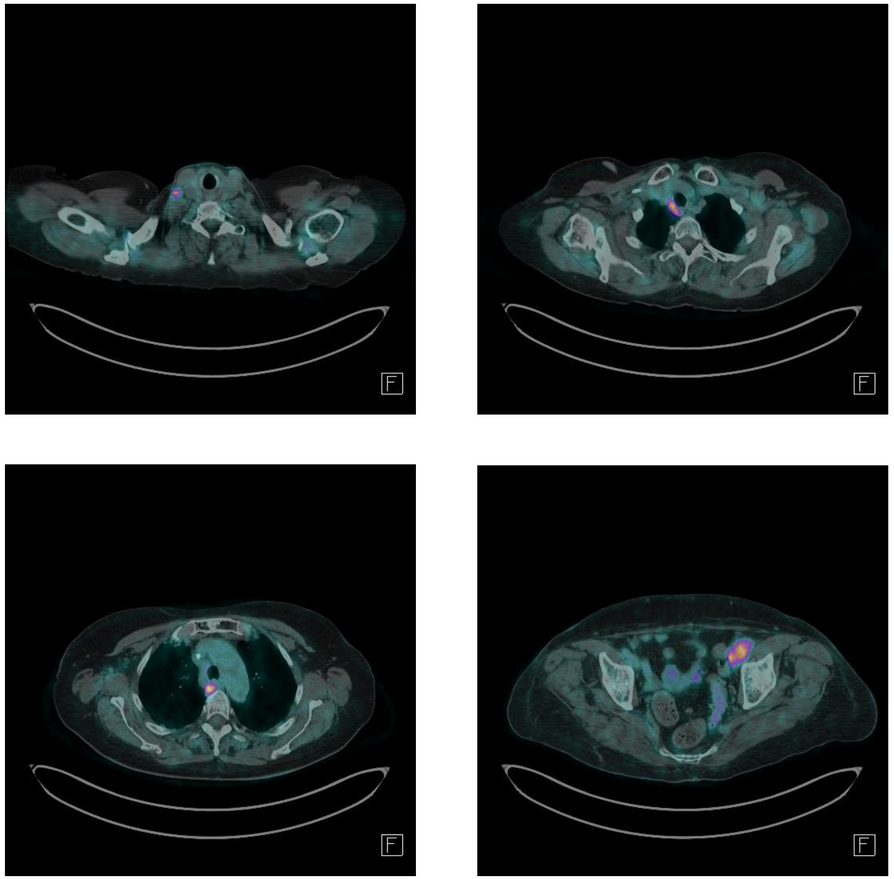
↓

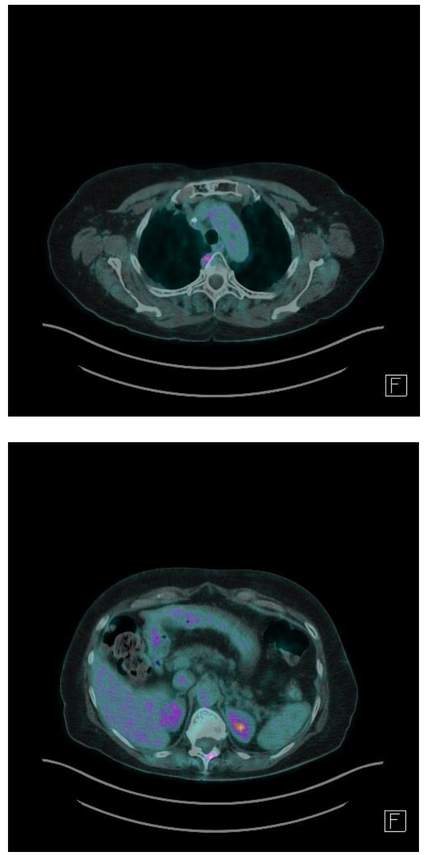
Terapia antibiotica empirica con cefepime + fluidoterapia + paracetamolo

↓

RISOLUZIONE COMPLETA

- 22 Aprile 2024 (C2, g+1): mosunetuzumab 60 mg; non AE;
- 13 Maggio 2024 (C3, g+1): mosunetuzumab 30 mg; non AE;
- 3 Giugno – 15 Luglio 2024: cicli 4-6 mosunetuzumab 30 mg; non AE.





REMISSIONE PARZIALE

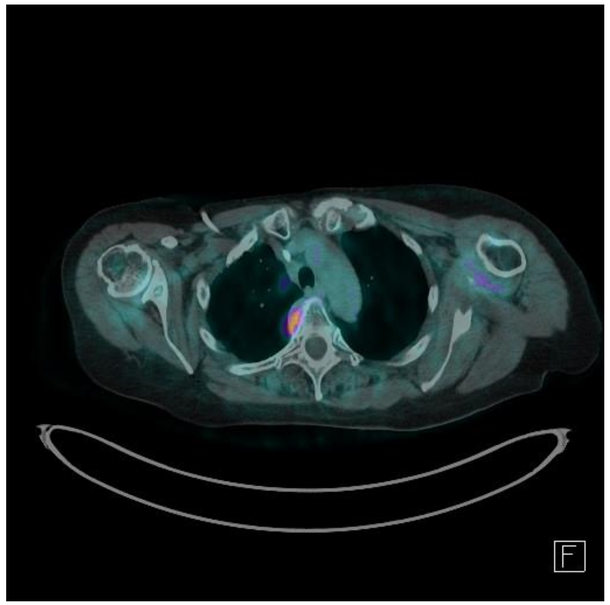
- 5 Agosto 2024 (C7, g+1): mosunetuzumab 30 mg; non AE;

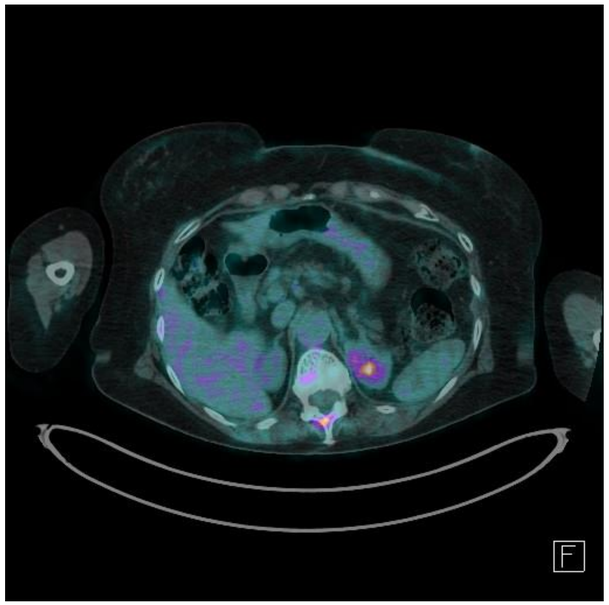
- 21 Agosto 2024. RMN rachide D/L/S: «…alterazione del segnale nella spinosa di D11, tenuemente iperintenso in T2 e parzialmente ipointenso in T1, che correla con l'accentuata fissazione osservata in PET del 31/07/24, che non si associa a modificazione delle corticali né alla presenza di infiltrati patologici negli spazi perivertebrale ed epidurale contigui: reperto non ulteriormente caratterizzabile». Valutazione neuroradiologica: biopsia non fattibile.

- 27 Agosto – 4 Novembre 2024: mosunetuzumab cicli 8-11; non AE.

- 19 Novembre 2024. RMN rachide D/L/S: «…lievemente più estesa l'area di alterato segnale iperintenso in T2 e parzialmente ipointenso in T1 del processo spinoso e della lamina sinistra del soma di D11, che si estende a coinvolgere il massiccio articolare sinistro in D11-D12, con aspetto ipertrofico della capsula articolare; dopo somministrazione di m.d.c. l'area suddetta subisce vivace enhancement, che si estende ad interessare una porzione circoscritta dell'adiacente spazio epidurale posteriore in sede mediana, con aspetto lievemente ispessito del rivestimento meningeo…».

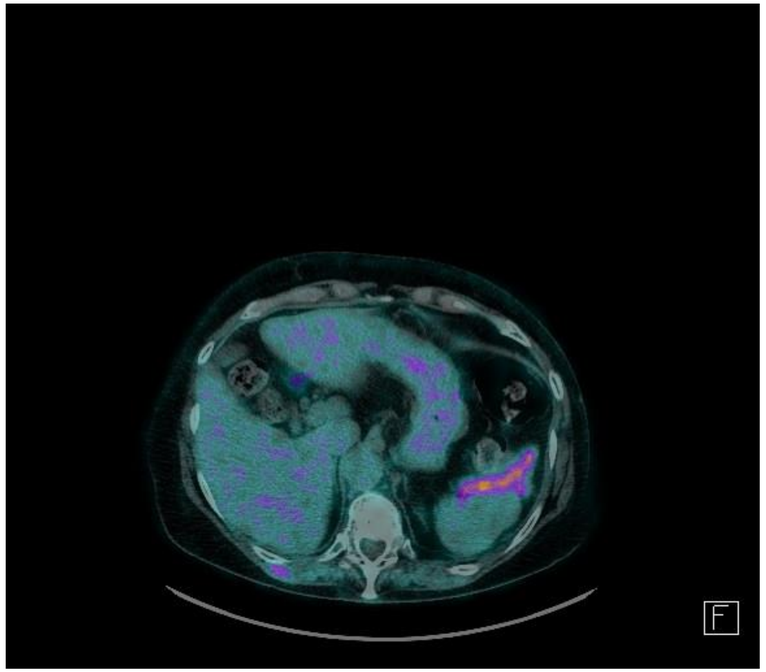
- 11 Dicembre 2024. PET-TC total body (POD 9 mesi)





STOP MOSUNETUZUMAB; RADIOTERAPIA (Feb 2025)

- 5 Giugno 2026. PET-TC total body (POD 17 mesi)



SUV max: 8,09

Colonscopia: negativa
TC addome con m.d.c.: «quota di tessuto solido dotato di significativo contrast-enhancement, dei diametri assiali di 58 x 33 mm e diametro cranio-caudale 40 mm, in stretta adiacenza con il profilo anteriore della milza a livello del terzo medio che giunge a stretto contatto anche con le pareti della flessura splenica del colon; tale massa appare compatibile in prima ipotesi con formazione discariocinetica di cui non e' possibile determinare con certezza l'eventuale pertinenza splenica o a livello della parete posteriore del colon discendente»
Agobiopsia TC-guidata: materiale non diagnostico.

RADIOTERAPIA (terminata 1 mese fa)
In attesa di valutazione risposta

- Età attuale della paziente: 70 anni
- Comorbidità e terapia domiciliare invariate rispetto alla diagnosi
- Quale terapia in caso di nuova recidiva?

R2	Zanu+obino (?)	RT	?

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

