

therapie

Koen de Heer

March 2, 2018

Contents

1	Algemeen	1
2	Rituximab	2
3	Chemotherapie	2
3.1	rituximab monotherapie (4x q 1 week)	2
3.2	alkyleerders	2
3.2.1	DRC21, 6-8x	2
3.2.2	R-chloorambucil	2
3.3	bortezomib-bevattend schema (respons met 1,5 maanden) . .	2
3.4	R-benda	3
3.5	ibrutinib	3
4	Recidief / Progressie	3
5	Niet doen	3
6	Toekomst?	3
	LPL	

1 Algemeen

- geen gerandomiseerde studies chemotherapie
- geen strikte volgorde van de verschillende lijnen therapie
- DRC in studies eerste lijnsterapie van keuze
- IgM heeft lange halfwaardetijd

- aan concentratie IgM / M-proteïne niet een groot belang hechten bij beoordeling respons: laagdrempelig andere responsparameter controleren zoals percentage infiltratie bij beenmergonderzoek

2 Rituximab

- in principe altijd rituximab toevoegen aan chemotherapie: verlengt PFS
- flare tot 4 maanden na start mogelijk
- pas geven bij IgM <40
- onderhoudsbehandeling overwegen zoals bij alle indolente lymfomen

3 Chemotherapie

3.1 rituximab monotherapie (4x q 1 week)

- bij contra-indicatie CHx

3.2 alkyleerders

- trage respons (kan tot 4 maanden duren)
- chloorambucil trager dan DRC

3.2.1 DRC21, 6-8x

- even effectief maar minder myelosuppressief/toxisch dan R-C(H/O)P

3.2.2 R-chloorambucil

- tot maximale respons waarna nog 2 kuren, q 28 dagen

3.3 bortezomib-bevattend schema (respons met 1,5 maanden)

- monotherapie
- BRD geeft opvallend veel polyneuropathie

3.4 R-benda

- 95% respons
- snellere respons en effectievere respons dan DRC
- als R-CHOP maar minder toxisch

3.5 ibrutinib

- voorkeur na chemotherapie gezien hoge kosten
- pas vanaf 2e lijn vergoed

4 Recidief / Progressie

1. >2 jaar respons herhalen
2. <1 jaar respons allo overwegen indien jong/fit genoeg
3. zelfde schema's als boven

5 Niet doen

1. lenalidomide, ernstige anemie
2. thalidomide, polyneuropathie
3. alemtuzumab, veel toxiciteit

6 Toekomst?

1. carfilzomib
2. DRC + bortezomib