

Fallvorstellung CML

Matthias Zipfel
(ZAHO Bonn)

49-jährige Patientin

CML in chronischer Phase, ED 11/2015

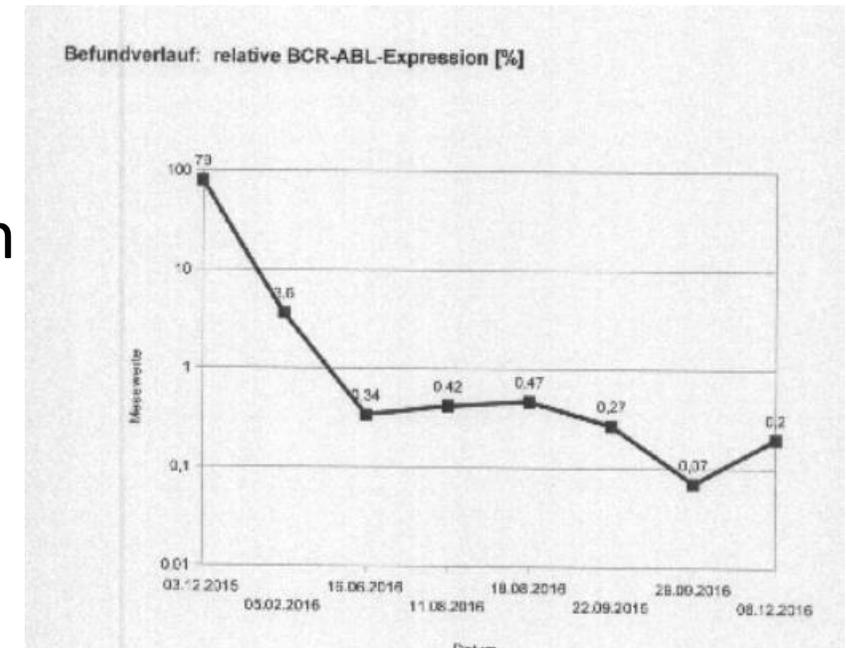
- Leukozyten 115 000/ μ l, Hb 11,5 g/dl, Thrombozyten 331 000/ μ l
- Knochenmarkhistologie: CML ohne Blastenvermehrung
- Zytogenetik: 46 XX, t(9;22)
- Molekulargenetik: BCR-ABL1-Fusionstranskript vom Typ M-BCR
- Keine palpable Splenomegalie
- EUTOS-Score: niedriges Risiko

Therapie und Verlauf (1)

- 16.11.15: Einleitung einer Therapie mit Imatinib 400 mg tgl.
- 10.12.15: Therapiepause bei Leukozyten 2500/ μ l, Thrombozyten 60 000/ μ l
- 28.12.15: Wiederaufnahme der Therapie mit Imatinib 400 mg tgl. bei Leukozyten 11500/ μ l, Thrombozyten 265 000/ μ l
- 21.1.16: erneutes Auftreten einer Leukopenie (Leukozzten 1900/ μ l, neutrophile Granulozyten 950/ μ l), Reduktion der Imatinib-Dosis auf 200 mg tgl.
- 5.2.16: Reduktion der BCR-ABL-Transkripte von 79% auf 3,6% nach IS, Leukozyten 2800/ μ l, Thrombozyten 140 000/ μ l
- Fortführung mit Imatinib 200 mg

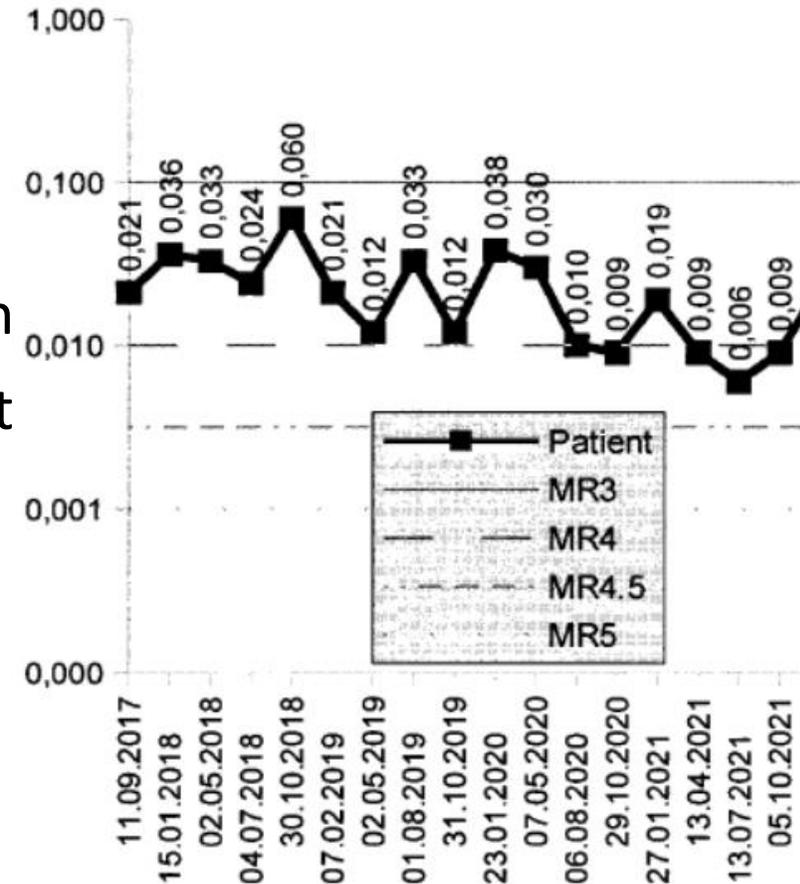
Therapie und Verlauf (2)

- 9/16: Erreichen einer MMR bei normalen Leukozyten und Thrombozyten, Fortführung mit 200 mg Imatinib
- 12/16: Verlust der MMR (BCR-ABL: 0,2%)
- 20.12.16 Umstellung der Therapie auf Nilotinib anfangs 2 x 200 mg tgl. bei stabilem Blutbild Steigerung auf 2 x 400 mg tgl.
- 27.1.16: Erreichen einer MMR (BCR-ABL: 0,06%)
- Fortführung der Therapie mit Nilotinib



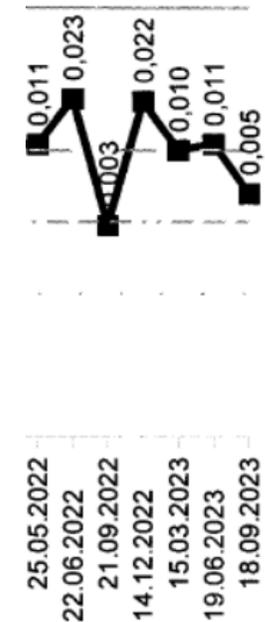
Therapie und Verlauf (3)

- 12/16-11/21: Therapie mit Nilotinib 2 x 400 mg tgl., anhaltende MR3, NW: Muskelschmerzen in Nacken und Oberarmen
- Problem der kumulativen Kardiotoxizität, Voraussetzungen für Absetzversuch nicht gegeben
- 3/22: Wechsel auf Dasatinib 80 mg tgl. (reduziert wegen Z.n. Hämatotoxizität unter Imatinib)
- 5/22: Absetzen von Dasatinib wegen Gliederschmerzen und ausgeprägter Fatigue, anhaltende MR3
- Wiederaufnahme von Nilotinib mit 2 x 300 mg



Therapie und Verlauf (4)

- 3/23: Umstellung der Therapie auf Asciminib 2 x 40mg
NW: Muskel und Gelenkschmerzen
- 9/23: Leukozyten 6900/ μ l, Hb 13,4 g/dl, Thrombozyten 226 000/ μ l, BCR-ABL 0,005%



Mögliche Fragen

Relevanz der Langzeittoxizität unter Nilotinib?

Toleranz höherer BCR-Abl-Werte um Toxizitäten zu verringern?