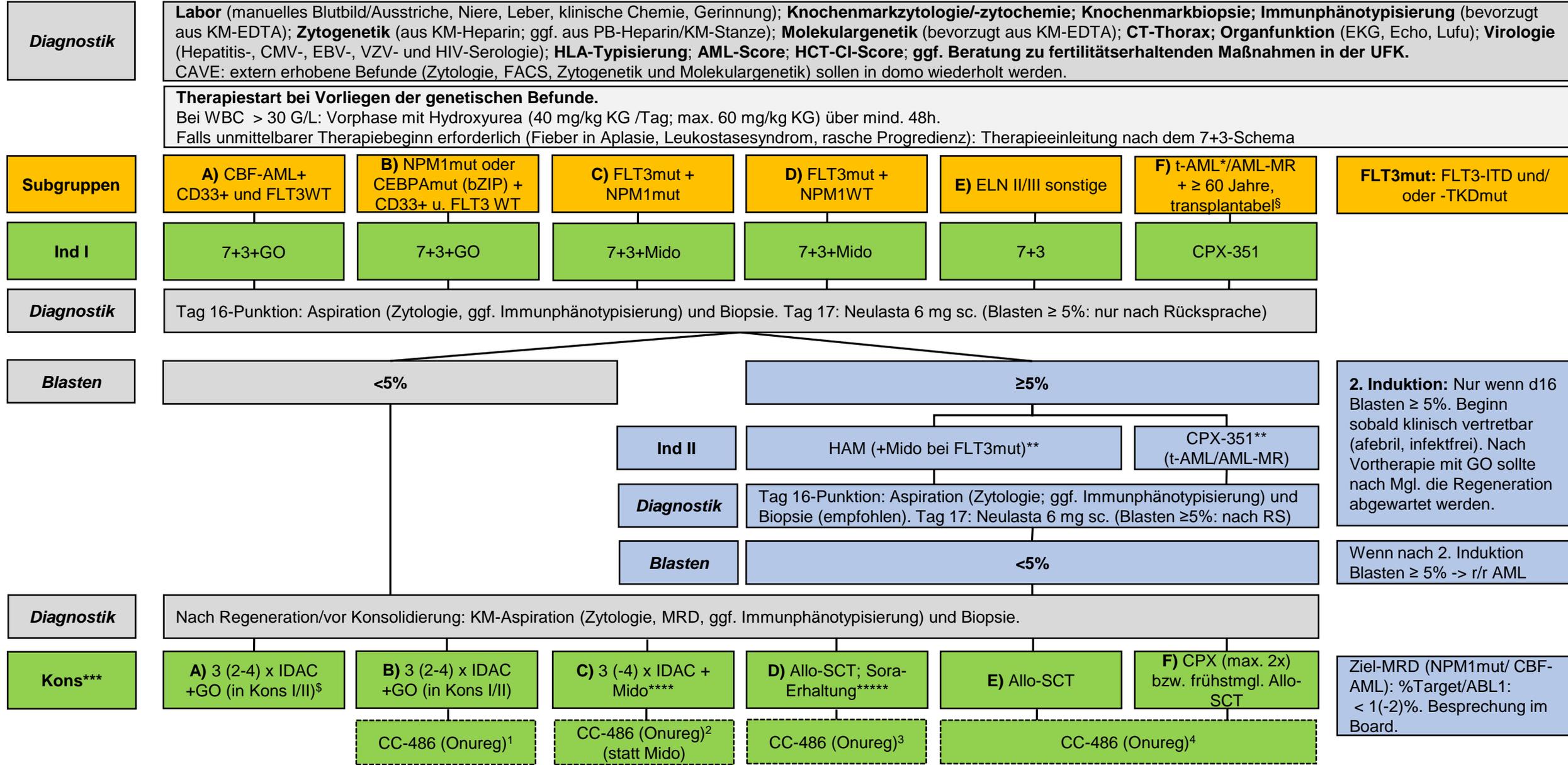


Akute Myeloische Leukämie (AML – nicht APL): Induktion und Konsolidierung bei fitten Patienten



¹ falls SCT im Falle eines Rezidivs/bei klarer MRD+ nach Ind./Kons. keine Option

² falls SCT im Falle eines Rezidiv/bei klarer MRD+ nach Ind./Kons. keine Option (Onureg statt Mido)

³ falls SCT keine Option (2. Alternative: Mido)

⁴ falls SCT keine Option

* Die Postremissionstherapie bei der t-AML richtet sich nach der Eingruppierung in die ELN-Risikostrata

** Bei bestehender Indikation (Gruppe D), E), F)) ggf. direkte Allo-SCT falls Spender schon verfügbar.

*** Beginn der Konsolidierung (mit Ausnahme Allo-SCT) nach Regeneration (ANC \geq 0,5 G/L; PLT \geq 100 G/L), frühestens an d29 des Vorzyklus; CPX-351: Beginn 5-8 Wochen nach der letzten Induktion/nach der 1. Konsolidierung; KMP incl. MRD-Diagnostik vor jedem Zyklus.

Standard sind 3 Zyklen IDAC; CAVE: falls zuvor HAM verabreicht: max. 3 x IDAC

**** Nach dem letzten Konsolidierungszyklus schließt sich eine Midostaurin-Erhaltung an. Onureg sollte bei Patienten ohne Allo-Option im Rezidiv bzw. falls eine Allo-Tx keine Option darstellt dem Midostaurin bevorzugt werden (Gruppe C).

***** Sorafenib nur im Falle einer FLT3-ITD

§ ad F) bei stabilen Verläufen mit geringer Blastenzahl im KM (<30%), ohne Proliferation und peripherer Zytopenie ist eine primäre allogene Stammzelltransplantation zu diskutieren. Rasche Vorstellung in der KMT Ambulanz und der KMT-Besprechung.

§ ad A) und B) bei prolongierten Zytopenien, die über d35 hinausgehen (nach GO-haltigen Regimen) KMP durchführen und MRD Marker bestimmen, wenn kein Hinweis auf Krankheitsprogress, GO im Folgezyklus nicht mehr verabreichen.

Zulassung Onureg: Alter \geq 18J, CR oder CRi nach Induktion +/- Konsolidierung; keine Allo-Fähigkeit/ Allo vom Patienten abgelehnt.

Nachsorge: Diff-BB + MRD alle 4-6 Wochen (PB, insbesondere bei CBF-AML) oder alle 3 Monate (KM, insbesondere bei NPM1mut) (1./2. Jahr) gefolgt von allen 3-6 Monaten (3.-5.Jahr; MRD optional).

Akute Myeloische Leukämie (AML – nicht APL): Erstlinie bei unfiten Patienten

Diagnostik

Labor (manuelles Blutbild/Ausstriche, Niere, Leber, klinische Chemie, Gerinnung, CK bei geplanter Therapie mit Glasdegib); **Knochenmarkzytologie/-zytochemie**; **Knochenmarkbiopsie**; **Immunphänotypisierung** (bevorzugt aus KM-EDTA); **Zytogenetik** (aus KM-Heparin; ggf. aus PB-Heparin/KM-Stanze); **Molekulargenetik** (bevorzugt aus KM-EDTA); **CT-Thorax**; **EKG**; **Virologie** (Hepatitis-, CMV-, EBV-, VZV- und HIV-Serologie); **AML-Score**; **HCT-CI-Score**
 CAVE: extern erhobene Befunde (Zytologie, FACS, Zytogenetik und Molekulargenetik) sollen in domo wiederholt werden.

1. Wahl

Unfit, alle Genotypen

HMA + Venetoclax*

IDH1 mut

AZA+ Ivosidenib

2. Wahl

LDAC+ Glasdegib**

oder

LDAC+ Venetoclax*/***

oder

HMA

3. Wahl

LDAC

Venetoclax-Therapie:
 Enges Monitoring mit **Knochenmarkdiagnostik (Aspiration+Biopsie) bereits nach Zyklus 1**. Zeitnahe Anpassung der Therapie in Abhängigkeit von Zytopenien/Infektionen und Erreichen einer CR.

Therapieanpassung Venetoclax bei Grad 4 Neutropenie / Thrombozytopenie von mind. 7 Tagen

Vor Erreichen einer Remission

Nach Erreichen einer Remission (Blasten im KM <5%)

Bei Bedarf Transfusion von Blutprodukten; keine regelhafte Unterbrechung der Therapie.

BEI ERSTEM AUFTRETEN

Verzögerung des Folgezyklus bis Tox. auf Grad 2/1 reduziert. Keine Dosisänderung; keine Änderung der Zyklusdauer; ggf. G-CSF-Gabe.

BEI WIEDERHOLTEM AUFTRETEN

Verzögerung des Folgezyklus bis Tox. auf Grad 2/1 reduziert. Keine Dosisänderung; Verkürzung der Venetoclax-Verabreichung (d1-21); ggf. G-CSF-Gabe.

* Bei WBC > 25 G/L: Vorphase mit Hydroxyurea (3.000-6.000 mg/Tag). Insbesondere bei erhöhtem TLS-Risiko (WBC > 25 G/L, zirkulierende Blasten, hohe KM-Infiltration, LDH-Erhöhung, eingeschränkte Nierenfunktion): 1. Zyklus ggf. stationär. Ausreichende Hydrierung. Enge Laborkontrolle analog CATO.

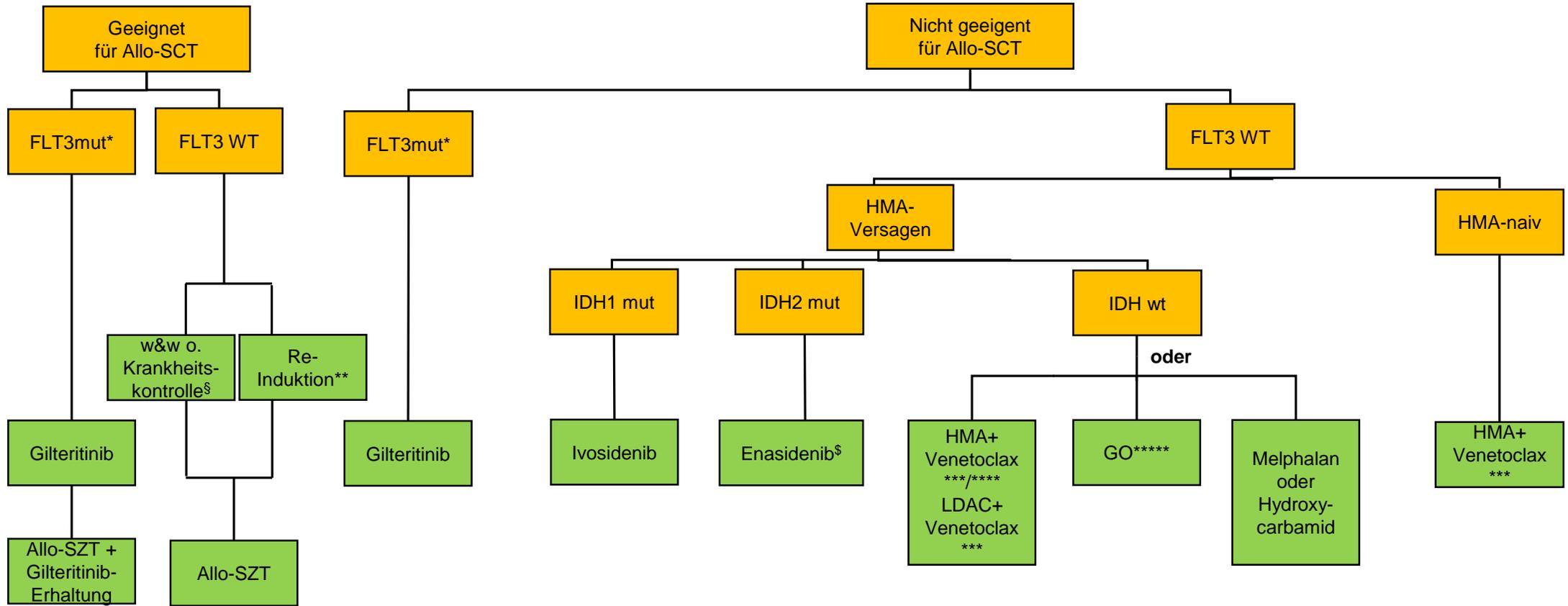
** EKG-Kontrolle unter Therapie (Woche 2; einmal monatlich)

*** Kassenantrag notwendig

Akute Myeloische Leukämie (AML – nicht APL): Rezidierte/Refraktäre AML (r/r AML)

Diagnostik

Labor (manuelles Blutbild/Ausstriche, Niere, Leber, klinische Chemie, Gerinnung); **Knochenmarkzytologie/-zytochemie**; **Knochenmarkbiopsie**; **Immunphänotypisierung** (bevorzugt aus KM-EDTA); **Zytogenetik** (aus KM-Heparin; ggf. aus PB-Heparin/KM-Stanze); **Molekulargenetik** (bevorzugt aus KM-EDTA-wiederholen!); **CT-Thorax** (bei intensiv behandelbaren Pat.); **Organfunktion** (EKG, Echo, Lufu - insbesondere bei intensiv behandelbaren Pat.); **Virologie** (Hepatitis-, CMV-, EBV-, VZV- und HIV-Serologie); **HLA-Typisierung** (falls nicht vorliegend- bei intensiv behandelbaren Pat.); **Typisierung-Verwandtschaft/ Fremdspendersuche** (bei intensiv behandelbaren Pat.); **HCT-CI-Score**; **ggf. Beratung zu fertilitätserhaltenden Maßnahmen in der UFK.**



* FLT3mut: FLT3-ITD und/oder -TKDmut
 ** Mögliche Schemata: S-HAI; S-HAM; FLAG-Ida
 *** plus Venetoclax falls zuvor nicht verabreicht; Antrag muss gestellt werden
 **** Wechsel des HMA
 ***** CD33+; Kassenantrag notwendig; nicht nach vorheriger Allo-SCT
 § wenn allogene Stammzelltransplantation innerhalb von 4-6 Woche realisierbar ist
 Nach vorangegangener Allo-SCT: individuelles Vorgehen (HMA plus Venetoclax, DLI, erneute Allo-SCT diskutieren)
 § bisher keine EMA Zulassung

Venetoclax-Therapie:
 Enges Monitoring mit **Knochenmarkdiagnostik bereits nach Zyklus 1.**
 Zeitnahe Therapieanpassung in Abhängigkeit von Zytopenien/Infektionen und Erreichen einer CR.