

OPTIMALIZACJA TERAPII SZPICZAKA MNOGIEGO w 2012 roku

dr n. med. **Artur Jurczyszyn**

Klinika Hematologii

Szpital Uniwersytecki w Krakowie

FUNDACJA CENTRUM LECZENIA SZPICZKA

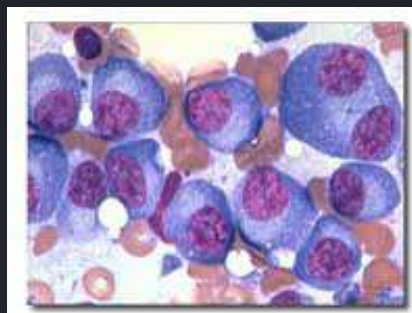
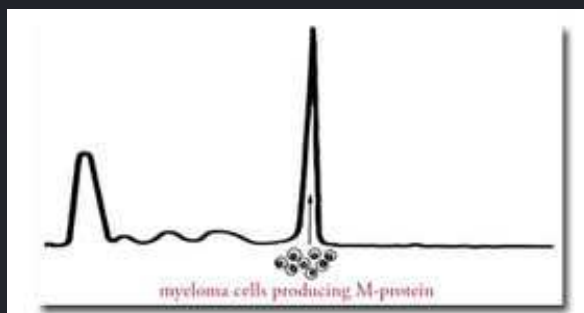


WWW.SZPICZAK.ORG

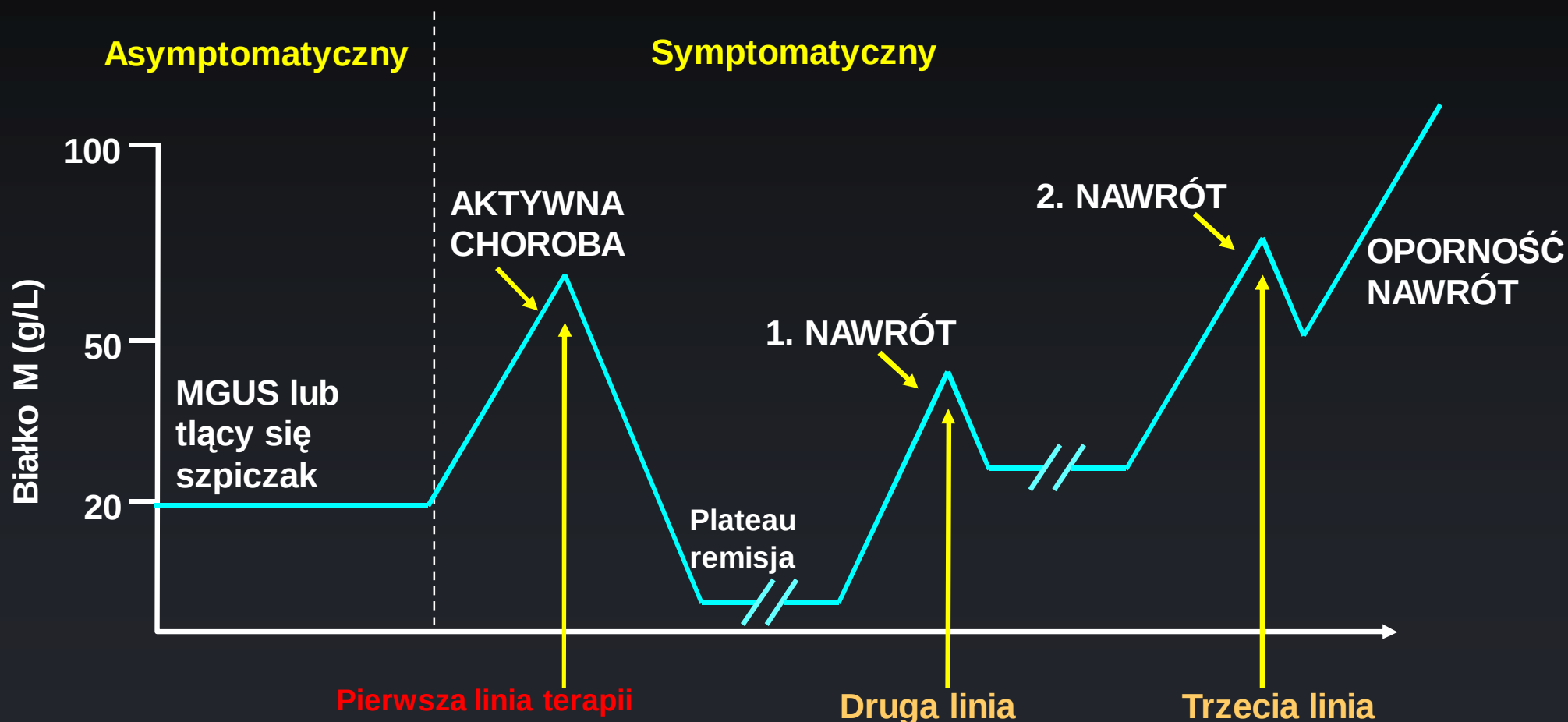
22 maja 2012 roku - Warszawa

Seminarium „Innowacje w hematologii –ocena dostępności w Polsce”

- W 2008 r. odnotowano **95700** przypadków zachorowania na szpiczaka mnogiego na świecie – w tym **31885** przypadków zachorowań w Europie, około **1300** przypadków w Polsce, obecnie na świecie żyje około 1 mln chorych ze szpiczakiem
- Zachorowalność na szpiczaka mnogiego wzrasta z wiekiem
- Średnia wieku, w którym choroba jest diagnozowana wynosi 60-70 lat
- 2% pacjentów ma w momencie rozpoznania choroby mniej niż 40 lat
- Choroba częściej występuje u mężczyzn
- Świadomość społeczna choroby jest bardzo niska. Tylko 1 na 50 osób wie o istnieniu choroby
- Szpiczak mnogi zabija więcej ludzi niż rak wątroby i rak szyjki macicy



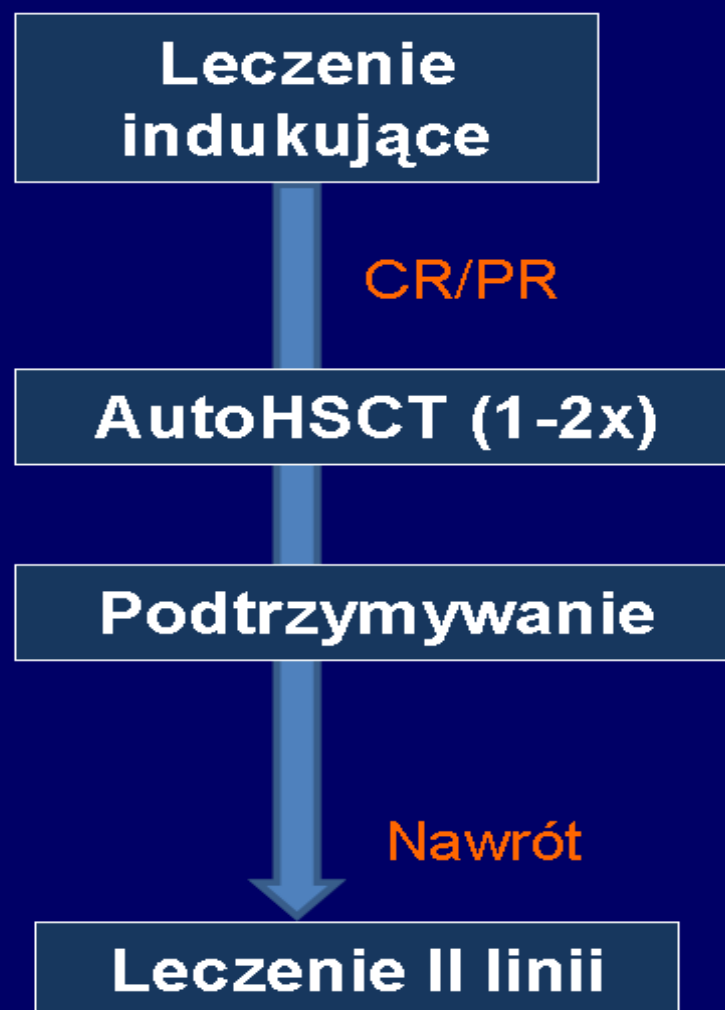
Stadia/Etapy szpiczaka mnogiego



Pierwsza linia terapii
TZW. ŻŁOTY STRZAŁ
NAJWAŻNIEJSZY ETAP,
KTÓRY DETERMINUJE
DŁUGOŚĆ ŻYCIA CHOREGO

SZPICZAK PLAZMOCYTOWY

– LECZENIE U CHORYCH <65 rż
(kwalifikujących się do autoHSCT)



OBECNIE W POLSCE **BORTEZOMIB** JEST DOSTĘPNY W RAMACH TZW.
PROGRAMU TERAPEUTYCZNEGO:
LECZENIE OPORNYCH POSTACI SZPICZAKA MNOGIEGO (PLAZMOCYTOWEGO)

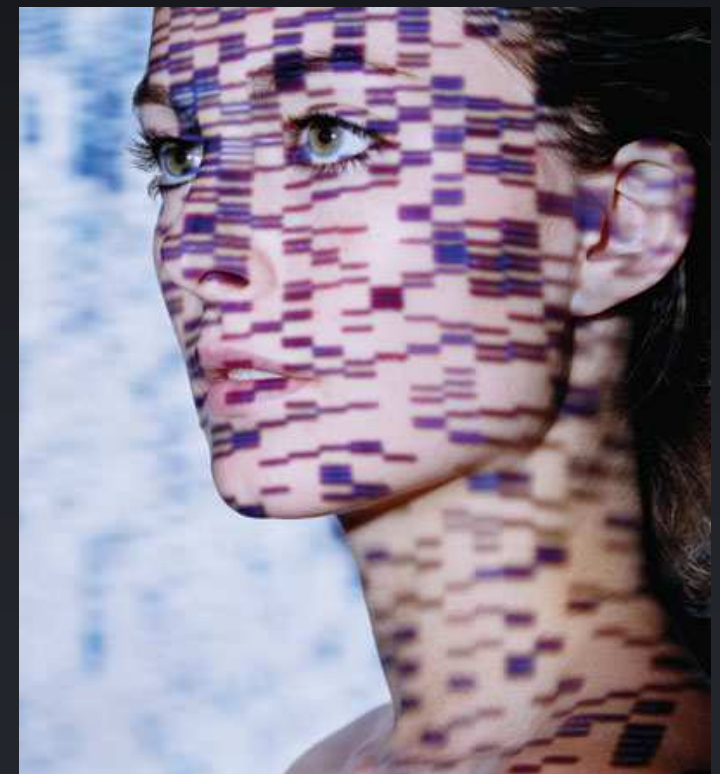
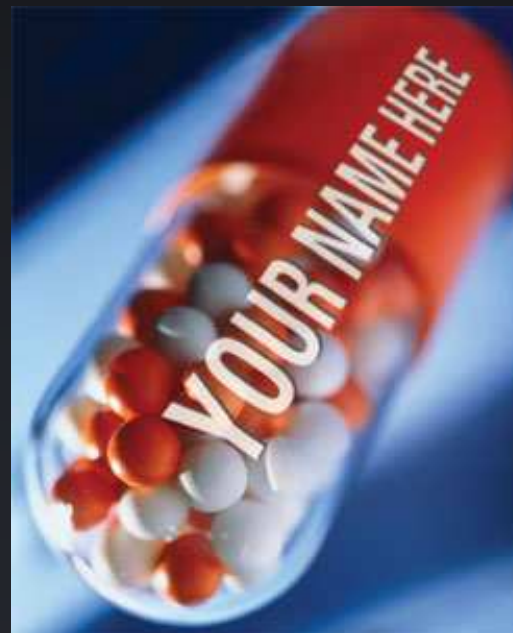
JEST TO JEDYNI LECZENIE II, III i IV RZUTU
W PROGRAMIE SĄ NARZUCONE BARDZO ŚCISŁE KRYTERIA WŁĄCZENIA, W
KTÓRYCH JEST OBOWIĄZKOWE ABY KLIRENS KREATYNINY WYNOSIŁ > 30 ml/min

BARDZO ŚCISŁE JEST TEŻ DAWKOWANIE....NIE MOŻNA LEKU PODAWAĆ 1x w
TYGODNIU CO BYŁOBY OPTYMANLE U STARSZYCH CHORYCH

LEK MOŻNA PODAWAĆ TYLKO DOŻYLNIE (NIE MOŻNA PODAWAĆ PODSKÓRNICIE)

LENALIDOMID JEST PODAWANY TYLKO W RAMACH TZW. CHEMIOTERAPII
NIESTANDARDOWEJ, LEK POWNIEN BYĆ DOSTĘPNY W RAMACH
TZW. KATALOGU CHEMIOTERAPII

Indywidualizacja terapii chorego: nadzieja czy rzeczywistość?



Anna Dmoszyńska¹, Adam Walter-Croneck¹, Joanna Mańko¹, Lidia Usnarska-Zubkiewicz², Beata Stella-Hołowiecka³, Jan Walewski⁴, Grzegorz Charliński⁵, Wiesław Wiktor Jędrzejczak⁵, Elżbieta Wiater⁵, Ewa Marańda⁶, Dominik Dytfeld⁷, Krzysztof Giannopoulos⁸, Krzysztof Jamroziak⁹, Artur Jurczyszyn¹⁰, Aleksander Skotnicki¹⁰

Zalecenia Polskiej Grupy Szpiczakowej dotyczące rozpoznawania i leczenia szpiczaka plazmocytoowego na rok 2012

Recommendations of Polish Myeloma Group concerning diagnosis and therapy of multiple myeloma for 2012

¹ Klinika Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku UM w Lublinie

² Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych UM we Wrocławiu

³ Klinika Hematologii ŚAM w Katowicach

⁴ Centrum Onkologii w Warszawie

⁵ Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM w Warszawie

⁶ IHiT w Warszawie

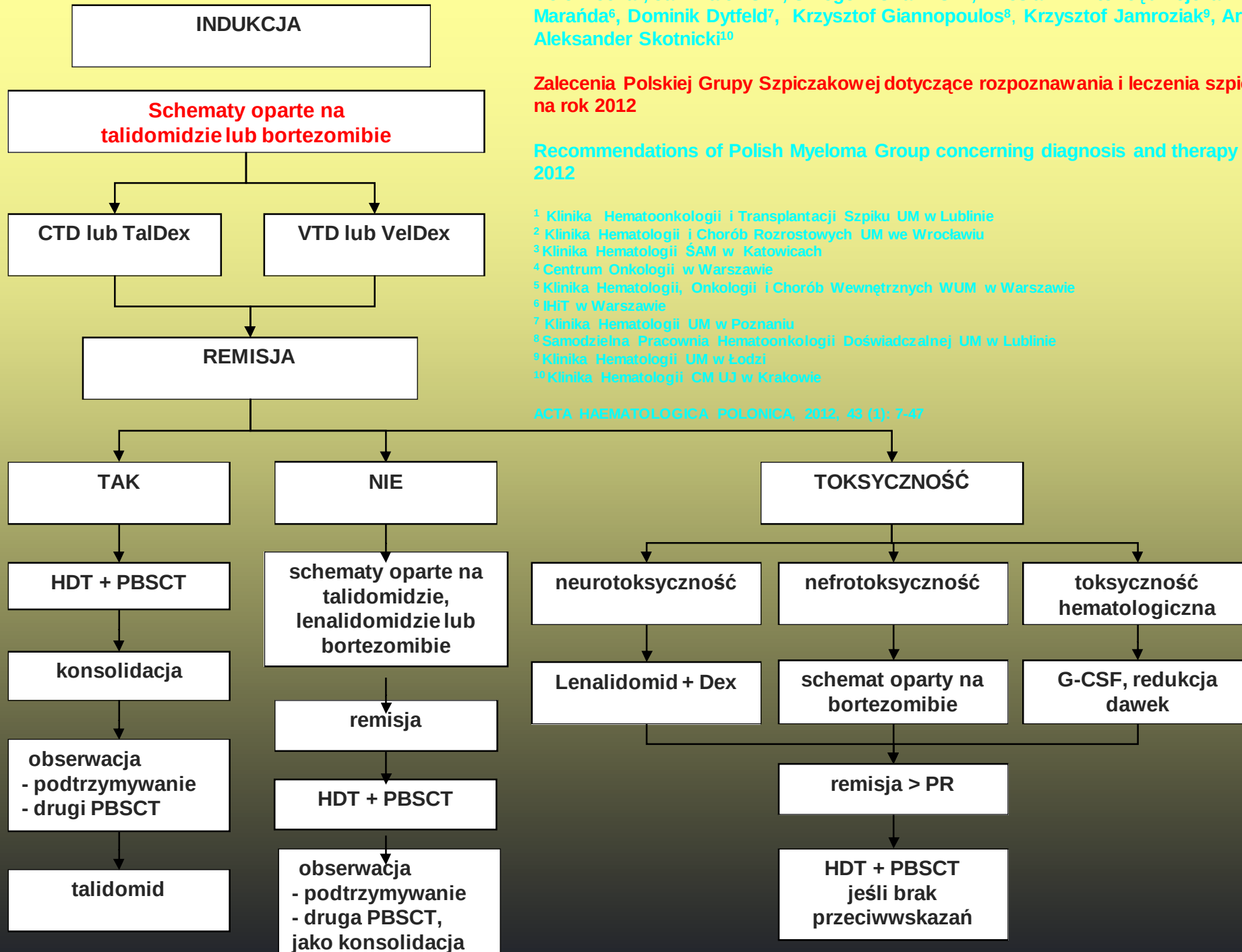
⁷ Klinika Hematologii UM w Poznaniu

⁸ Samodzielna Pracownia Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie

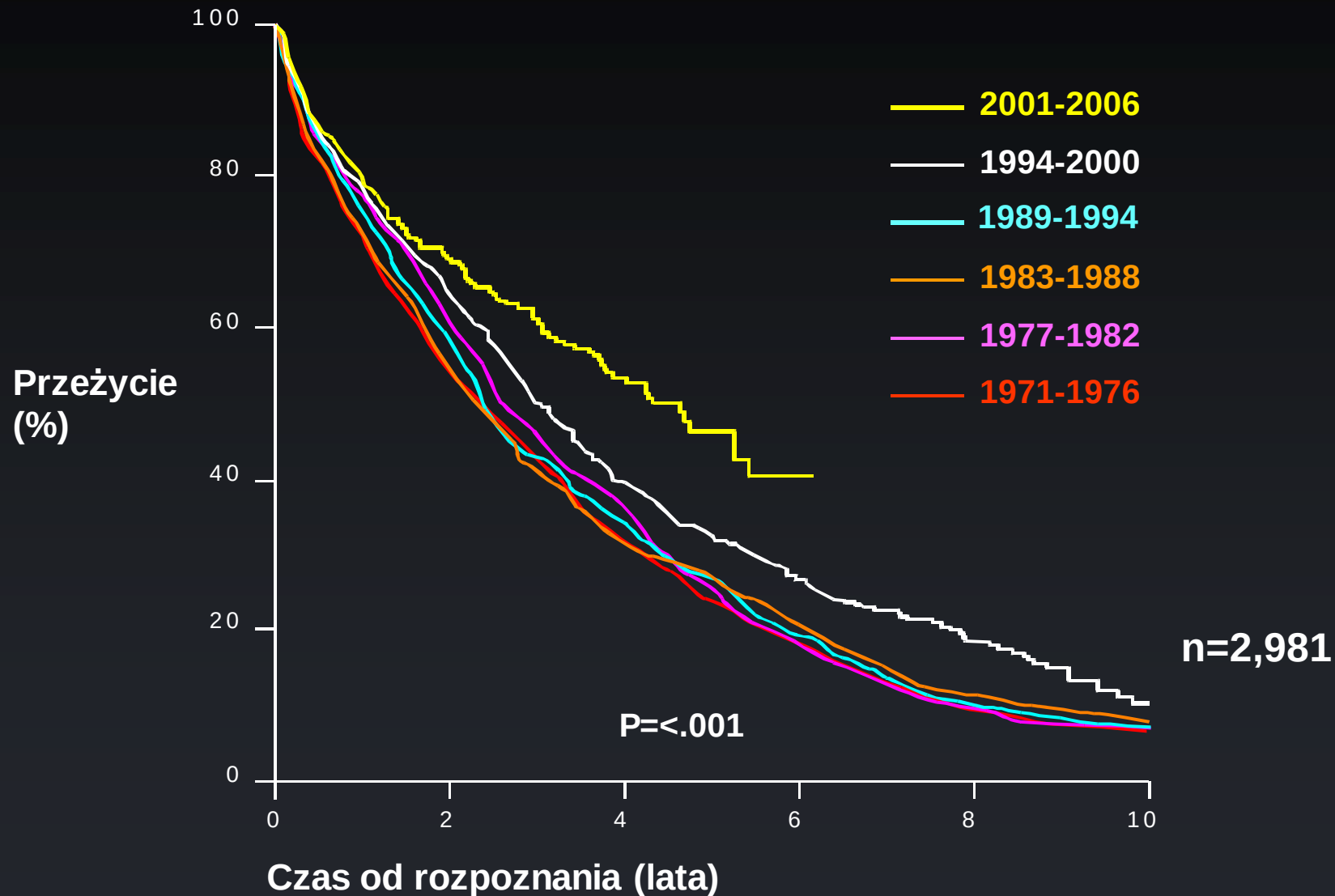
⁹ Klinika Hematologii UM w Łodzi

¹⁰ Klinika Hematologii CM UJ w Krakowie

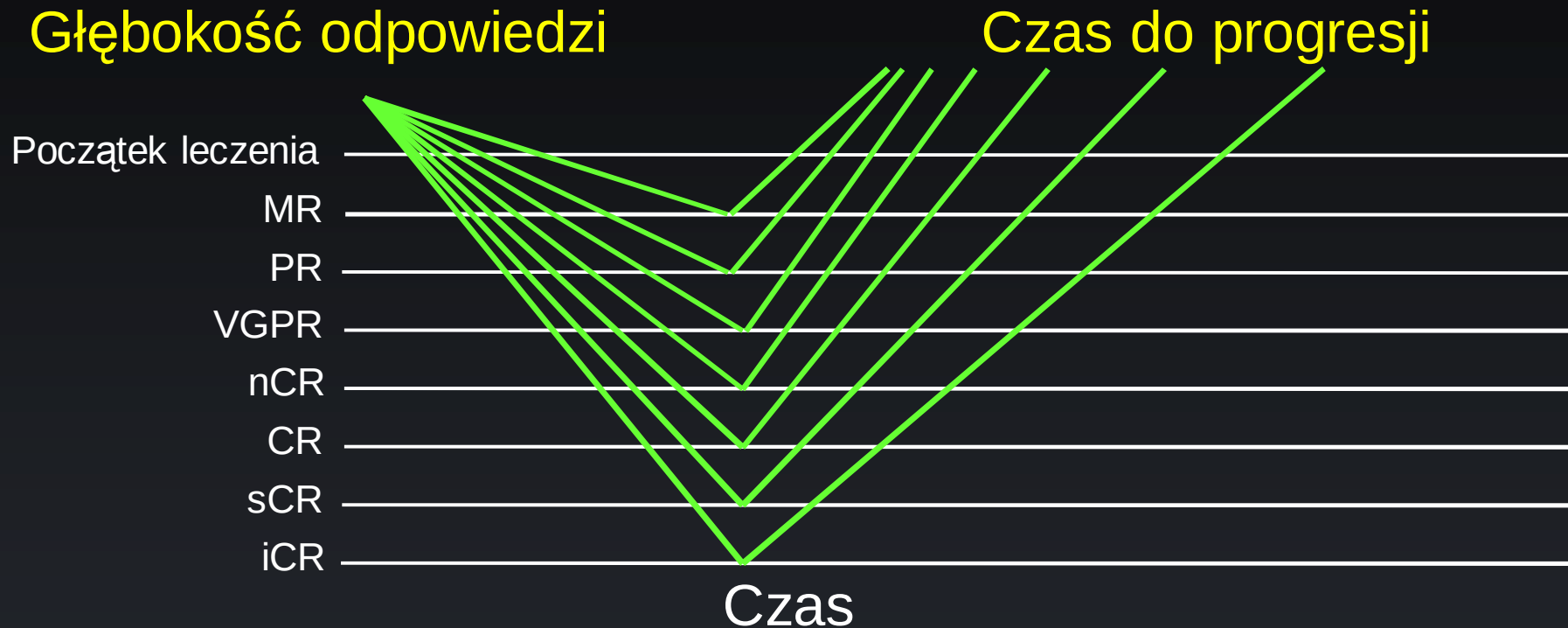
ACTA HAEMATOLOGICA POLONICA, 2012, 43 (1): 7-47



Szpiczak mnogi – wydłużenie przeżycia



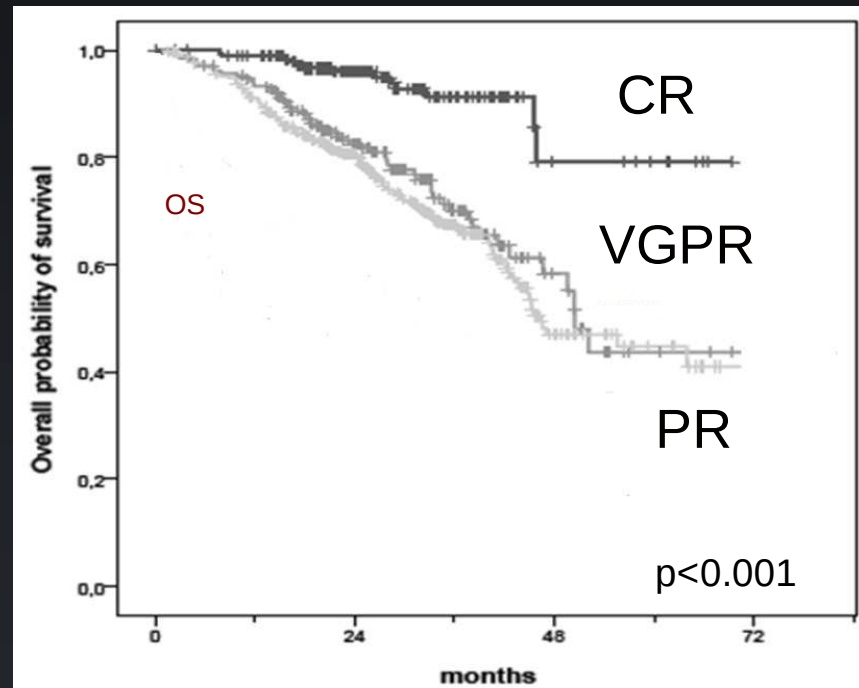
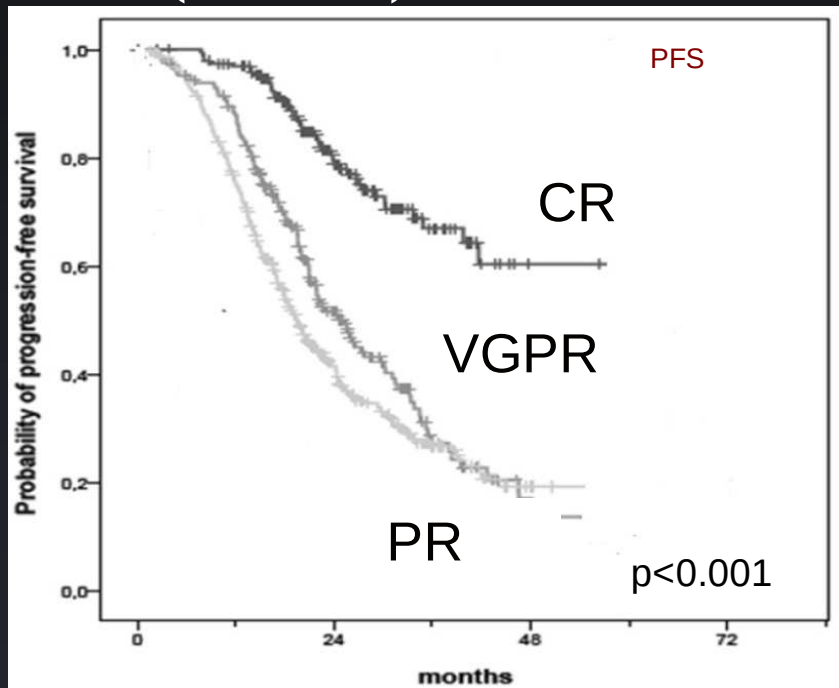
Jaka odpowiedź na leczenie jest najlepsza?



- Głębokość odpowiedzi jest związana z czasem do progresji - TTP

Całkowita remisja koreluje z czasem przeżycia

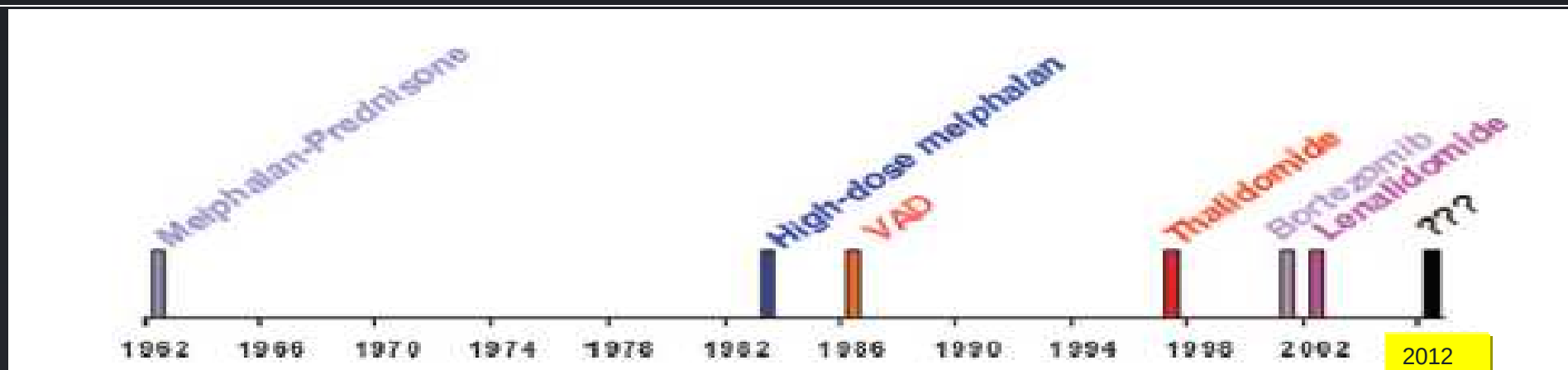
- Retrospektywna analiza trzech randomizowanych badań włoskich i holenderskich (n=1175)
 - MP (n=332), MPT (n=332), VMP (n=257) lub VMPT-VT (n=254)



Jak aktualnie leczyć NOWO zdiagnozowanych pacjentów ze szpiczakiem mnogim (MM) w młodym wieku?

➤ **Młodzi** : <65-70 lat & brak ciężkich schorzeń internistycznych

➤ **Cel**: maksymalne wydłużenie życia (>10-20 lat) z dobrą jego jakością, a być może całkowite wyleczenie w wybranych przypadkach...



mSMART – chorzy poniżej 65-70 roku życia

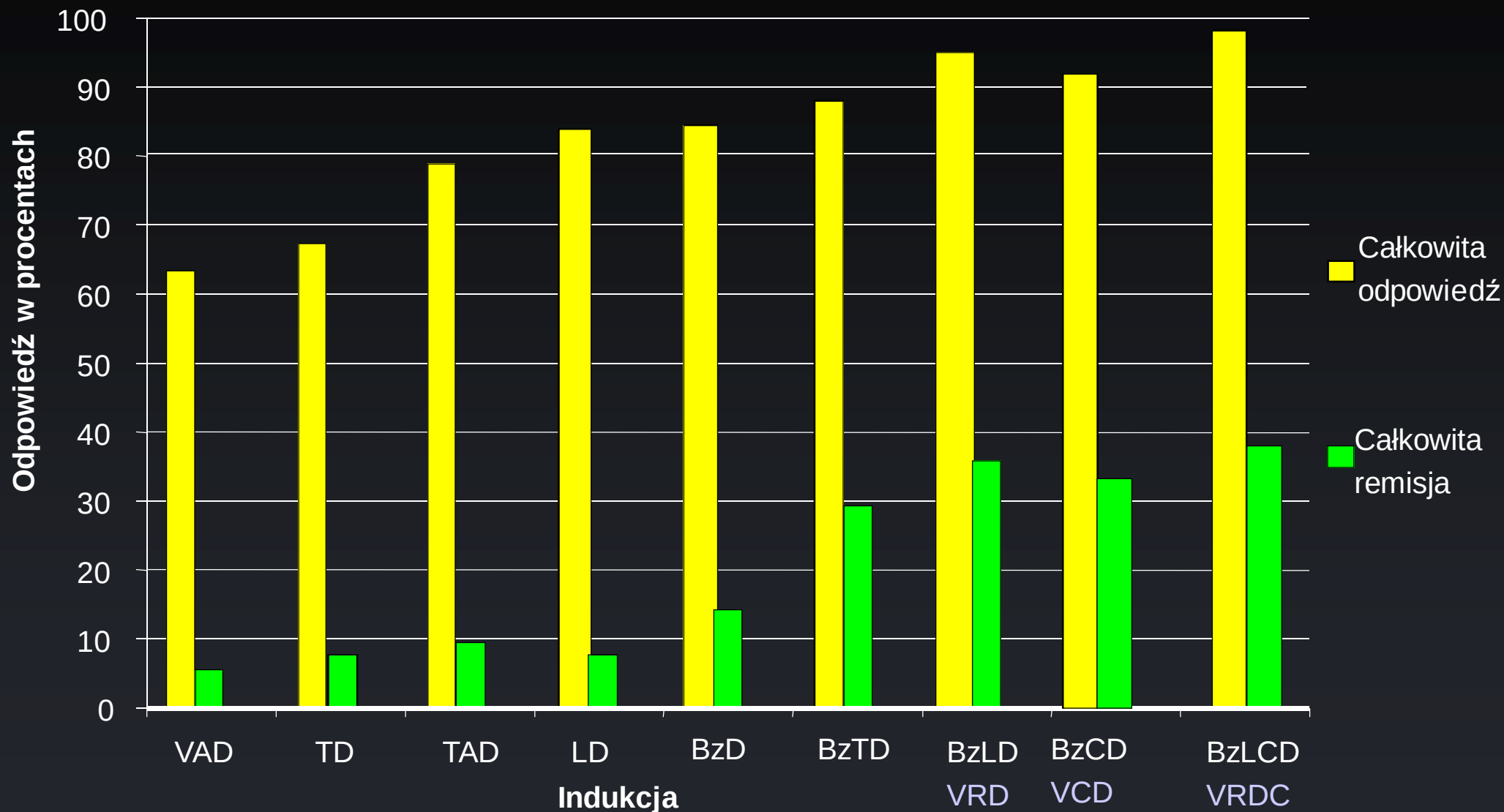


** Bortezomib jest preferowany u chorych z niewydolnością nerek celem szybkiej odp.*

*(**Jeśli wiek >65 lub > 4 cykli Rd rozważyć należy G-CSF plus CTX lub plerixafor)*

*† Kontynuacja Rd jest opcją leczenia dla dobrze odpowiadających z niską toksycznością;
Dex jest zazwyczaj zatrzymywany po roku terapii*

Odpowiedzi po leczeniu nowymi lekami w leczeniu indukcyjnym



1. Kumar ASH 2008 (Blood 112, 91a)
2. Stewart EHA 2008 (Abstr 205)
3. Richardson ASCO 2008 (Abstr 8520)
4. Kumar ASH 2008 (Blood 112, 93a)

- Kumar ASH 2009 (Abst 127): VRD, VCD, VRCD
- Einsele ASH 2009 (Abst 131): VCD x 3 cycles
- Jakubowiak ASH 2009 (Abst 132): VRDoxD

INDUKCJA CHEMIOTERAPII – POLSKA I INNE KRAJE

CTD - CR 15%*

VAD - CR 5%

*Dmoszyńska A. i wsp.: The efficacy and safety of the low-thalidomide dose CTD regimen in patients with multiple myeloma – a report by the Polish Myeloma Study Group, Leukemia Research 34 (2010) 1330-1335.

CyBorD - CR 45%*

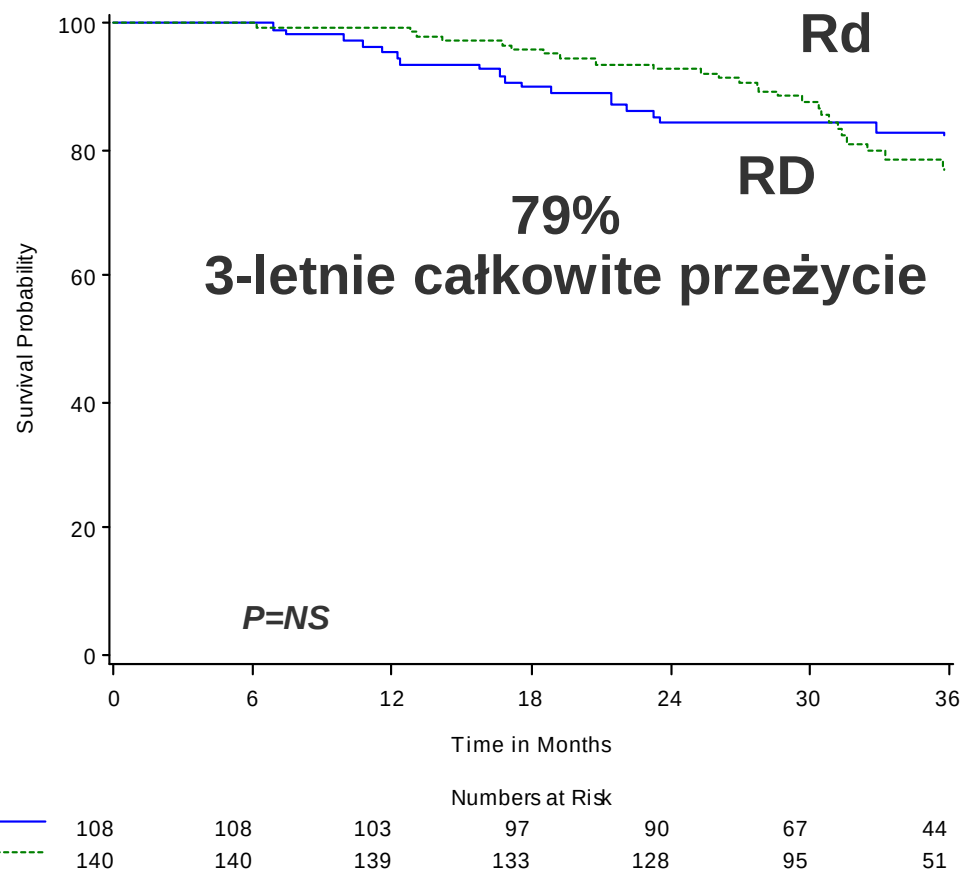
RVD - CR 54%

*Reeder C.B. i wsp.: Once- versus twice-weekly bortezomib induction therapy with CyBorD in newly diagnosed multiple myeloma; Blood 2010 115: 3416 -3417.

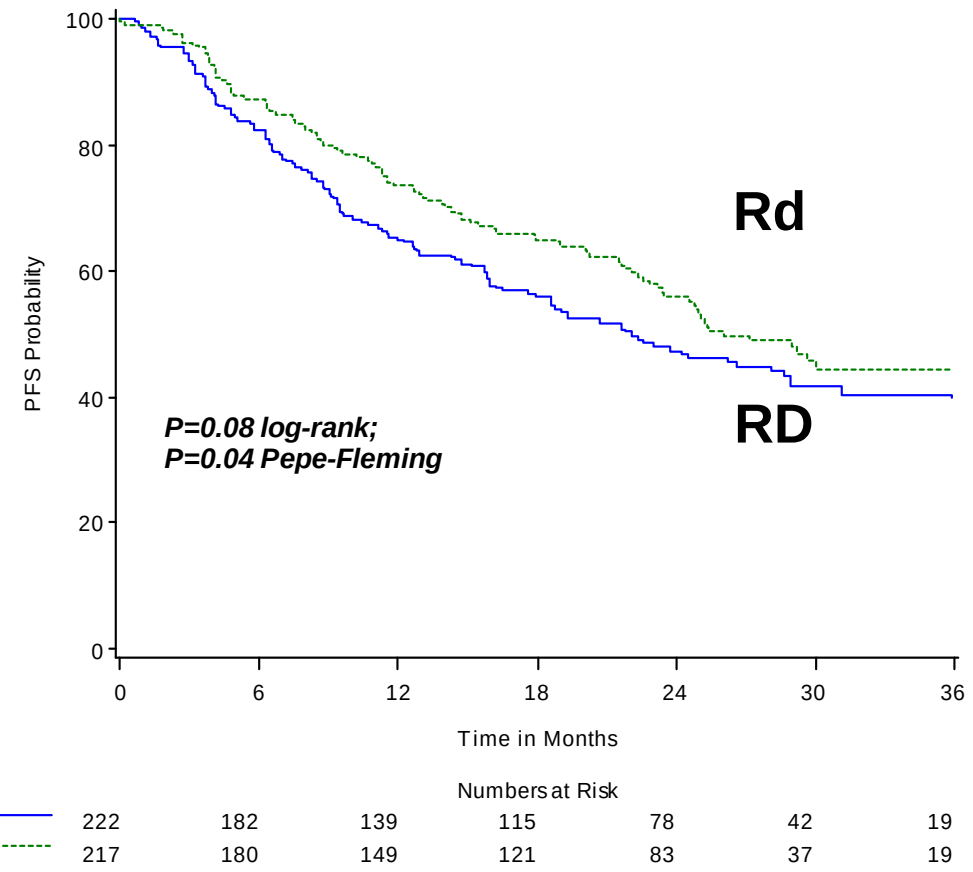
Lenalidomide + DEXAMETAZON

terapia zalecana w EU od czerwca 2007 roku

Całkowite przeżycie



Przeżycie wolne od progresji

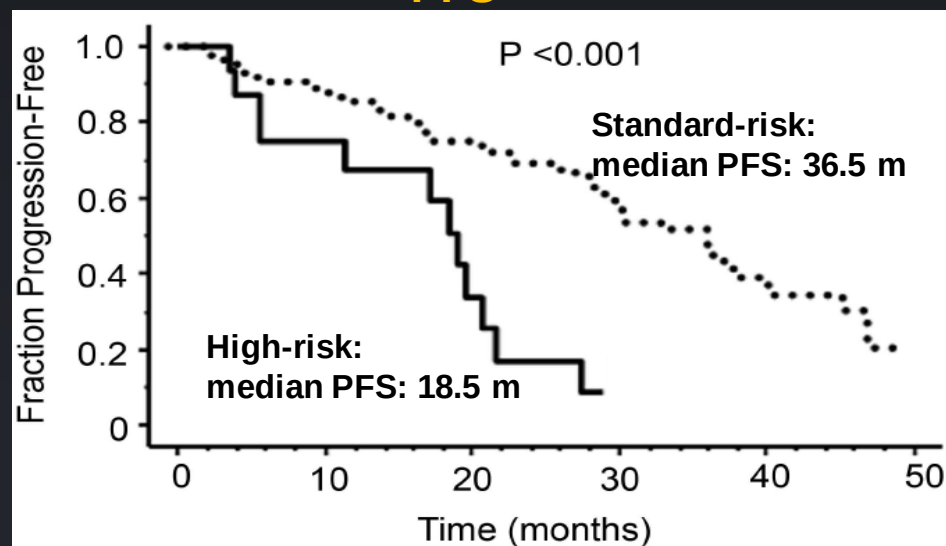


Lenalidomide/Dex u *de novo* chorych z MM – chorzy z wysokim ryzykiem (zaburzenia cytogenetyczne)

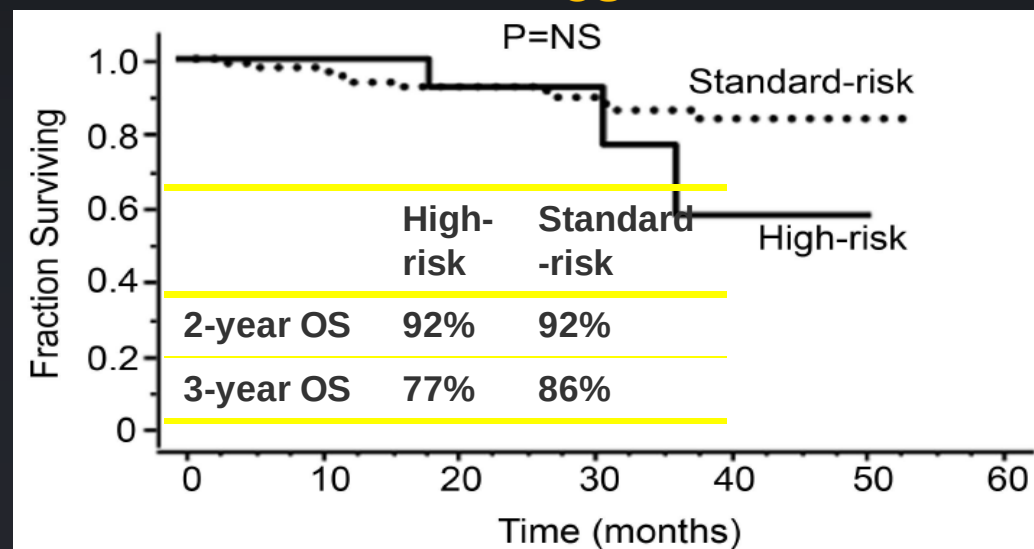
- Pacjenci** (n=100 *de novo* chorych): 16% wysokie ryzyko [*hypodiploidy, del(13) (cytogenetics), del p53, PCL1 ≥ 3%, t(4;14) t(14;16)*]
- Leczenie:** Lenalidomide (25mg/dzień), w dniach 1-21 4-tygodniowego cyklu + Dex
- Wyniki** (obserwacja 36 miesięcy)

	Wysokie ryzyko	Standardowe ryzyko	<i>P</i>
≥ PR	81%	89%	0.56
≥ VGPR	38%	45%	0.36

PFS



OS



Zestawienie wyników prospektywnych badań klinicznych III fazy z zastosowaniem Len i BTZ u pacjentów z RRMM (3)

Wskaźniki odpowiedzi, DOR, PFS i OS

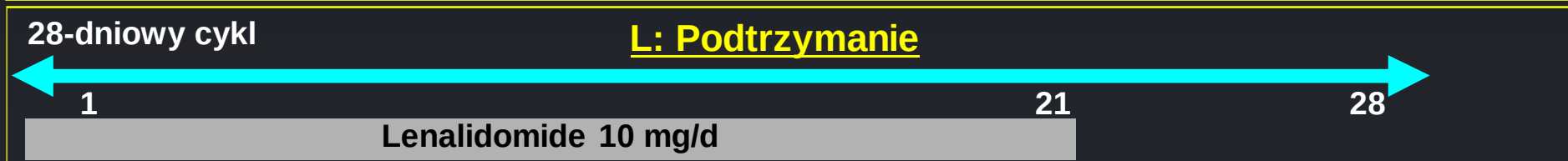
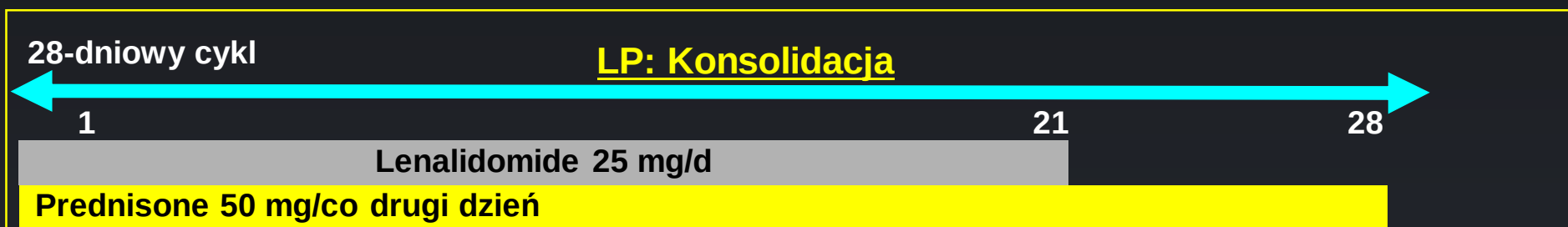
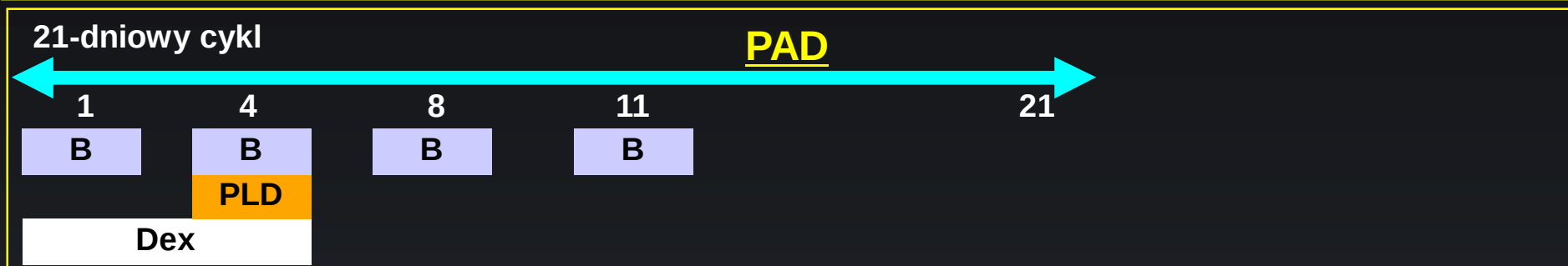
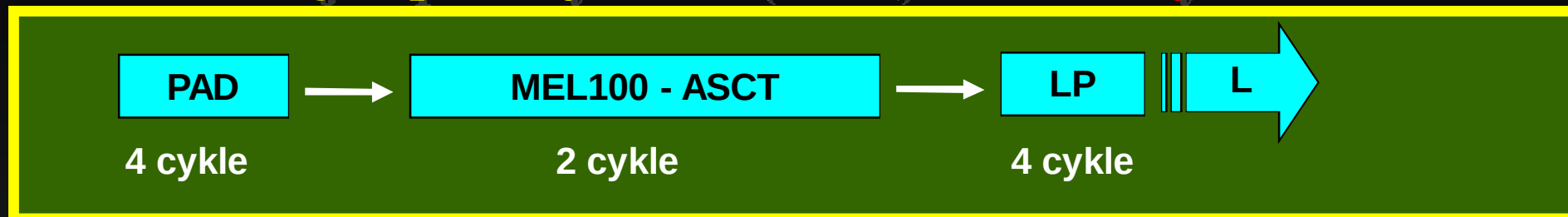
Wyniki leczenia	Len+Dex ¹ n=353	BTZ s.c. ³ n=148	BTZ i.v. ³ n=74	APEX BTZ i.v. ^{4,6} n=333
ORR	61%	52%	52%	43%
≥ VGPR	32%	25%	25%	n.a.
CR	15%	10%	12%	9%
Mediana DOR (mies.)	15,8	9,7	8,7	7,8
Mediana PFS (mies.)	11,1	10,2	8	6,2
Przeżywalność ogółem	38 mies.	1-roczone 72,6%	1-roczone 76,7%	29,8 mies.

Len: lenalidomid; BTZ: bortezomib; RRMM: szpiczak mnogi nawrotowy/oporny; s.c.: podskórnie; i.v.: dożylnie;
TTP: czas do progresji; ORR: odpowiedź ogółem; CR: odpowiedź całkowita; VGPR: odpowiedź bardzo dobra częściowa;
DOR: czas trwania odpowiedzi; PFS: przeżycie bez progresji

Indukcja leczenia (PAD)

+ autologiczny przeszczep komórek macierzystych szpiku

+ konsolidacja i podtrzymanie (LP-L) – 102 chorych w wieku 65-75 lat



PAD: Bortezomib+ Doxorubicin+ Dexamethasone; MEL-100: Melphalan 100 mg/m² ; LP: Lenalidomide+ Prednisone; L: Lenalidomide; B: Bortezomib; PLD: Pegylated liposomal doxorubicin; Dex: Dexamethasone

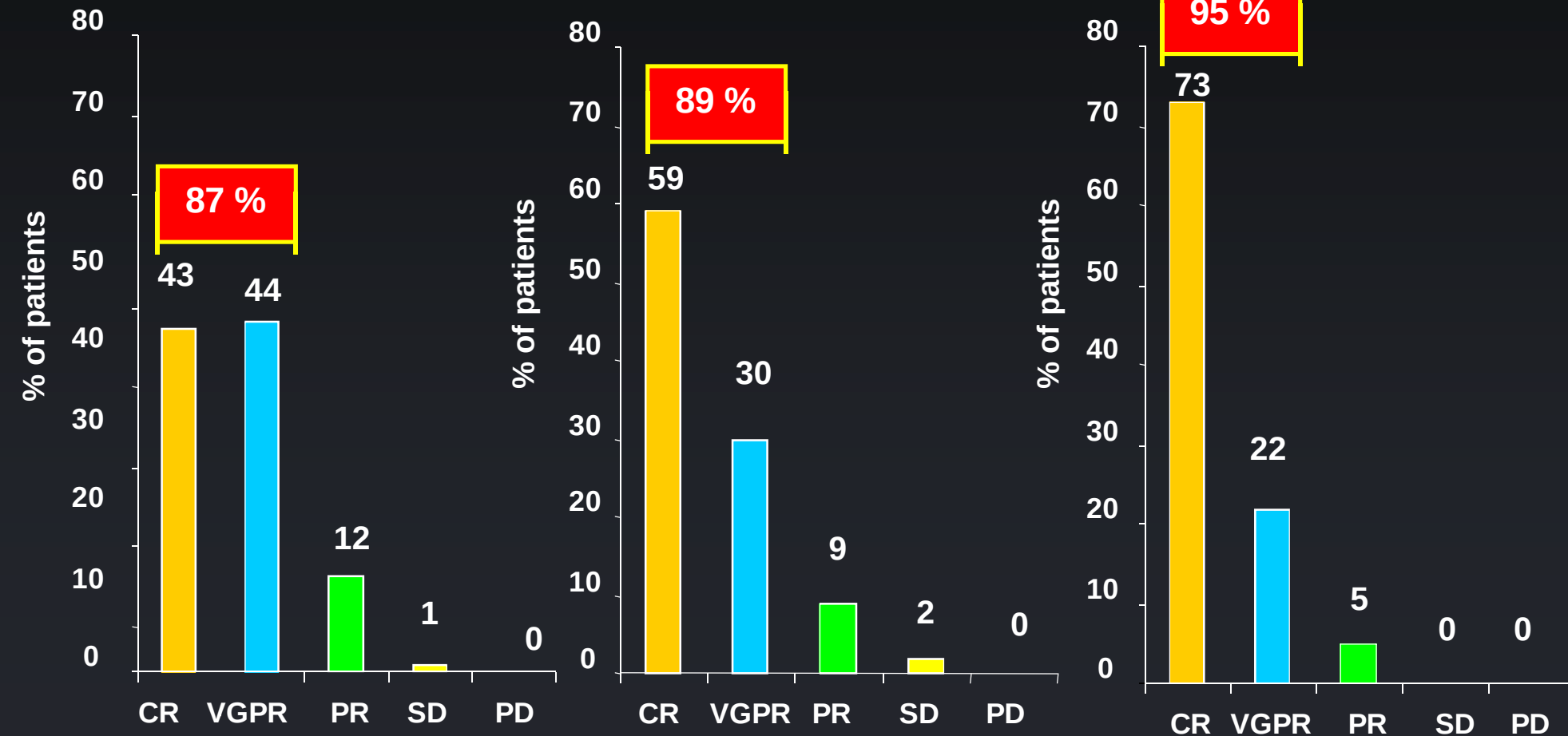
ODPOWIEDZI

PAD-MEL100 vs MEL100-LP vs MEL100-LP-L

**PAD-
MEL100***
n=77

**MEL100-
LP***
n=56

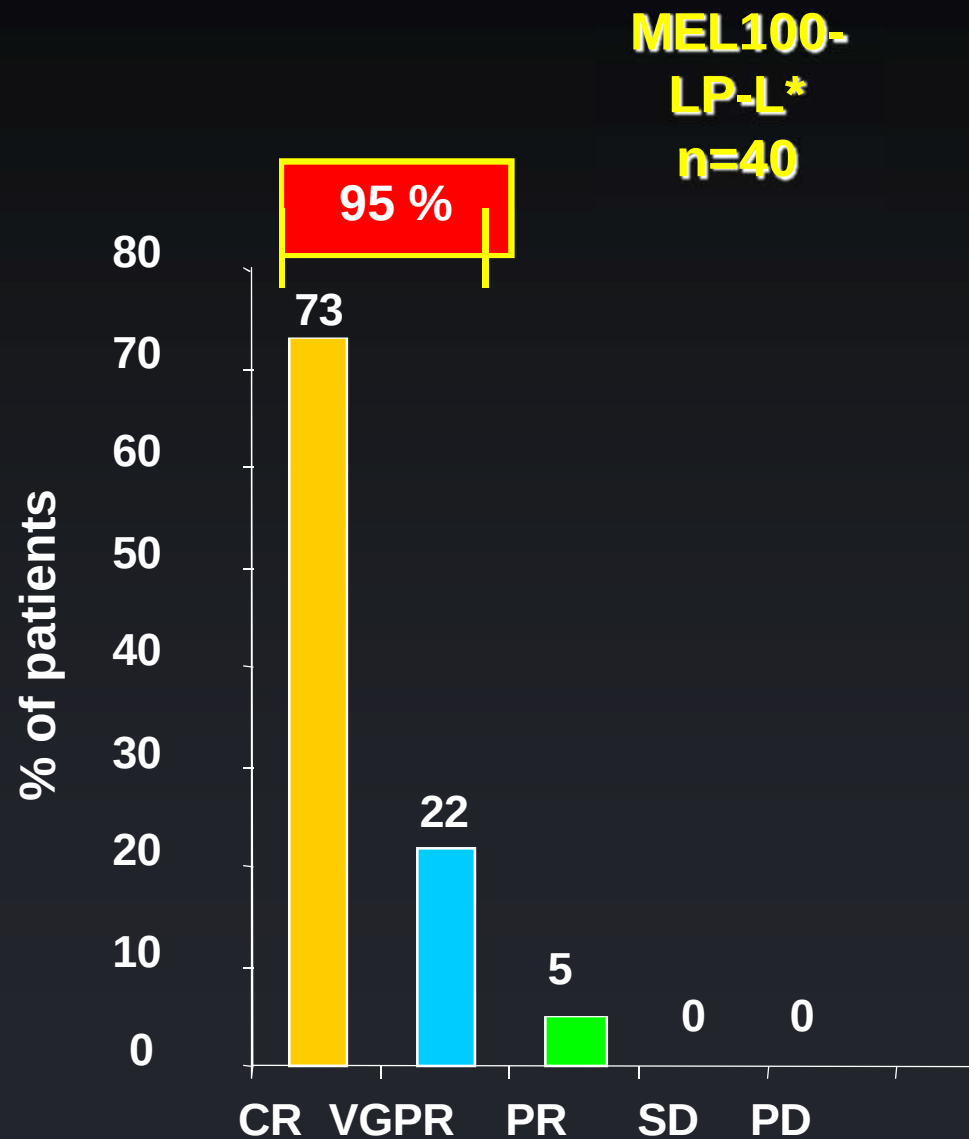
**MEL100-
LP-L***
n=40



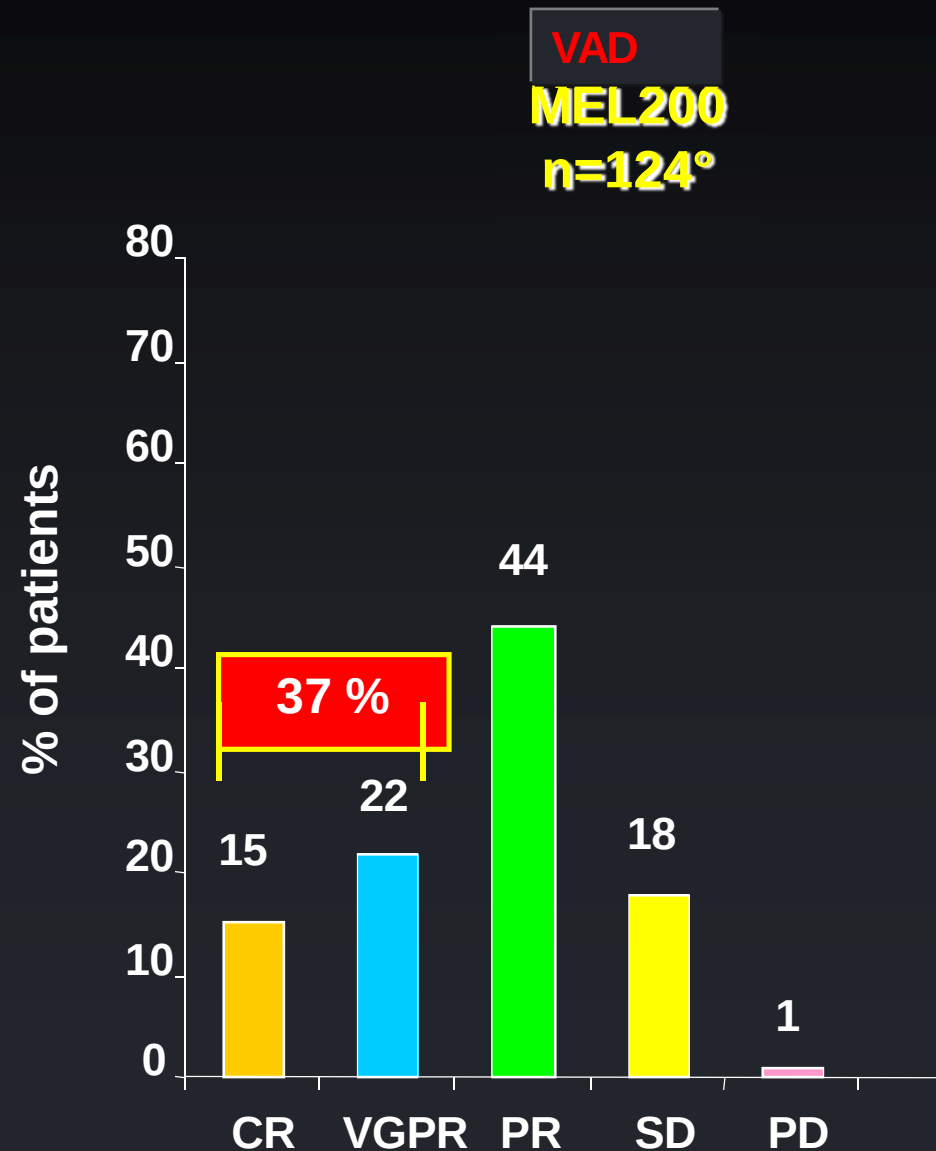
*Per protocol

PORÓWNANIE ODPOWIEDZI

PAD-MEL100 vs VAD-MEL200

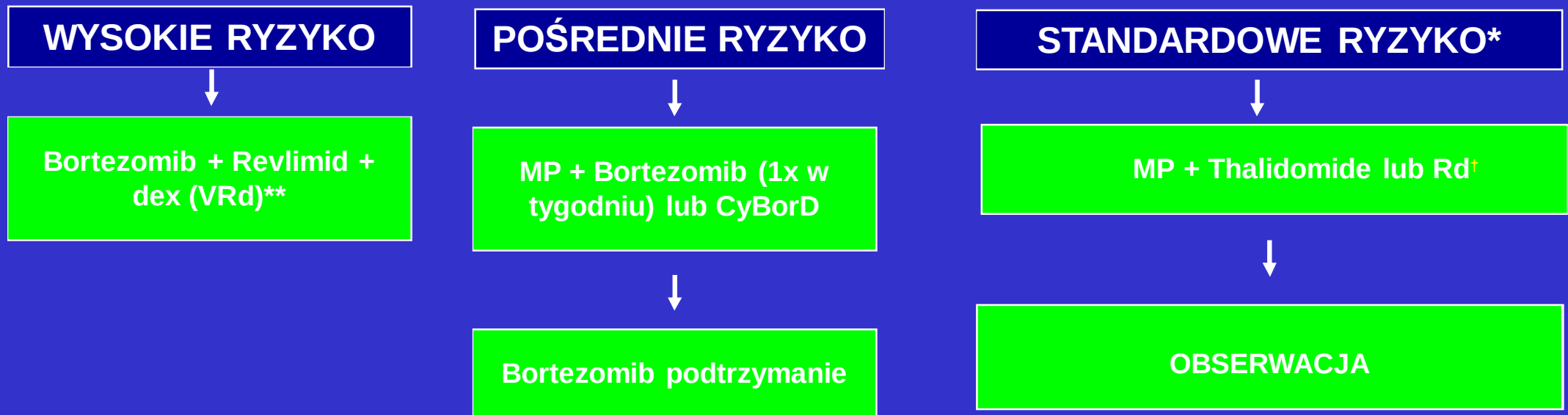


*Per protocol



°Historical control – Palumbo et al. Blood 2007;108 [abs727]

mSMART – chorzy powyżej 65-70 roku życia



* Bortezomib jest preferowany u chorych z niewydolnością nerek celem uzyskania szybkiej odp.

** Badania kliniczne zdecydowanie rekomendują

† Kontynuacja Rd jest opcją leczenia dla dobrze odpowiadających pacjentów, gdzie obserwujemy niewiele efektów ubocznych; Dex jest zazwyczaj odstawiany po roku terapii

BORTEZOMIB w SZPICZAKU MNOGIM

2000 - Faza I: bezpieczny lek o wysokiej aktywności przeciwnowotworowej

2000 - Celem terapii jest apoptoza komórek nowotworowych, działanie na podścielisko szpiku kostnego

2001 - Faza II badań u chorych opornych/nawrotowych

2003 - lek zatwierdzony przez FDA w USA: 35% odpowiedź kliniczna (CR), sukces kliniczny, długość odpowiedzi 12 miesięcy

2004 - Faza III badań VEL vs Dex u chorych opornych z MM

2005 - FDA przyjmuje: wydłużenie TTP i OS

2006 Wysoka odpowiedź i CR przy leczeniu pierwszo-liniowym

2006 - powstają nowe inhibitory proteasomów

2007 - Faza III badań u chorych z *de novo* MM

2008 - FDA zatwierdza lek jako **terapię pierwszo-liniową**

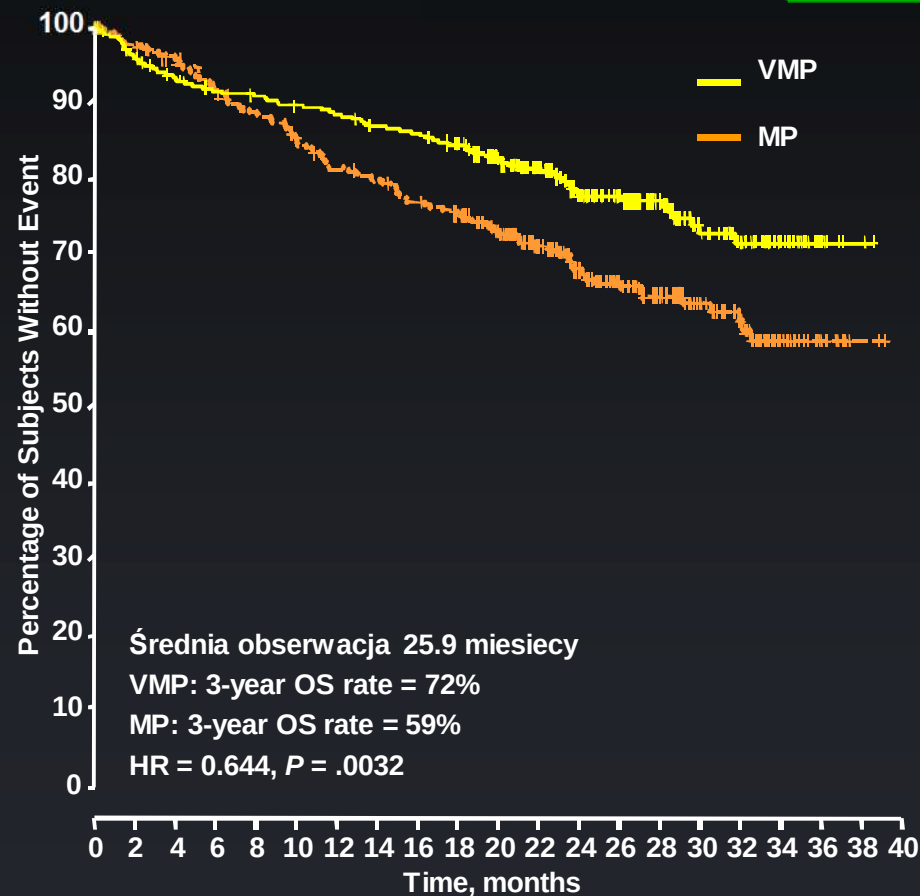
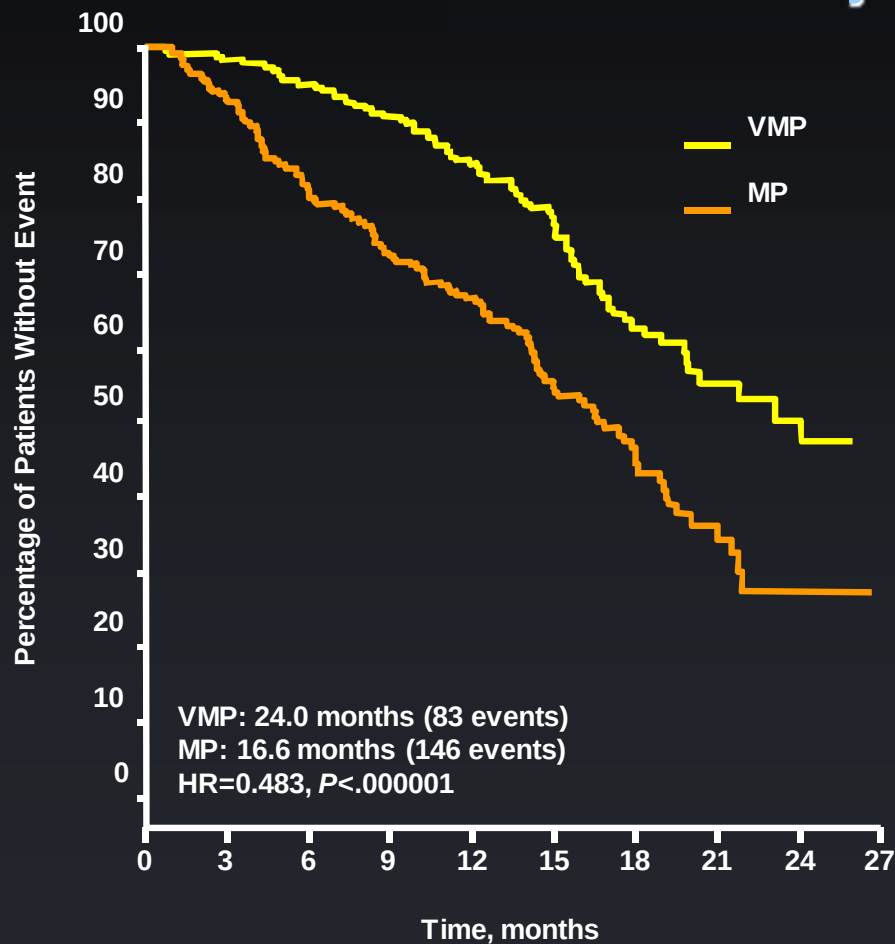
VMP (bortezomib/melphalan/prednisone)

Aktualnie standard leczenia

52% redukcja ryzyka progresji

~36% redukcja ryzyka śmierci

**BADANIE
VISTA**



REKOMENDACJE wg prof. Antonio Palumbo

Autologiczna transplantacja	Chemioterapia w pełnych dawkach	Chemioterapia w zredukowanych dawkach
<65 lat	65-75 lat	>75 lat
W dobrej formie klinicznej z <u>prawidłową</u> pracą: •serca •płuc •wątroby •nerek	W dobrej formie klinicznej z <u>prawidłową</u> pracą: •serca •płuc •wątroby •nerek	W dobrej formie klinicznej z <u>prawidłową</u> pracą: •serca •płuc •wątroby •nerek
	<65 lat	65-75 lat
	Z <u>nieprawidłową</u> pracą: •serca •płuc •wątroby •nerek	Z <u>nieprawidłową</u> pracą: •serca •płuc •wątroby •nerek

DAWKA BORTEZOMIBU

- Zależy od wieku i schorzeń towarzyszących (serce, płuca, nerki, wątroba)

	<65 lat	65–75 lat	>75 lat
Bortezomib	1.3 mg/m ² dwa razy w tygodniu	1.3 mg/m ² pierwszy cykl dwa razy w tygodniu i dalej jeden raz w tygodniu	1.3 mg/m ² jeden raz w tygodniu

- Podawanie leku jeden raz w tygodniu jest równie skuteczne i ostatecznie chory otrzyma łączną dawkę podobnie jak w Programie VISTA ale będzie to z dużo mniejszą toksycznością

Jeśli dojdzie do powikłań 3 lub/i 4 stopnia wg WHO należy:

1. Przerwać leczenie
2. Począć aż objawy uboczne cofną się do 1 stopnia wg WHO
3. Ponowić leczenie w mniejszych dawkach leku

Jak postępujemy z dawkowaniem **lenalidomidu** u chorych z niewydolnością nerek?

REKOMENDACJE

Funkcja nerek (klirens kreatyniny)	Dawka lenalidomidu
$Cl_{Cr} \geq 50$ mL/min	25 mg/dobę (pełna dawka)
$30 \leq Cl_{Cr} < 50$ mL/min	10 mg/dobę*
$Cl_{Cr} < 30$ mL/min, dializy nie są wymagane	15 mg co drugi dzień**
$Cl_{Cr} < 30$ mL/min, potrzebne dializy	5 mg/dobę; w dniu dializ lek powinien być podany po dializie

* Dawka może być zwiększona do 15 mg/dobę po 2 cyklach, jeśli u chorego nie ma odpowiedzi na leczenie i tolerancja leczenia jest dobra.

** Dawka może być obniżona do 10 mg/dobę, jeśli chory dobrze toleruje terapię.

Bendamustyna, thalidomide
i dexamethasone (BTD) są skuteczną
metodą leczenia dla chorych
z oporną/nawrotową postacią choroby

Grey-Davies E i wsp. Br J Haematol. (2012) 156: 552-55

BTD u chorych z oporną/nawrotową postacią MM: protokół badania

Oporna/nawrotowa
MM

Bendamustine 60 mg/m² d 1, 8, 15
+ Thalidomide 50-200 mg dziennie
+ Dexamethasone 20 mg d 1, 2, 8, 9, 15, 16, 21, 22
q4w

Overall Response Rate
Overall Survival
Bezpieczeństwo

Charakterystyka chorych:

23 pacjentów w wieku 65 lat (średnia 39-83)

średnio 5 wcześniejszych linii terapii (range 3-7)

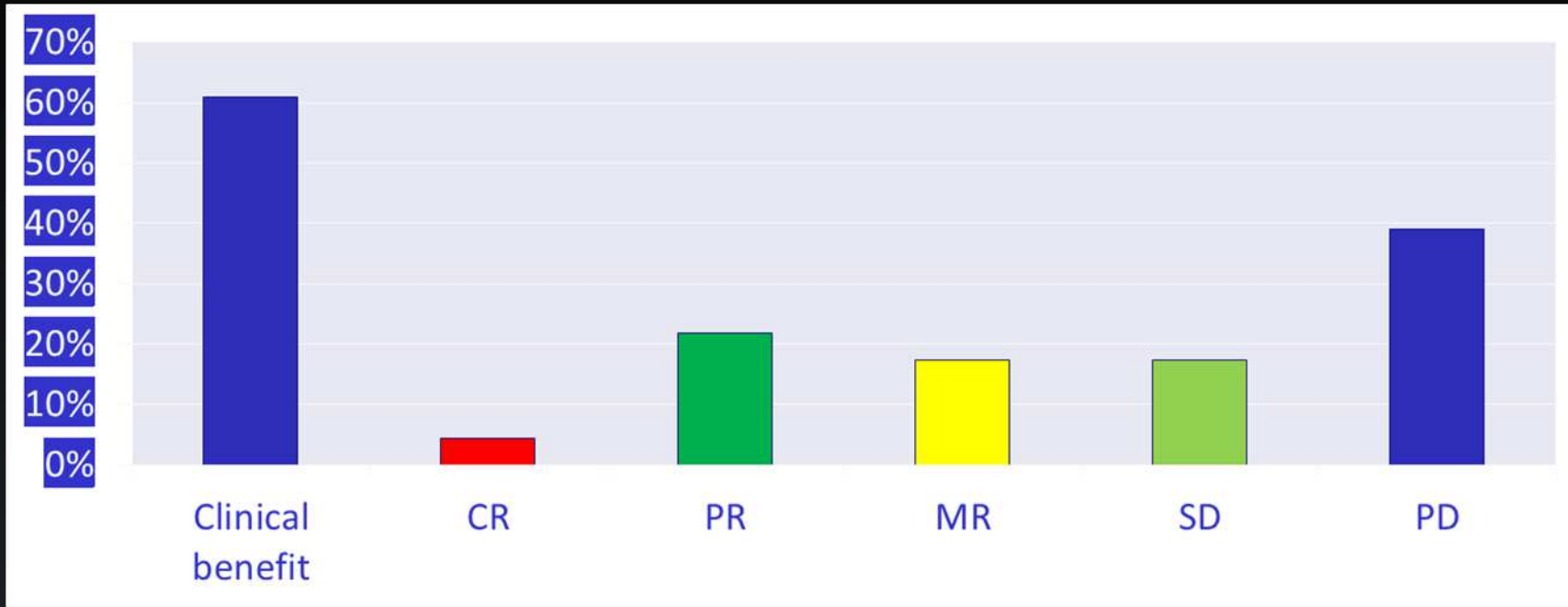
87% przyjmowało lenalidomide, 100% thalidomide, 91% bortezomib

9 pacjentów miało wcześniej pancytopenię (stopień 3/4)

MM: Multiple Myeloma

BTD : Bendamustine, Thalidomide, Dexamethasone

BTD u chorych z oporną/nawrotową MM



- Średnia liczba cykli 3
- Średni czas do najlepszej odpowiedzi: 3 miesiące
- Średni czas przeżycia: 15 miesięcy (responders) vs 3 miesiące (non-responders) ($p < 0.001$)

CR: Complete Response
PR : Partial Response
MR : Minor Response
SD : Stable Disease
PD: Disease Progression
OS: Overall Survival

Grey-Davies E et al. Br J Haematol. (2012) 156: 552-55

Jaka jest przyszłość chorych na szpiczaka mnogiego w Polsce w 2012 roku?

- Należy zwiększyć dostępność do leków, które powinny być używane w sposób bardziej powszechny: **BORTEZOMIB, LENALIDOMIDE, BENDAMUSTYNA** i inne.
- Powinno się wydłużać remisje oraz ulepszać jakość życia chorych (np. **zabiegi vertebroplastyki** lub kyfoplastyki kręgosłupa)
- Należy zwiększyć dostępność do wieloośrodkowych, randomizowanych badań klinicznych z nowymi lekami (np.: **pomalidomid, carfilzomib, elotuzumab** i inne)
- Wsparcie psychoonkologiczne oraz **współpraca interdyscyplinarna** z innymi specjalistami

BORTEZOMIB oraz LENALIDOMID – NOWOCZESNE LEKI POWINNY SIĘ ZNALEŻĆ W KATALOGU CHEMIOTERAPII (podobnie jak RITUXIMAB dla PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFATYCZNEJ)

HEMATOLOG DECYDUJE CO DLA CHOREGO JEST OPTYMALNE (INDYWIDUALIZACJA DAWEK)

BORTEZOMIB – JEDYNY NOWOCZESNY I SKUTECZNY LEK PRZY OSTREJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK W SZPICZAKU (OBECNIE CAŁKOWICIE NIEDOSTĘPNY DLA TYCH CHORYCH)

BORTEZOMIB NALEŻY WPROWDZIEĆ DO PIERWSZEJ LINII LECZENIA DLA PACJENTÓW z WYSOKIM RYZYKIEM NOWOTWORU, lek PODAWAĆ PODSKÓRNIC

BORTEZOMIB JEST OPTYMALNYM LEKIEM DLA CHORYCH W KONSOLIDACJI PO AUTOPRZESZCZEPIE SZPIKU KOSTNEGO

LENALIDOMID JEST BARDZO DOBRYM LEKIEM DLA CHORYCH W PODTRZYMANIU REMISJI CHOROBY

PROGRAMY LEKOWE SŁUŻĄ JEDYNIE LIMITOWANIU I OGRANICZANIU LECZENIA W POLSCE

NALEŻY DĄŻYĆ DO STWORZENIA KILKU CENTRÓW LECZENIA SZPICZAKA – JEDYNIE KOMPLEKSOWA I INTERDYSCYPLINARNA WSPÓŁPRACA WYDŁUŻA ŻYCIE CHORYCH

NALEŻY WŁĄCZAĆ CHORYCH DO PRÓB KLINICZNYCH Z NOWYMI LEKAMI, np. CARFLIZOMIBE, POMALIDOMIDE, PERIFOSINA, ELOTUZUMAB i inne.

DO MINISTERSTWA ZDROWIA I PERSONALNIE DO
DR BARTOSZA ARŁUKOWICZA FUNDACJA CENTRUM LECZENIA
SZPICZAKA WYSTOSOWAŁA W LUTYM I MARCU 2012 roku PISMO z
PROŚBĄ O PILNĄ POMOC w SPRAWIE WPISANIA BORTEZOMIBU DO 1-LINII
LECZENIA oraz W SPRAWIE SKREŚLENIA Z ZAPISU PROGRAMOWEGO
INFORMACJI O KLIRENSIE KREATYNINY 30 ML/MIN

DO TEJ PORY NIKT NIE ODPOWIEDZIAŁ NA NASZE PROŚBY.
ZOSTALIŚMY CAŁKOWICIE ZLEKCEWAŻENI.

KOPIE PISM SĄ CAŁY CZAS DOSTĘPNE NA STRONIE WWW.SZPICZAK.ORG

TERAPIA CHORYCH NA SZPICZAKA MNOGIEGO – czy będzie terapia dla każdego?



*“I Never Think of the Future –
It Comes Soon Enough.”*

A. Einstein (1879-1955)

MAY 28, 2001 28 May 2001

TIME

THERE IS NEW **AMMUNITION**
IN THE WAR AGAINST
CANCER.
THESE ARE THE BULLETS.

Revolutionary new pills like **GLIVEC**
combat cancer by targeting only the
diseased cells. Is this the breakthrough
we've been waiting for?

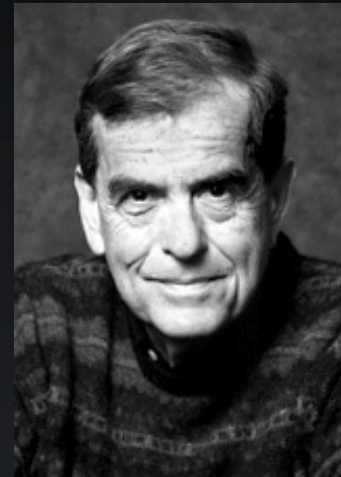


9 770928 843010 21

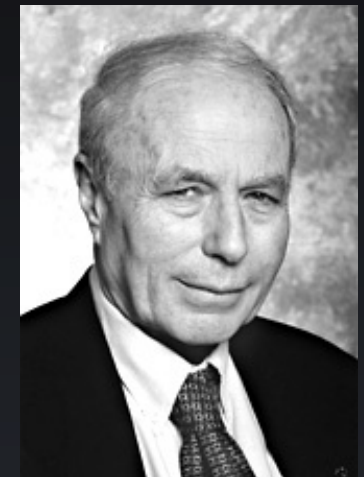
www.timeeurope.com AOL Keyword: TIME

Bortezomib wykorzystanie odkrycia na miarę Nobla

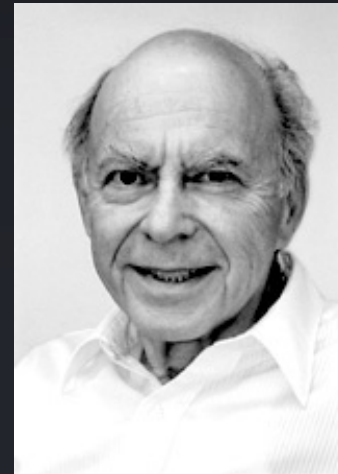
- W latach 1977 - 1983 Aaron Ciechanover, Avram Hershko i Irwin Rose odkryli rolę proteasomu w procesie degradacji białek – co stanowiło podstawę późniejszego opracowania bortezomibu
- Bortezomib został zsyntetyzowany po raz pierwszy w 1995 r.
- W 1999 r. na Uniwersytecie Karoliny Północnej udało się uzyskać odpowiedź całkowitą na bortezomib u chorego na szpiczaka mnogiego.
- Za pionierskie badania nad ubikwityno-zależną proteolizą Ciechanover, Hershko i Rose otrzymali w 2004 r. nagrodę Nobla w dziedzinie chemii.



Aaron Ciechanover



Avram Hershko



Irwin Rose

Wybór schematu leczenia MM: czynniki zależne od pacjenta: wiek, choroby towarzyszące

GO - GO

Brak czynników ryzyka



Poziom dawki 0

MODERATE - GO

≥ 1 czynnik ryzyka



Poziom dawki -1

SLOW-GO

≥ 1 czynnik ryzyka +
toksyczność niehematologiczna
3 - 4 st.



Poziom dawki -2

Lek	Poziom dawki 0	Poziom dawki -1	Poziom dawki - 2
lenalidomid	25mg/dni 1-21/4 tyg.	25mg/dni 1-21/4 tyg.	25mg/dni 1-21/4 tyg.
bortezomib	1,3mg/m ² /2 x w tyg. dni: 1,4,8,11/ 3 tyg.	1,3 mg/m ² /1 x w tyg. dni: 1,8,15,22/ 5 tyg.	1,0 mg/m ² /1 x w tyg. dni: 1,8,15,22/ 5 tyg.

REKOMENDACJE NIEMIECKIE wg prof. Hermann Einsele

Our current strategy in Germany is to use Bortezomib/Cyclophosphamide/Dexamethasone alternatively PAD (Bortezomib, Doxorubicin, Dexamethasone). In current studies we are looking at RAD (Lenalidomide, Doxorubicin, Dexamethasone) or VRD (Bortezomib, Lenalidomide, Dexamethasone). We then do a stem cell harvest mainly after cyclophosphamide mobilization and then mainly a tandem transplantation only in patients that achieve less than a very good partial remission we would offer a single transplantation. Following transplantation we offer patients mainly treatment with Thalidomide and we are optimistic that we surely also have Lenalidomide for maintenance available. In very high risk patients that means patients with 17p deletion or patients with extramedullary disease, plasma cell leukemia we offer up-front allogeneic stem cell transplantation to these patients including a transplant from an HLA-matched unrelated donor.

REKOMENDACJE CZESKIE wg prof. Romana Hajka

Thalidomide YES for all pts and settings (newly diagnosed and relapse) Bortezomib YES for all seniors (newly diagnosed and relapse); Bortezomib YES for juniors in relapse setting Bortezomib NO (formally) for juniors NEWLY diagnosed indicated for autologous transplantation but in fact YES as we have permission for pts . with renal failure. Lenalidomide YES for all pts in relapse. Lenalidomide NO for newly diagnosed pts.

REKOMENDACJE WŁOSKIE (prof. A. PALUMBO)

PIERWSZA LINIA ZAWSZE Z WYKORZYSTANIEM BORTEZOMIBU ZARÓWNO U CHORYCH, KTÓRZA SĄ ORAZ NIE SĄ KANDYDATAMI DO PRZESZCZEPU SZPIKU KOSTNEGO

Ann Hematol. 2012 Apr 4.

SIE, SIES, GITMO evidence-based guidelines on novel agents (thalidomide, bortezomib, and lenalidomide) in the treatment of multiple myeloma.

Barosi G, Merlini G, Billio A, Boccadoro M, Corradini P, Marchetti M, Massaia M, Tosi P, Palumbo A, Cavo M, Tura S.

REKOMANDACJE HISZPAŃSKIE (PROF. JESUS SAN MIGUEL)

Our standard in first line for the elderly is VMP x9 Cycles (weekly administration of Velcade (and if the patient has problems to come the Hospital, we use MPT). For transplant candidates we use either VTD x6 cycles or alternating chemotherapy with VBCMP/VBAD (total 4 cycles , two of each combination) plus two additional cycles of VD or VTD. The reason for this second option is because Velcade is not approved yet for first line in young patients and in some institutions we start with conventional chemo and after 4 cycles if the patient has not achieved CR it is considered as suboptimal response and receive rescue with VD or VTD.

REKOMENDACJE AMERYKAŃSKIE (PROF. PAUL RICHARDSON)

American usual standard is RVD or CyBORd; we do use VTD but find RVD better tolerated and more active...

Other standards are VMP, Rd and VD

REKOMENDACJE GRECKIE (PROF. EVANGELOS TERPOS)

Regarding myeloma therapies in Greece, for newly diagnosed patients:

1. For those who are eligible for transplant: bortezomib+chemo+dexa (VCD, PAD, VD) have been approved as well as thalidomide based therapies but without bortezomib (CTD, TD, TAD). No lenalidomide based regimens have been approved in this setting.
2. For the elderly patients: MPT or MPV can be given.
3. For relapsed patients (second line included) all combinations with bortezomib, thalidomide and lenalidomide can be given but in these combinations only one novel agent can be reimbursed.



**I International Conference
„Complex treatment of plasma cell dyscrasia in 2012 ”**

Kraków, September 9 2012 (sunday) 3.00 pm

Location: Hotel Sary, Szczepańska 5, 31-011 Kraków

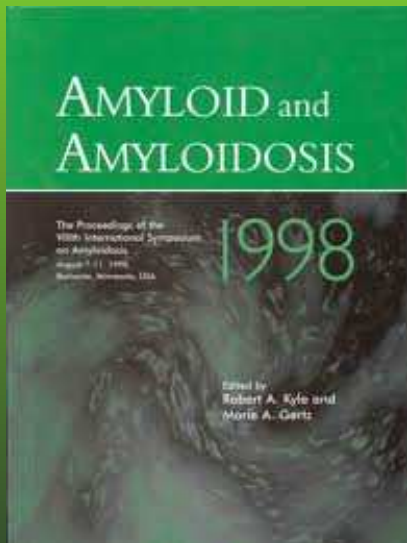
Special guest: prof. Morie A. Gertz, Mayo Clinic, Rochester, USA

**“Managing and therapy of multiple myeloma, Waldenstrom Macroglobulinemia and amyloidosis in 2012”
– prof. Morie A. Gertz – Mayo Clinic USA (90 min.)**

Chairman: prof. A. B. Skotnicki

Panel discussion with attending experts:

prof. Tomasz Stompór – Olsztyn, prof. Jacek Roliński – Lublin, dr Katarzyna Pudełek – Kraków,
prof. Sebastian Giebel – Gliwice, dr Grzegorz Charliński – Warszawa, dr Krzysztof Jamroziak – Łódź,
dr Artur Jurczyszyn – Kraków, dr Dominik Dytfeld – Poznań, dr Piotr Wojciechowski – Katowice,
prof. Lidia Usnarska-Zubkiewicz – Wrocław, dr hab. Jan Maciej Zaucha – Gdynia.



PRZEKAŻ **1% PODATKU**
NA RZECZ FUNDACJI LECZENIA SZPICZAKA



FUNDACJA POSIADA STATUS
ORGANIZACJI POŻYTKU PUBLICZNEGO
KRS: 0000317005

WWW.SZPICZAK.ORG

