

2018-05-23

## **SLG-möte RCC, Stockholm.**

Ordförande: Mats Jerkeman. Vid pennan: Björn Wahlin.

### **CAR-T-celler, Hans Hagberg**

Uppsala 3:e generationens CAR-T. 23 patienter (2 studier). 1: 15 pat, ingen lång remission. 2: 8/15 – mer celler, mer cytostatika. Fler remissioner. Resultat?

ALL: Novartis, ”tisa” pris 4 miljoner. Finns långtidsöverlevare. 25% svår cytokinstorm. Bättre med low-disease burden.

Gilead, ”axicel”. Zuma 1: DLBCL 54% CR, bot kanske 40%. Uppsala-Lund Zuma 7. ASCT v CAR-T (axicel) för pat agg B recidiv <12 mån. Cellgene mycket lik studie i Stockholm.

Utveckling: CRISPR? Nya targets BMCA, multireceptor, kombination med PD-1, NK-cellsaktivering.

### **Hearing NT-rådet, CAR-T, Gunilla Enblad**

Rekommenderas att CAR-T bör ges på universitetssjukhus.

### **Varför blockera FcγRIIB (CD32b), Björn Frendeus, VD för BioInvent AB**

Hur övervinna resistens mot rituximab? BI-1206 blockerar rituximabs internalisering.

### **Ligera (agonistiskt) 4-1BB (CD137), Karin Ekström Smedby**

Javelinstudien. (Arm A: Avelumab (PDL1) + Utimilumab (4-1BB) + Rituximab, B: Avelumab + Utomilumab + Azacytidin, C: Avelumab + Bendamustin + Rituximab). CR 25% i Arm C. Arm A+B inga responser, stängda.

### **Val till SLG:s styrelse**

Valberedningen föreslår som kassör Karin Ekström Smedby och som vice ordförande Daniel Molin. Från valberedningen slutar Christina Goldkuhl och ersätts av Karin Papworth; Ingrid Glimelius kvarstannar i valberedningen. Mats Jerkeman och Björn Wahlin sitter kvar som ordförande respektive sekreterare.

### **Registerfrågor, Karin Ekström Smedby**

T-cellslymfom (Ellin): samarbete med USA. OK. MCL (Jerkeman): komplettera registret om beh + uppföljning. Ombyggnad av registret pågår.

## Nationella VP

Aggressiva B, aaPI = 3 och andra högrisk/CNS: Stockholm föreslår att man i VP också tar med andra sätt (än CHIC) att ge HD-cytarabin och HD-metotrexat, t ex Hyper-CVAD och CRY-04 eftersom dessa sätt är etablerade och har lika god evidens vid högrisksjukdom. Flera centra rapporterar problem med att ge högdosmetotrexat i enlighet med VP. Förslag om nedjustering av åldersgränserna för HDMTX. Allmänt föreslås mjukare skrivningar med fler behandlingsvarianter och kanske också att dubbelhit med låg klinisk risk inte behöver intensiv behandling.

FL: Hur skall vi förhålla oss till att NT-rådet säger att obinutuzumab kan ges i första linje? De flesta regioner kommer att införa generiskt i v rituximab som vid utebliven reaktion följs av s c Mabthera.

## Nyheter avseende aktuella studier

Aggressiva B:

IELSG-37 PMBCL. Lund. 6 i Sverige. 429 totalt. Mål 540 pat. PREBEN (DLBCL och TCL). Lund. Pixantron-etoposid-bendamustin(-rituximab) R/R sjukdom. ILIAD idelalisib. Lund. Sthlm. Halmstad. Linköping. 13 pat. Mål 72. CAR-T Uppsala. 9 pat inkl. Man förväntar amendment till totalt 20. BIO-CHIC: Lund. Uppsala. Umeå.

MCL

Primär <65 Triangle. Primär >= 65 Enrich (R-kemo vs R-Ibru). Recidiv Valeria (venetoklax+len+rit)

Efter Enrich: ALTAMIRA: acalabrutinib + rit.

FL:

SAKK 35/14. Sthlm. Örebro. Sunderbyn. Umeå. Lund. Strax under 100 pat inkluderade. Planer för kommande studier stys delvis av Relevance-studiens resultat (Rit-len mot R-kemo).

Hodgkin:

HD21 18-60 stad IIB-IV (BrECADD vs BEACOPP-esc). För yngre Pro-Hodgkin (protonstrålar)

TCL:

ORACLE-studien. Oralt azacytidin vs prövarens val.

PANTHEON. PAN T Histological Entities Trial Of the NLG. Bioprofil + PET-CT. EBV-DNA-pos randomiseras till tillägg av Valtrex + Rituximab i prefas. Därefter standardbehandling. Därefter randomisering 2 till konsolidering (Aza / PI3KD / lena).

2018-05-23

**Nästa möte 18-09-19. Tema follikulärt lymfom (samt transformation). Björn håller i programmet.**

### **Övriga frågor**

SVF diskuterades. Målet på 18 dagar mellan remiss och behandlingsstart är inte lämpligt ur flera aspekter, dels effektivitet, dels kvalitet på beslut.