



AL amyloidose

Version 2.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

20. december 2021 (DMSG)

Administrativ godkendelse

5. januar 2022 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: 1. december 2022

INDEKSERING

Amyloidose; Letkæde; Plasmacellesygdom.

Indholdsfortegnelse

Nyt siden sidst (ændringslog).....	2
1. Anbefalinger (Quick guide).....	3
Screening for AL amyloidose.....	3
Diagnosticering af AL amyloidose	3
Behandling af AL amyloidose	4
Rehabilitering ved AL amyloidose	4
2. Introduktion	5
3. Grundlag	6
3.1. Screening for AL amyloidose.....	6
3.2. Diagnosticering af AL amyloidose	7
3.3. Behandling af AL amyloidose	11
3.4. Rehabilitering ved AL amyloidose	18
4. Referencer	19
5. Metode	25
6. Monitorering	27
7. Bilag	28
8. Om denne kliniske retningslinje.....	30

Nyt siden sidst (ændringslog)

Nyt siden version 1.0

Retningslinjeafsnit	Beskrivelse af ændring
Anbefalinger	Opdeling af afsnit om hhv. screening og diagnostik.
Rationale	Indsættelse af tabeller mhp. at lette anvendelsen af retningslinjen.
Litteraturgennemgang	Opdateret gennemgang.

1. Anbefalinger (Quick guide)

Screening for AL amyloidose

1. Screening for AL amyloidose bør udføres ved fund af et eller flere af følgende tegn til organpåvirkning (Evidensniveau D)
 - Hjertesvigt med bevaret LVEF, særligt ved tegn på restriktiv kardiomyopati
 - Non-diabetisk proteinuri eller nefrotisk syndrom
 - Symmetrisk perifer neuropati eller autonom dysfunktion
 - Hepatomegali med isoleret stigning af basisk fosfatase
 - Uforklaret diarré eller væggtab
 - Makroglossi eller periorbitale blødninger
2. Screening bør omfatte måling af M-komponent i blod og urin ved immunfiksation samt måling af frie lette kæder (kappa og lambda) i plasma (Evidensniveau D).
3. Der bør udredes for AL amyloidose ved fund af en M-komponent i blod eller urin og/eller en abnorm kappa/lambda-ratio i plasma samtidig med tegn til organpåvirkning, der ikke er forklaret af anden sygdom (Evidensniveau D).

Diagnosticering af AL amyloidose

4. Diagnostiske kriterier for systemisk AL amyloidose (Evidensniveau D)
 - Amyloid-relateret sygdomsbillede
 - Påvist amyloid ved Congo-farvning i vævsbiopsi
 - Amyloid er typebestemt som letkæde (kappa eller lambda)
 - Påvist klonal plasmacelledyskrasi
5. Henvisning til en specialiseret centerafdeling bør ikke afvente typebestemmelse af amyloid (Evidensniveau D).

Behandling af AL amyloidose

6. Behandlingen skal foregå på en specialiseret centerafdeling (Evidensniveau D).
7. De fleste patienter bør behandles med Cyclophosphamid-Bortezomib-Dexamethason (CyBorD) i første linje (Evidensniveau C).
8. Patienter, der ikke opnår hurtigt og tilstrækkeligt respons på CyBorD, bør tilbydes en anden behandlingsmodalitet, der for selekterede patienter bør være behandling med højdosis melphalan med autolog stamcellestøtte (Evidensniveau C).
9. Understøttende behandling kan bedre symptomer fra organpåvirkningen (Evidensniveau D).

Rehabilitering ved AL amyloidose

10. Patienterne henvises til kommunal genoptræning iht. gældende retningslinjer, da der ikke findes en specifik rehabiliteringsplan for patienter med AL amyloidose. Der kan via de relevante specialer suppleres med specialiseret genoptræning afhængigt af organinvolvering, f. eks. ved hjerteinsufficiens eller neuropati (Evidensniveau D).

2. Introduktion

Amyloidose er en gruppe af sjældne sygdomme, der er forårsaget af ekstracellulære aflejringer af amyloid i forskellige væv og organer, hvilket progressivt påvirker funktionen af disse. Amyloid er et fibrillært materiale dannet af forskellige proteiner, der aggregerer i en højt organiseret struktur. Amyloid-fibriller kan dannes af unormale proteiner (f.eks. amyloid letkæde (AL) amyloidose eller hereditær amyloid transthyretin (ATTR) amyloidose), af normale proteiner i langvarige høje koncentrationer (f.eks. amyloid A (AA) amyloidose ved inflammatoriske sygdomme eller amyloid beta-2-mikroglobulin (A β 2M) amyloidose ved kronisk dialyse), og af proteiner der af ukendte årsager ændres med alderen (f.eks. wild-type amyloid transthyretin (ATTRwt) amyloidose).⁽¹⁾ Foreløbigt er identificeret mere end 30 forskellige proteiner, der kan danne amyloid.⁽¹⁾ Amyloid har potentiale til at aflejres i alle organer. Den kliniske præsentation er oftest heterogen, og symptomerne er sjældent specifikke for hverken amyloidose eller subtypen af amyloidose. Det er til gengæld kritisk for behandlingen, at subtypen identificeres. Den hyppigst forekommende subtype er AL amyloidose, der er en B-celle sygdom, hvor oftest abnorme plasmaceller producerer lette kæder, der kan danne amyloid. AL amyloidose er en hæmatologisk sygdom og tilgængelig for antineoplastisk behandling. De øvrige subtyper af amyloidose behandles i ikke-hæmatologiske specialer. AL amyloidose bør altid indgå i de differential diagnostiske overvejelser ved påvisning af M-komponenter og/eller abnormt forhøjede frie lette kæder (enten kappa kæder eller lambda kæder). Incidensen i Danmark er ukendt, men formentlig svarende til en populationsbaseret nordamerikansk opgørelse på cirka 12 tilfælde per 1 million indbyggere per år.⁽²⁾ Incidensen er stigende med alderen og er lidt højere for mænd end kvinder.⁽²⁾

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark. Dette er særlig relevant for AL amyloidose, idet tidlig diagnose, behandling og respons-evaluering med justering af behandling er afgørende for prognosen.

Patientgruppe

AL amyloidose bør overvejes hos patienter med påvist M-komponent og/eller abnorm letkæde-ratio (kappa/lambda-ratio) i kombination med tegn til påvirkning af væv og/eller organer, der ikke er forklaret af anden sygdom.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe for screening og diagnose er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen. Behandling af AL amyloidose er en højt specialiseret funktion.

3. Grundlag

3.1. Screening for AL amyloidose

1. **Screening for AL amyloidose bør udføres ved fund af et eller flere af følgende tegn til organpåvirkning (Evidensniveau D)**
 - Hjertesvigt med bevaret LVEF, særligt ved tegn på restriktiv kardiomyopati
 - Non-diabetisk proteinuri eller nefrotisk syndrom
 - Symmetrisk perifer neuropati eller autonom dysfunktion
 - Hepatomegali med isoleret stigning af basisk fosfatase
 - Uforklaret diarré eller vægttab
 - Makroglossi eller periorbitale blødninger
2. **Screening bør omfatte måling af M-komponent i blod og urin ved immunfiksation samt måling af frie lette kæder (kappa og lambda) i plasma (Evidensniveau D).**
3. **Der bør udredes for AL amyloidose ved fund af en M-komponent i blod eller urin og/eller en abnorm kappa/lambda-ratio i plasma samtidig med tegn til organpåvirkning, der ikke er forklaret af anden sygdom (Evidensniveau D).**

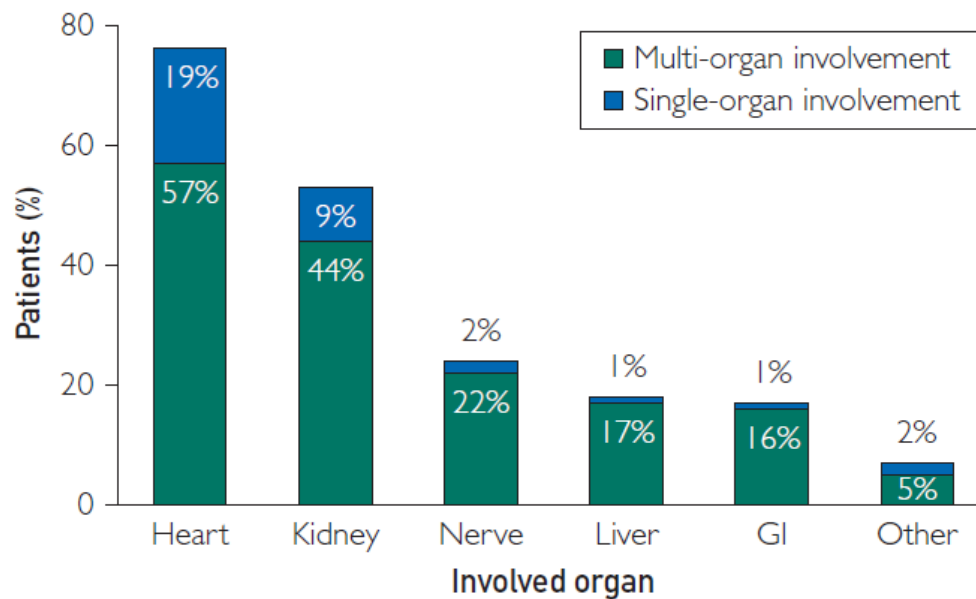
3.1.1. Litteratur og evidensgennemgang

Der foreligger en relevant RKKP retningslinje for AL amyloidose fra 2019 (godkendt 2021). Der foreligger ikke internationale guidelines fra hverken EMN, IMWG, eller ISA. Der foreligger flere systematiske reviews af nyere dato og disse omhandler bl.a. anbefalinger for screening for AL amyloidose. Den øvrige litteratur er præget af retrospektive opgørelser. Evidensniveauet er relativt lavt.

3.1.2. Rationale

AL amyloidose er en sjælden sygdom, hvor den kliniske præsentation er heterogen og afhænger af organinvolveringen, der hyppigt omfatter flere organer. De kliniske tegn og symptomer, der bør rejse mistanke om AL amyloidose, er oftest uspecifikke. Diagnosen er vanskelig og derfor tit forsinket, hvilket kan medføre irreversibel organskade og har betydning for patienternes prognose. Hyppigheden og typen af organpåvirkning ved AL amyloidose, hvor diagnosen er sikret ved massespektrometri, fremgår af en retrospektiv opgørelse beskrevet i Figur 1.⁽³⁾ Involvering af hjerte og nyrer dominerer, og cirka 2/3 af patienterne har involvering af mere end et organ. Kliniske tegn og symptomer, der bør rejse mistanke om AL amyloidose fremgår af Tabel 1.⁽⁴⁾⁽⁵⁾ Måling af M-komponent i både blod og urin ved immunfiksation kombineret med måling af frie lette kæder i plasma har i flere opgørelser vist næsten 100 % sensitivitet ved AL amyloidose.⁽³⁾⁽⁶⁾ Der kan dog forekomme tilfælde af AL amyloidose uden påvisning af klonale markører, lige som der kan forekomme andre

subtyper af amyloidose samtidig med påvisning af M-komponent eller abnormt forhøjede lette kæder af anden årsag.⁽⁷⁾⁽⁸⁾ Dette understreger vigtigheden af en sikker typebestemmelse af det påviste amyloid.



Figur 1. Organinvolvering hos 592 patienter med AL amyloidose, hvor diagnosen er sikret med massespektrometri. Fra Muchtar E et al.⁽²⁾

3.1.3. Bemærkninger og overvejelser

AL amyloidose indgår i pensum for speciallægeuddannelsen for intern medicin hæmatologi. Der afholdes en separat undervisningslektion ved det obligatoriske kursus om plasmacellesygdomme. Der er i undervisningen overvejende fokus på screening og diagnose, således at mistanke om AL amyloidose kan rejses tidligt i patienternes forløb.

3.2. Diagnosticering af AL amyloidose

4. Diagnostiske kriterier for systemisk AL amyloidose (Evidensniveau D)

- Amyloid-relateret sygdomsbillede
- Påvist amyloid ved Congo-farvning i vævsbiopsi
- Amyloid er typebestemt som letkæde (kappa eller lambda)
- Påvist klonal plasmacelledyskrasi

5. Henvisning til en specialiseret centerafdeling bør ikke afvente typebestemmelse af amyloid (Evidensniveau D).

Tabel 1. Organinvolvering.

Organ	Kliniske tegn	Parakliniske fund	ISA konsensus definition af organinvolvering (2005)
Hjerte	Diastolisk hjertesvigt med bl.a. fatigue, anstrengelsesudløst dyspnø, ortopnø, halsvenestase, ødemer, pleuraeffusion, m.m. Palpitationer; Synkope.	<u>Kardielle markører:</u> ↑ NT-proBNP og/eller ↑ Troponin T.	EKKO med vægtykkelse af venstre ventrikel ≥12 mm, ved fravær af anden kardiell forklaring.
		<u>EKG:</u> Low voltage i ekstremitetsafledningerne. Arrytmier.	
		<u>EKKO:</u> Biventrikulær hypertrofi; Bevaret LVEF; Diastolisk dysfunktion; Dilaterede atrier; Nedsat GLS med bevaret funktion apikalt.	
		<u>MR hjerte:</u> Sensitiv for kardiell amyloidose, men ej typebestemmelse.	
		<u>DPD/PYP scintigrafi:</u> Oftest negativ eller kun svagt positiv ved AL amyloidose, men positiv ved ATTR amyloidose.	
		<u>Holtermonitorering:</u> Påvisning af arytmier.	
Nyrer	Skummende urin. Perifere ødemer.	Non-selektiv proteinuri, primært albuminuri. Nefrotisk syndrom. ↑Kreatinin / ↓eGFR (sent).	Døgnurin med >0,5 g protein/døgn, overvejende albumin
Nervevæv	Perifert nervesystem (PNS): Symmetrisk perifer neuropati. <u>Autonomt nervesystem (ANS):</u> Ortostatisk hypotension. Erekttil dysfunktion. Gastroparese. Abdominal pseudo-obstruktion.	<u>EMG:</u> Symmetrisk sensomotorisk polyneuropati (negativ ved isoleret Small Fiber Neuropathy (SFN)).	PNS: Klinisk symmetrisk sensomotorisk neuropati eller SFN, ved fravær af anden forklaring. <u>ANS:</u> Kliniske tegn på gastroparese eller abdominal pseudo-obstruktion.
		<u>Hudbiopsi:</u> Nedsat antal intraepidermale nervefibre ved SFN.	
		<u>Ortostatisk BT-måling:</u> Positiv.	
Lever	Hepatomegali.	<u>Biomarkører:</u> Isoleret ↑ basisk fosfatase.	Basisk fosfatase >1,5 x ULN.
		<u>UL/CT af lever:</u> Hepatomegali med homogent udseende.	Hepatomegali >15 cm, ved fravær af hjertesvigt.
Mave-tarm	Kvalme/Opkastninger. Diarré/Obstipation. Malabsorption. Vægttab.	<u>Endoskopi:</u> Vævsbiopsi med amyloid.	Vævsbiopsi.
Bindevæv	Makroglossi. Periorbitale blødninger. Bilateralt karpaltunnelsyndrom. Ledsmarter og ledstivhed. Lymfeknudesvulst. Negledystrofi. "Skulderpuder". Tygge-claudicatio.		Klinisk vurdering.
Lunger	Dyspnø. Tør hoste.	<u>LFU:</u> ↓ Diffusionskapacitet.	Vævsbiopsi.
		<u>CT lunger:</u> Alveolær-septal fortykkelse.	
Koagulation	Tendens til blå mærker. Spontane blødninger.	<u>Biomarkører:</u> Faktor X mangel (↑INR, ↑APTT).	-

3.2.1. Litteratur og evidensgennemgang

Der foreligger en relevant RKKP retningslinje for AL amyloidose fra 2019 (godkendt 2021) og rekommandationer fra EMN og IMWG.⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾ Derudover foreligger der flere systematiske reviews af nyere dato og disse omhandler bl.a. diagnose og prognose ved AL amyloidose. Den øvrige litteratur er præget af retrospektive opgørelser. Evidensniveauet er relativt lavt.

3.2.2. Rationale

3.2.2.1. Vurdering af amyloid-relateret sygdomsbillede.

Organinvolvering afklares ved systematisk gennemgang før påbegyndelse af behandling. Karakteristiske kliniske tegn og parakliniske fund er beskrevet i Tabel 1.⁽⁴⁾⁽⁵⁾ Ud over anamnese, performance status (Bilag 1), NYHA-klassifikation (Bilag 2), og objektiv undersøgelse inklusiv ortostatisk blodtryksmåling, bør som minimum foretages urin-undersøgelse for protein, EKG, og måling af kardiale markører (NT-proBNP, Troponin T), nyretal, levertal samt koagulationsfaktorer (INR, APPT). Ved NT-proBNP over øvre normalgrænse skal gøres ekkokardiografi (EKKO).⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ Supplerende parakliniske undersøgelser afhænger af eventuelle positive fund. Definition af organinvolvering beror på konsensus kriterier fra ISA og forudsætter ikke, at amyloid er påvist ved vævsbiopsi fra det involverede organ.⁽¹³⁾

3.2.2.2. Påvisning og typebestemmelse af amyloid.

Histologisk påvisning af amyloid efter farvning med Congo-rød (karakteristisk æblegrøn fluorescens i dobbelt polariseret lys) er en forudsætning for diagnosen. Amyloid skal påvises i mindst én vævsbiopsi. En biopsi fra knoglemarven kombineret med en biopsi fra abdominalt subkutan fedtvæv vil påvise amyloid aflejringer hos cirka 85 % af patienterne med AL amyloidose.⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾ Hvis erfaring med fedtvævsbiopsi mangler, kan der i stedet anvendes biopsi fra en mindre spytkirtel.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾ Hvis amyloid aflejringer ikke påvises ved ovenstående, og mistanken om AL amyloidose er høj, skal der biopteres fra det involverede organ.

Typebestemmelse af det påviste amyloid er obligatorisk, idet kun AL amyloidose er tilgængelig for systemisk antineoplastisk behandling. Dog skal typebestemmelse ikke forsinke behandlingen ved akut behov for at bremse organpåvirkningen. Immunhistokemisk typebestemmelse er en mindre sikker metode ved AL amyloidose.⁽¹⁷⁾ Bedre specificitet opnås ved at anvende massespektrometri baseret proteomanalyse og/eller immunelektronmikroskopi.⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

3.2.2.3. Udredning af klonal plasmacelledyskrasi.

Den klonale plasmacelledyskrasi udredes efter gældende retningslinjer for myelomatose (<https://myeloma.hematology.dk/index.php/vejledninger-dmsg>). Herved identificeres den amyloid-producerende plasmacelleklon og eventuel koeksisterende symptomatisk myelomatose afdækkes. Der bør undersøges for kromosomale ændringer i de klonale plasmaceller ved brug af FISH (Fluorescence In Situ Hybridization).

3.2.2.4. Prognostisering.

Prognosen for overlevelse for patienter med AL amyloidose afhænger af mængden af klonale plasmaceller og graden af organinvolvering, særligt kardiell involvering. Primært anvendes den reviderede MAYO stadietopdelning fra 2012 med brug af dFLC (differencen mellem den involverede og den ikke-involverede lette

kæde) samt de kardiale markører NT-proBNP og Troponin T (Tabel 2).⁽²¹⁾ For patienter med renal involvering kan risikoen for progression til dialyse-krævende sygdom vurderes ved brug af den estimerede glomerulære filtrationsrate (eGFR) og graden af proteinuri (Tabel 3).⁽²²⁾

Specifikke kromosomale ændringer, der er påvist at have betydning for patienternes forløb er translokation t(11;14) og muligvis amplifikation 1q. Cirka 50-60 % af patienterne med AL amyloidose har t(11;14), og denne kromosomale ændring er associeret med en nedsat følsomhed for behandlinger med bortezomib og med immunmodulerende stoffer (IMiDs).⁽²³⁾⁽²⁴⁾ Derimod er der ved t(11;14) påvist en øget følsomhed for behandlinger med melphalan.⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾ Mere end 20 % af patienterne med AL amyloidose har amp1q, og disse patienter er rapporteret at have nedsat følsomhed for lav-dosis melphalan,⁽²⁶⁾ hvilket dog ikke kunne genfindes i en opgørelse af patienter behandlet med højdosis-melphalan med autolog stamcellestøtte (ASCT).⁽²⁵⁾

Tabel 2. Prognostisk stadiinddeling ved AL amyloidose (revideret MAYO stadium 2012).

Risikofaktorer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dFLC ≥ 180 mg/L ▪ Troponin T ≥ 25 ng/L (eller Troponin I ≥ 71 ng/L)* ▪ NT-proBNP ≥ 1800 ng/L (≥ 210 pmol/L)** 		
Antal risikofaktorer	Stadium	Median overlevelse (måned)	5-års overlevelse
0	I	94,1	59 %
1	II	40,3	42 %
2	III	14,0	20 %
3	IV	5,8	14 %

*Troponin I værdierne er ekstrapoleret fra Troponin T på baggrund af normalværdierne. **NT-proBNP enhederne er konverteret sv.t. 300 ng/L = 35 pmol/L.

Tabel 3. Risiko for dialyse ved renal involvering af AL amyloidose.

Risikofaktorer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ eGFR < 50 mL/min per 1,73 m² ▪ Proteinuri > 5 g/døgn 	
Antal risikofaktorer	Stadium	3-års risiko for dialyse
0	I	0 - 4 %
1	II	7 - 30 %
2	III	60 - 85 %

3.2.2.5. Lokaliseret AL amyloidose.

Ved lokaliseret AL amyloidose er produktionen af lette kæder og aflejringen af amyloid anatomisk lokalt begrænset. Derfor vil undersøgelser ikke påvise et amyloid-relateret sygdomsbillede eller en systemisk klonal plasmacelledyskrasi, hvilket afspejler sig i en knoglemarv uden klonale plasmaceller, ingen M-komponent i blod eller urin ved immunfiksation, og normal kappa/lambda-ratio i plasma. Lokaliseret AL amyloidose manifesterer sig typisk i urotheliale væv, kutant, i luftvejene (oropharynx, larynx, tracheobronchiale), i lungerne (nodulær lokalisering), oculært/conjunctivalt, eller gastrointestinalt. Behandlingen er symptomatisk og omfatter lokal resektion samt i sjældne tilfælde radioterapi. Lokaliseret AL amyloidose progredierer aldrig til systemisk sygdom, men lokalt recidiv er almindeligt. Patienter med lokaliseret AL amyloidose har samme forventede overlevelse som baggrundsbeholdningen.⁽²⁷⁾

3.2.3. Bemærkninger og overvejelser

AL amyloidose indgår i pensum for speciallægeuddannelsen for intern medicin hæmatologi. Der afholdes en separat undervisningslektion ved det obligatoriske kursus om plasmacellesygdomme. Der er i undervisningen overvejende fokus på screening og diagnose, således at patienter med AL amyloidose kan diagnosticeres så tidligt som muligt i deres forløb.

3.3. Behandling af AL amyloidose

- 6. Behandlingen skal foregå på en specialiseret centerafdeling (Evidensniveau D).**
- 7. De fleste patienter bør behandles med Cyclophosphamid-Bortezomib-Dexamethason (CyBorD) i første linje (Evidensniveau D).**
- 8. Patienter, der ikke opnår hurtigt og tilstrækkeligt respons på CyBorD, bør tilbydes en anden behandlingsmodalitet, der for selekterede patienter bør være behandling med højdosis melphalan med autolog stamcellestøtte (Evidensniveau D).**
- 9. Understøttende behandling kan bedre symptomer fra organpåvirkningen (Evidensniveau D).**

3.3.1. Litteratur og evidensgennemgang

Der foreligger en relevant RKKP retningslinje for AL amyloidose fra 2019 (godkendt 2021) og rekommandationer fra EMN fra 2018.⁽⁹⁾ Derudover foreligger der flere systematiske reviews af nyere dato, og blandt disse er der rekommandationer for behandling af AL amyloidose udarbejdet af store amyloidose centre i såvel Nordamerika som Europa.⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾ Behandling af AL amyloidose er typisk baseret på prospektive fase 2 studier, retrospektive kohorte opgørelser, eller samlinger af cases. Der er kun publiceret enkelte randomiserede fase 3 studier, men med internationalt samarbejde og introduktion af nye stoffer med potentiel effekt på AL amyloidose forventes flere fase 3 studier fremadrettet.

3.3.2. Patientværdier og – præferencer

I samtalen med patienten skal det sikres, at såvel fordele som ulemper ved de enkelte regimer er blevet fremlagt. Patientens individuelle behandlingsplan lægges under hensyntagen til patientens præferencer og værdier, hvilket er særlig vigtigt for de behandlinger, der har et lavt evidens-niveau eller en høj risiko for toksicitet og behandlingsrelateret mortalitet, f.eks. højdosis melphalan med autolog stamcellestøtte (HDM/ASCT).

3.3.3. Rationale

Behandling skal påbegyndes, så snart diagnosen AL amyloidose med påvirkning af et eller flere vitale organsystemer er tilstrækkelig sikret, det vil sige at behandlingen ikke skal forsinkes af typebestemmelse af

amyloid ved akut behov for at bremse organpåvirkningen. Patientens individuelle behandlingsplan ved såvel diagnose som ved relaps eller refraktær sygdom skal udarbejdes af en specialiseret centerafdeling. Behandlingen skal planlægges ud fra en risikovurdering, der bl.a. inddrager sværhedsgraden af organpåvirkningen, plasmacelleklonens karakteristika, og eventuelle komorbiditeter, således at patienten tilbydes den hurtigst mulige og mest effektive behandling, de kan tolerere. Behandlingsplanen skal løbende justeres, og justeringerne afhænger i særlig grad af respons, toksicitet, og mulig forbedring i organfunktionerne. Behandlingen består dels af antiklonal behandling og dels af understøttende behandling. Den antiklonale behandlingen sigter mod den klonale plasmacellepopulation i knoglemarven med henblik på at opnå bedst mulig reduktion af det amyloid-dannende klonale protein. Overordnet anvendes de samme stoffer som ved myelomatose, men oftest i reduceret dosis for at tage højde for den øgede følsomhed af de klonale plasmaceller og den større skrøbelighed af patientens organfunktioner. Den understøttende behandling sigter mod at kompensere for organpåvirkningen, indtil et muligt organrespons indtræffer.

3.3.3.1. Antiklonal behandling i første linje for patienter, der er kandidater til HDM/ASCT.

Initielt skal alle patienter vurderes med henblik på at identificere patienter, der er egnede til behandling med HDM/ASCT (cirka 20 % af patienterne).⁽⁹⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾ Selektionskriterierne for HDM/ASCT har til formål at reducere den behandlingsrelaterede mortalitet (TRM). Her er valgt kriterierne i Tabel 4, der er udviklet af MAYO klinikken.⁽²⁵⁾ Kriterierne anvendes kombineret med den vanlige vurdering af egnethed og komorbiditeter forud for HDM/ASCT (<https://www.hematology.dk/index.php/vejledninger/knoglemarvstransplantation>).

Tabel 4. Selektionskriterier for behandling med højdosis melphalan med autolog stamcellestøtte (HDM/ASCT).

Selektionskriterier	
	<ul style="list-style-type: none"> • Biologisk alder ≤ 70 år • Performance status ≤ 2 • NYHA-klasse ≤ II • Systolisk blodtryk ≥ 90 mmHg* • Troponin T < 60 ng/L • Creatinin-clearance ≥ 30 ml/min eller stabil dialyse

*Forsigtighed ved systolisk blodtryk < 100 mmHg.

For udvalgte patienter er HDM/ASCT en god behandling med mulighed for høje respons-rater, langvarig progressionsfri overlevelse (PFS), og langvarig overlevelse (OS). Der er dog ingen randomiserede studier der understøtter dette. Tværtimod foreligger der et lille randomiseret fase 3 multicenter studie fra 2007, der konkluderer at HDM/ASCT ikke er bedre end melphalan plus dexamethason.⁽³⁰⁾ Imidlertid nåede mange patienter i transplantationsarmen aldrig til behandlingen, og relativt mange patienter døde inden for de første 100 dage, hvilket resulterede i en uacceptabel høj TRM på 24 %.⁽³⁰⁾ Nyere kohorte opgørelser fra større transplantationscentre viser en TRM < 5 %, ⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³³⁾ hvilket indikerer at selektionen af patienter i det randomiserede studie var uhensigtsmæssig. I en stor nordamerikansk opgørelse var TRM lavest i centre med minimum 4 årlige behandlinger med HDM/ASCT.⁽³¹⁾ I de største serier af patienter behandlet med HDM/ASCT (med eller uden induktionsbehandling) opnår 79 - 95 % af patienterne et hæmatologisk respons og 40 - 52 % af patienterne opnår et komplet hæmatologisk respons (aCR).⁽³²⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾ Opgørelserne viser endvidere, at et godt respons prædikerer længere PFS og OS.⁽³²⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾ Nyere opgørelser af patienter behandlet med HDM/ASCT efter årtusindskiftet viser en median OS på 60 – 137 måneder og en 5-års overlevelse på 61 – 90 %.⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³³⁾ Patienterne bør konditioneres med melphalan 200 mg/m² (fraset patienter med eGFR < 30

mL/min), idet en retrospektiv opgørelse har vist, at en reduceret dosis prædikerer en dårligere OS uafhængigt af faktorer som dårlig performance, multiorgan-involvering, og MAYO stadium.⁽³⁵⁾

Induktionsbehandling før HDM/ASCT sikrer muligheden for hurtig påbegyndelse af behandling og er undersøgt med positive resultater i flere studier. I en større retrospektiv opgørelse sås bedre hæmatologiske respons-rater efter HDM/ASCT for patienter, der havde mere end 10 % klonale plasmaceller i knoglemarven og modtog induktionsbehandling, men ingen induktionsbehandling var en uafhængig risikofaktor for kortere OS uanset andelen af klonale plasmaceller i knoglemarven.⁽³⁶⁾ Lignende resultater er fundet i en mindre retrospektiv opgørelse fra et andet center.⁽³⁷⁾ Der foreligger et enkelt lille, single-center, randomiseret fase 3 studie, der sammenligner et bortezomib-baseret induktionsregime forud for HDM/ASCT med HDM/ASCT alene.⁽³⁸⁾ Respons-raterne 12 måneder efter behandlingen var til fordel for induktionsbehandling med hæmatologisk respons hos 86 % vs. 54 % af patienterne og hæmatologisk aCR hos 68 % vs. 36 % af patienterne.⁽³⁸⁾ Median followup var 28 måneder med 2-års PFS på hhv. 81 % og 51 % samt 2-års OS på hhv. 95 % og 69 %.⁽³⁸⁾ Et andet prospektivt studie har undersøgt en sekventiel tilgang til HDM/ASCT afhængigt af effekten af induktionsbehandlingen.⁽³⁹⁾ Patienter egnet til HDM/ASCT påbegyndte induktionsbehandling med cyclophosphamid, bortezomib, og dexamethason (CyBorD) og ved minimum hæmatologisk PR efter 2 serier CyBorD eller minimum hæmatologisk aCR alternativt hæmatologisk PR/VGPR med organrespons efter 4-6 serier CyBorD blev patienterne alene behandlet med 6 serier CyBorD.⁽³⁹⁾ Patienter, der ikke opnåede et tilstrækkeligt respons, skiftede til HDM/ASCT under forudsætning af, at de fortsat opfyldte selektionskriterierne og ikke afslog behandlingen.⁽³⁹⁾ Med denne sekventielle tilgang opnåede patienterne en 5-års OS på 86 % for patienter der fik HDM/ASCT, 84 % for patienter der alene blev behandlet med CyBorD, og 51 % for patienter med et utilstrækkeligt respons, der ikke skiftede til HDM/ASCT.⁽³⁹⁾

I dansk praksis anvendes oftest induktionsbehandling med CyBorD og en sekventiel tilgang. Dosering af CyBorD fremgår af Bilag 3. Patienter, der ikke opnår minimum hæmatologisk PR efter 2 serier CyBorD og minimum hæmatologisk VGPR efter 4 serier CyBorD, bør tilbydes HDM/ASCT under forudsætning af at de fortsat opfylder selektionskriterierne. Patienter, der ikke opnår minimum hæmatologisk VGPR efter HDM/ASCT bør tilbydes en anden behandlingsmodalitet. Patienter, der behandles med CyBorD alene bør tilbydes minimum 6 serier.

3.3.3.2. Antiklonal behandling i første linje for patienter, der ikke er kandidater til HDM/ASCT.

CyBorD medfører ofte et hurtigt og varigt respons ved AL amyloidose uanset om patienterne er egnet til HDM/ASCT eller ej.⁽⁴⁰⁾ I en større europæisk, retrospektiv opgørelse af patienter med AL amyloidose behandlet med CyBorD i første linje opnåede 60 % af patienterne et hæmatologisk respons, og 23 % af patienterne opnåede hæmatologisk aCR.⁽⁴¹⁾ Behandlingen blev vurderet veltolereret, og 5-års OS var 55 %.⁽⁴¹⁾ Lignende resultater blev fundet i en stor prospektiv opgørelse fra UK, hvor 65 % af patienterne opnåede et hæmatologisk respons og 25 % af patienterne opnåede hæmatologisk aCR.⁽⁴²⁾ I dette studie var median OS 72 måneder og 7-års OS var 55 %.⁽⁴²⁾ Der er ingen studier, der adresserer det optimale antal serier af CyBorD. Derimod er nyligt publiceret det foreløbigt største randomiserede fase 3 studie med patienter med AL amyloidose. I studiet blev patienter randomiseret til enten at modtage 6 serier CyBorD eller 6 serier daratumumab-CyBorD (Dara-CyBorD) efterfulgt af 18 serier daratumumab vedligeholdelse.⁽⁴³⁾ Patienter behandlet med Dara-CyBorD havde et bedre og hurtigere hæmatologisk respons end patienter behandlet med

CyBorD alene med minimum VGPR hos 78 % vs. 49 %; aCR hos 53 % vs. 18 % og tid til aCR 60 dage vs. 85 dage.⁽⁴³⁾ Ligeledes havde en større andel af patienterne behandlet med Dara-CyBorD et kardialt og/eller renalt organrespons efter 6 måneder sammenlignet med patienterne behandlet med CyBorD alene.⁽⁴³⁾ I subgruppen af patienter med et respons var andelen med t(11;14) signifikant større blandt patienter behandlet med Daratumumab (55 % vs. 13 %).⁽⁴³⁾ Median followup er foreløbigt kun 11,4 måneder, men PFS er signifikant bedre med en hazard ratio på 0,58, mens der endnu ikke er observeret en forskel på OS.⁽⁴³⁾ Dara-CyBorD er EMA godkendt til behandling af AL amyloidose, men afventer godkendelse i DK.

Initielt skal alle patienter vurderes med henblik på at identificere patienter, der har en særlig høj risiko for komplikationer (cirka 20 % af alle patienter).⁽⁹⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾ Følgende parametre kan anvendes: (1) PS 4, (2) NYHA klasse III-IV, eller (3) både NT-proBNP \geq 8500 ng/L (\geq 992 pmol/L) og Troponin T $>$ 35 ng/L.⁽²⁹⁾ For disse patienter bør overvejes gradvis introduktion og eventuel dosis-reduktion af den antineoplastiske behandling. Derudover bør ved svær neuropati overvejes en anden behandlingsmodalitet end bortezomib.

I dansk praksis anvendes oftest første linje behandling med CyBorD og en sekventiel tilgang. Dosering af CyBorD fremgår af Bilag 3. Patienter, der ikke opnår minimum hæmatologisk PR efter 2 serier CyBorD og minimum hæmatologisk VGPR efter 4 serier CyBorD, bør tilbydes en anden behandlingsmodalitet. Patienter med et tilstrækkeligt respons tilbydes minimum 6 serier. For meget skrøbelige patienter, der opnår hæmatologisk aCR efter 1-2 serier CyBorD, kan dog overvejes kun at give yderligere 2 serier CyBorD.

3.3.3.3. Antiklonal behandling ved relaps eller refraktær sygdom.

Behandlingsvalget er baseret på effekt og bivirkninger til tidligere behandlinger. Ved forudgående langvarig remission kan den tidligere behandling genanvendes, men ved refraktær sygdom eller hurtigt relaps bør skiftes til en anden behandlingsmodalitet. Patienter, der tidligere ikke var egnede til HDM/ASCT, kan have opnået organrespons efter den tidligere behandling og ved relaps opfylde selektionskriterierne for HDM/ASCT. Som tidligere anført anvendes ofte de samme stoffer som ved myelomatose, men oftest i reduceret dosis for at tage højde for den øgede følsomhed af de klonale plasmaceller og den større skrøbelighed af patientens organfunktioner. Af samme årsager skal udvises forsigtighed ved anvendelse af kombinationsbehandlinger, omend kombinationsbehandlinger også ved AL amyloidose er vist at fremme både responsdybde og responsvarighed.

Proteasom-inhibitorerne (PI) omfatter ud over bortezomib, ixazomib og carfilzomib. Et lille fase 1 / 2 studie af peroral ixazomib 4 mg ugentligt til patienter med relaps eller refraktær AL amyloidose har vist hæmatologisk respons hos 52 % af patienterne og organrespons hos 56 % af patienterne.⁽⁴⁴⁾ 70 % af patienterne var tidligere behandlet med et bortezomib-holdigt regime, og deres responsrater var lavere end patienter, der var PI-naive.⁽⁴⁴⁾ Median followup var 16,9 måneder og 1-års PFS 60 % samt 1-års OS 85 %.⁽⁴⁴⁾ Lignende resultater er vist i et randomiseret fase 3 studie af ixazomib-dexamethason (serier á 28 dage; ixazomib 4 mg dag 1+8+15, dexamethason 20 mg dag 1+8+15+22) over for valgfri behandling til patienter med relaps eller refraktær AL amyloidose, hvoraf 53-54 % tidligere var behandlet med en PI.⁽⁴⁵⁾ Hverken andelen med hæmatologisk respons (53 % vs. 51 %) eller hæmatologisk aCR (26 % vs. 18 %) var signifikant forskellig for de to grupper, men median PFS var længere for patienter behandlet med ixazomib (11,2 måneder vs. 7,4 måneder), mens data for OS endnu ikke var modne.⁽⁴⁵⁾ Hyppigheden af bivirkninger med neuropati var lav, hvilket gør ixazomib

anvendelig til patienter med svær neuropati, hvor bortezomib ikke kan anvendes. Carfilzomib er en potentielt attraktiv PI ved AL amyloidose, igen særligt for patienter med svær neuropati. Der foreligger en enkelt meget lille kohorte-opgørelser, der har vist at anvendelse er mulig i første linje,⁽⁴⁶⁾ men for nuværende bør carfilzomib ikke anvendes rutinemæssigt pga. den potentielle kardiotoxicitet.

De monoklonale antistoffer omfatter daratumumab og elotuzumab. Daratumumab anvendes i samme dosering, som ved myelomatose. Der foreligger flere retrospektive opgørelser af patienter med relaps eller refraktær AL amyloidose, hvor der er påvist gode responsrater ved behandling med daratumumab. Resultaterne er genfundet i to prospektive fase 2 studier. I det største multicenter studie blev givet 6 serier daratumumab.⁽⁴⁷⁾ Median tid til respons var 1 uge, og 55 % af patienterne opnåede hæmatologisk respons, der overvejende var VGPR (40 %), mens 8 % opnåede hæmatologisk aCR.⁽⁴⁷⁾ Median followup var 26 måneder med 2-års PFS 74 % og 2-års OS 51 %.⁽⁴⁷⁾ I det andet prospektive fase 2 studie fik patienterne op til 24 måneders behandling med daratumumab.⁽⁴⁸⁾ Her var median tid til respons 4 uger, og median tid til bedste respons var 3 måneder.⁽⁴⁸⁾ 90 % af patienterne opnåede et hæmatologisk respons, mens 41 % af patienterne opnåede hæmatologisk aCR.⁽⁴⁸⁾ Median PFS var 28 måneder.⁽⁴⁸⁾ Elotuzumab er rapporteret anvendt ved relaps og refraktær AL amyloidose, men har foreløbigt ikke en plads i behandlingen.

De immunmodulerende stoffer (IMiDs) omfatter thalidomid, lenalidomid, og pomalidomid. De generelle udfordringer ved anvendelse af IMiDs til behandling af AL amyloidose er dels dårlig tolerance for standard dosering og dels påvirkning af proBNP-værdierne og dermed evalueringen af kardielt organrespons. Enkelte fase 2 studier beskriver effekt af thalidomid, men på bekostning af høj toksicitet,⁽⁴⁹⁾ hvorfor thalidomid generelt ikke anbefales til behandling af AL amyloidose. Også lenalidomid bør anvendes med forsigtighed, især ved kardiell involvering. Doseringen er maksimalt 15 mg per dag i vanligt 21/28 dages skema.⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾ I tre fase 2 studier af lenalidomid i kombination med dexamethason til behandling af patienter med relaps eller refraktær AL amyloidose blev påvist varierende resultater med hæmatologisk respons hos 38-67 % og hæmatologisk aCR hos 29 %.⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾⁽⁵²⁾ Der er endnu ikke rapporteret sikre overlevelsesdata fra de prospektive studier. Lenalidomid er også undersøgt i forskellige kombinationsbehandlinger. Foreløbigt foreligger der flest data på kombination med enten cyclophosphamid eller melphalan. Kombinationen med melphalan medførte betydelig toksicitet og kan ikke anbefales.⁽⁵³⁾⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁵⁾ Pomalidomid kan modsat de øvrige IMiDs gives i fuld dosering til patienter med AL amyloidose.⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾ Der foreligger enkelte mindre prospektive fase 2 studier. Her findes også varierende hæmatologisk respons hos 44-68 % af patienterne og hæmatologisk aCR hos kun 3-4 % af patienterne.⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾ Median PFS var 14-18 måneder og median OS var 26-28 måneder.⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾

De alkylende behandlinger omfatter ud over cyclophosphamid og højdosis melphalan også lavdosis peroral melphalan og bendamustin. Peroral melphalan kombineret med højdosis dexamethason er primært undersøgt i første linje til patienter, der ikke er kandidater til HDM/ASCT, og kan være en mulighed for patienter med svær neuropati, hvor der ikke planlægges perifer stamcellehøst på et senere tidspunkt.⁽⁵⁹⁾ Derudover er peroral melphalan undersøgt i forskellige kombinationsbehandlinger, der ofte medfører betydelig toksicitet. Bendamustin i kombination med dexamethason er vist at være en mulighed for patienter, der har begrænsede behandlingstilbud. Der foreligger et enkelt prospektivt fase 2 studie med fund af en hæmatologisk responsrate på 57 % og hæmatologisk aCR på 11 %.⁽⁶⁰⁾ Patienterne havde en median PFS på 11 måneder og median OS på 18 måneder.⁽⁶⁰⁾ Hverken peroral melphalan eller bendamustin anvendes rutinemæssigt.

Bcl-2-hæmmeren venetoclax er særligt interessant for den relativt store andel af patienterne med t(11;14), idet de klonale plasmaceller med t(11;14) opregulerer ekspressionen af det anti-apoptotiske protein Bcl-2 (B-cell lymphoma-2). Der foreligger enkelte cases og en enkelt retrospektiv opgørelse med en lovende effekt af venetoclax hos denne undergruppe af patienter med relaps eller refraktær AL amyloidose.⁽⁶¹⁾ For patienter henholdsvis med og uden t(11;14) sås hæmatologisk respons hos 81 % vs. 40 % og hæmatologisk aCR hos 41 % vs. 20 %.⁽⁶¹⁾ Hvis effekten kan genfindes i prospektive studier, må venetoclax forventes at få en plads i den fremtidige behandling.

Behandling, der er målrettet nedbrydning af amyloid-aflejringerne, har været undersøgt i forskellige kliniske studier, men er ikke tilgængeligt uden for protokol. Doxycyclin er et antibiotikum af tetracyclin-gruppen, der i pre-kliniske studier er vist at reducere de lette kæders fibril-dannelse i en AL amyloidose musemodel,⁽⁶²⁾ og tetracyclin er vist at nedsætte de lette kæders kardiotoxicitet *in vitro*.⁽⁶³⁾ I overensstemmelse med disse fund har retrospektive kliniske opgørelser rapporteret en overlevelses-gevinst for patienter med AL amyloidose med kardiell involvering behandlet med doxycyclin.⁽⁶⁴⁾ Et nyligt publiceret, randomiseret fase 3 studie med CyBorD +/- doxycyclin i første linje til patienter med AL amyloidose med kardiell involvering kunne imidlertid ikke genfinde en effekt på hverken PFS, OS, eller organrespons.⁽⁶⁵⁾ Doxycyclin har foreløbigt ikke en plads i behandlingen.

I dansk praksis anvendes oftest et daratumumab-holdigt og/eller et lenalidomid-holdigt regime til patienter med relaps eller refraktær sygdom, hvor første linje behandling ikke kan genanvendes.

3.3.3.4. Antiklonal behandling ved AL amyloidose af IgM-type.

En særlig undergruppe er AL amyloidose af IgM-type, der udgør cirka 5 % af tilfældene og er forårsaget af en underliggende lymfoproliferativ sygdom som f.eks. Morbus Waldenström, CLL, eller et andet non-Hodgkin lymfom.⁽⁶⁶⁾ Her skal den antiklonale behandling tilrettes efter den underliggende maligne klon (<http://www.lymphoma.dk/retningslinjer/>).

3.3.3.5. Responseevaluering og progression/relaps.

Effekten af behandlingen vurderes primært som hæmatologisk respons og sekundært som organrespons. Hæmatologisk respons beskriver reduktionen af den amyloid-producerende plasmacelleklon i knoglemarven og er baseret på de klonale markører i perifert blod og/eller urin, hvor dFLC har en større prædiktiv værdi for patienternes prognose end M-komponenten.⁽⁴²⁾⁽⁶⁷⁾⁽⁶⁸⁾ Knoglemarvsundersøgelse indgår aktuelt ikke i responseevalueringen, men kan i fremtiden få betydning ved undersøgelse af minimal restsygdom (MRD).⁽⁶⁹⁾ Et hurtigt og et godt hæmatologisk respons har betydning for prognosen for såvel overlevelse som bedring af organfunktionerne på sigt.⁽⁴²⁾⁽⁶⁷⁾⁽⁷⁰⁾ Organrespons beskriver bedring i organfunktionerne og forudsætter typisk et godt hæmatologisk respons (minimum VGPR).⁽¹³⁾⁽²²⁾⁽⁶⁷⁾ Organrespons indtræder typisk 6-9 måneder efter påbegyndelse af den antiklonale behandling, og det kan tage år inden maksimalt organrespons er opnået.⁽⁷¹⁾ Kriterierne for hæmatologisk respons og organrespons er beskrevet i Tabel 5.

Progression eller relaps er ligeledes defineret ved hæmatologiske progression og/eller organprogression.⁽¹³⁾⁽²²⁾⁽⁶⁷⁾ Kriterierne for progression fremgår af Tabel 6.

Tabel 5. Responseevaluering.

Hæmatologisk respons		
	Amyloid komplet respons (aCR)*	<ul style="list-style-type: none"> • Normal kappa/lambda-ratio • Negativ immunfiksation for M-komponent i blod og urin
	Vældig godt partiel respons (VGPR)	• dFLC < 40 mg/L
	Partielt respons (PR)	• dFLC reduceret > 50 %
	Intet respons (NR)	• dFLC reduceret ≤ 50 %
Organrespons		
	Kardielt respons	<ul style="list-style-type: none"> • NT-proBNP reduceret med ≥ 30 % og ≥ 300 ng/L, ** hvis baseline NT-proBNP ≥ 650 ng/L*** • NYHA reduceret med ≥ 2 klasser, hvis baseline NYHA III eller IV
	Renalt respons	<ul style="list-style-type: none"> • Proteinuri reduceret med ≥ 30 % • Proteinuri < 0,5 g/døgn, uden samtidig > 25 % fald i eGFR
	Hepatisk respons	<ul style="list-style-type: none"> • Basisk fosfatase er reduceret med > 50 % • Leverstørrelse er aftaget med > 2 cm
	Neurologisk respons	• Forbedring af nerveledningshastighed (sjældent)

*For patienter med baseline dFLC < 50 mg/L stiles mod dFLC < 10 mg/L. ** 300 ng/L = 35,5 pmol/L. ***650 ng/L = 76,9 pmol/L.

Tabel 6. Progression.

Hæmatologisk progression		
	Klonal progression (PD)	<ul style="list-style-type: none"> • Involverede kæde stiger > 50% til > 100 mg/L • M-komponent i blod stiger > 50 % til 5 g/L • M-komponent i urin stiger > 50 % til > 0,2 g/døgn • Målbar M-komponent eller abnorm kappa/lambda-ratio, hvis tidligere aCR
Organ progression		
	Kardiel progression	<ul style="list-style-type: none"> • NT-proBNP stiger ≥ 30 % og ≥ 300 ng/L* • LVEF reduceres ≥ 10 %
	Renal progression	<ul style="list-style-type: none"> • Proteinuri stiger > 50%, minimum 1 g/døgn • eGFR reduktion ≥ 25 %
	Hepatisk progression	• Basisk fosfatase stiger > 50 % fra laveste niveau
	Neurologisk progression	• Forværring af nerveledningshastighed

*300 ng/L = 35,5 pmol/L.

3.3.3.6. Understøttende behandling.

Koordination af den antiklonale behandling og den understøttende behandling er essentiel for at opnå den bedst mulige effekt under hensyntagen til patientens livskvalitet. Involvering og samarbejde med andre specialister som f.eks. kardiologer, nefrologer, neurologer og gastroenterologer er nødvendigt for et optimalt forløb. Rekommandationer for understøttende behandling er oplyst i Tabel 7.⁽⁹⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽⁷²⁾

3.3.4. Bemærkninger og overvejelser

Iht. Sundhedsstyrelsens specialeplan er vurdering og behandling af AL amyloidose en højt specialiseret funktion og skal ske efter aftale med Klinik for Blodsygdomme på Rigshospitalet eller en anden hæmatologisk afdeling, der har et formaliseret samarbejde (<https://www.sst.dk/da/viden/specialeplanlaegning>). Dele af behandlingen, fraset højdosis kemoterapi med autolog stamcellestøtte, kan eventuelt efter aftale foregå på regionalt niveau.

Tabel 7. Understøttende behandling.

Organinvolvering	Understøttende behandling
Hjerte	<ul style="list-style-type: none"> • Diuretika • Amiodarone ved arytmier • CAVE betablokkere, calciumantagonister, og digoxin • AK-behandling ved AFLI/AFLA • Pleuracentese ved pleuræeffusioner • Pacemaker ved gentagne synkoper udløst af arytmier • Evt. ICD-enhed ved livstruende arytmier
Nyrer	<ul style="list-style-type: none"> • Væske- og saltrestriktion • Diuretika • ACE-hæmmer, dog forsigtighed ved ortostatisk hypotension • AK-behandling ved svær hypoalbuminæmi • Nyretransplantation ved dialyse kan overvejes i samråd med nefrolog for udvalgte patienter med aCR
Perifert nervesystem	<ul style="list-style-type: none"> • Gabapentin eller pregabalin ved neuropatiske smerter • CAVE tricykliske antidepressiva pga. potential forværring af autonom neuropati
Autonomt nervesystem	<ul style="list-style-type: none"> • Støttestrømper ved ortostatisk hypotension • Midorin (Startdosis 2,5 mg x 3 dagligt med mulig langsom optitrering) ved ortostatisk hypotension • Forsigtighed med diuretika og væskerestriktion ved ortostatisk hypotension
Mavetarmkanal	<ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramid eller ondansetron ved kvalme • Loperamid, kodein mikstur, eller "røde dråber" (morfin dråber) ved diare • Ernæringsvejledning ved diætist inklusiv evt. parenteral ernæringsterapi

3.4. Rehabilitering ved AL amyloidose

10. Patienterne henvises til kommunal genoptræning iht. gældende retningslinjer, da der ikke findes en specifik rehabiliteringsplan for patienter med AL amyloidose. Der kan via de relevante specialer suppleres med specialiseret genoptræning afhængigt af organinvolvering, f. eks. ved hjerteinsufficiens eller neuropati (Evidensniveau D).

Litteratur og evidensgennemgang

Der eksisterer praktisk taget ikke litteratur, der beskriver rehabilitering specifikt for patienter med AL amyloidose. Et enkelt studie har beskrevet livskvalitet over tid for patienter med AL amyloidose i behandling og har påvist en sammenhæng mellem særligt fysisk velbefindende og overlevelse.⁽⁷³⁾

4. Referencer

1. Wechalekar AD, Gillmore JD, Hawkins PN. Systemic amyloidosis. *Lancet*. 2016 Jun; 387(10038):2641-2654.
2. Kyle RA, Larson DR, Kurtin PJ, Kumar S, Cerhan JR, Therneau TM, et al. Incidence of AL amyloidosis in Olmsted County, Minnesota, 1990 through 2015. *MAYO Clin Proc*. 2019 Mar; 94(3):465-471.
3. Muchtar E, Gertz MA, Kyle RA, Lacy MQ, Dingli D, Leung N, et al. A modern primer on light chain amyloidosis in 592 patients with mass spectrometry-verified typing. *Mayo Clin Proc*. 2019 Mar; 94(3):472-483.
4. Vaxman I, Gertz MA. When to suspect a diagnosis of amyloidosis. *Acta Haematol*. 2020; 143(4):304-311.
5. Gertz MA, Dispenzieri A. Systemic amyloidosis recognition, prognosis, and therapy. A systematic review. *JAMA*. 2020 Jul; 324(1):79-89.
6. Palladini G, Russo P, Bosoni T, Verga L, Sarais G, Lavatelli F, et al. Identification of amyloidogenic light chains requires the combination of serum-free light chain assay with immunofixation of serum and urine. *Clin Chem*. 2009 Mar; 55(3):499-504.
7. Milani P, Valentini V, Ferraro G, Basset M, Russo F, Foli A, et al. A patient with AL amyloidosis with negative free light chain results. *Clin Chem Lab Med*. 2016 Jun; 54(6):1035-1037.
8. Zach D, Ablasser K, Kolesnik E, Hoeller V, Fruhwald F, Prüller F, et al. Advanced isolated light chain amyloid cardiomyopathy with negative immunofixation and normal free light chain ratio. *ESC Heart Failure*. 2021 Aug; 8(4):3397-3402.
9. Gavriatopoulou M, Musto P, Caers J, Merlinie G, Kastritis E, van de Donk N, et al. European Myeloma Network recommendations on diagnosis and management of patients with rare plasma cell dyscrasias. *Leukemia*. 2018 Sep; 32(9):1883-1898.
10. Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A, Blade J, Merlini G, Mateos MV, et al. International Myeloma Working group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. *Lancet Oncol*. 2014 Nov; 15(12):e538-548.
11. Palladini G, Campana C, Klersy C, Balduini A, Vadacca G, Perfetti V, et al. Serum N-terminal pro-brain natriuretic peptide is a sensitive marker of myocardial dysfunction in AL amyloidosis. *Circulation*. 2003 May; 107(19):2440-2445.
12. Aljama MA, Sidiqi MH, Dispenzieri A, Gertz MA, Lacy MQ, Buadi FK, et al. Comparison of different techniques to identify cardiac involvement in immunoglobulin light chain (AL) amyloidosis. *Blood Adv*. 2019 Apr; 3(8):1226-1229.
13. Gertz MA, Comenzo R, Falk RH, Femand JP, Hazenberg BP, Hawkins PN, et al. Definition of organ involvement and treatment response in immunoglobulin light chain amyloidosis (AL): A consensus opinion from the 10th International Symposium on Amyloid and Amyloidosis. *Am J Hematol*. 2005 Aug; 79(4):319-328.
14. Gertz MA. Immunoglobulin light chain amyloidosis: 2018 Update on diagnosis, prognosis, and treatment. *Am J Hematol*. 2018 Sep; 93(9):1169-1180.
15. Wisniewski B, Wechalekar A. Confirming the Diagnosis of Amyloidosis. *Acta Haematol*. 2020; 143(4):312-321.

16. Hachulla E, Janin A, Flipo RM, Saïle R, Facon T, Bataille D, et al. Labial salivary gland biopsy is a reliable test for the diagnosis of primary and secondary amyloidosis: a prospective clinical and immunohistologic study in 59 patients. *Arthritis Rheuma*. 1993 May; 36(5):691-697.
17. Schönland SO, Hegenbart U, Bochtler T, Mangatter A, Hansberg M, Ho AD, et al. Immunohistochemistry in the classification of systemic forms of amyloidosis: a systematic investigation of 117 patients. *Blood* Jan; 119(2):488-493.
18. Vrana JA, Gamez JD, Madden BJ, Theis JD, Bergen HR, Dogan A. Classification of amyloidosis by laser microdissection and mass spectrometry-based proteomic analysis in clinical biopsy specimens. *Blood*. 2009 Dec; 114(24):4957-4959.
19. de Larrea CF, Verga L, Morbini P, Kiersy C, Lavatelli F, Foli A, et al. A practical approach to the diagnosis of systemic amyloidosis. *Blood*. 2015 Apr; 125(14):2239-2244.
20. Abildgaard N, Rojek AM, Møller HEH, Palstrøm NB, Nyvold CG, Rasmussen LM, et al. Immunoelectron microscopy and mass spectrometry for classification of amyloid deposits. *Amyloid*. 2020 Mar; 27(1):59-66.
21. Kumar S, Dispenzieri A, Lacy MQ, Hayman SR, Buadi FK, Coly C, et al. Revised prognostic staging system for light chain amyloidosis incorporating cardiac biomarkers and serum free light chain measurements. *J Clin Oncol*. 2012 Mar; 30(9):989-995.
22. Palladini G, Hegenbart U, Milani P, Kimmich C, Foli A, Ho AD, et al. A staging system for renal outcome and early markers of renal response to chemotherapy in AL amyloidosis. *Blood*. 2014 Oct; 124(15):2325-2332.
23. Bochtler T, Hegenbart U, Kunz C, Granzow M, Benner A, Seckinger A, et al. Translocation t(11;14) is associated with adverse outcome in patients with newly diagnosed AL amyloidosis when treated with Bortezomib-based regimens. *J Clin Oncol*. 2015 Apr; 33(12):1371-1378.
24. Muchtar E, Dispenzieri A, Kumar SK, Ketterling RP, Dingli D, Lacy MQ, et al. Interphase fluorescence in situ hybridization in untreated AL amyloidosis has an independent prognostic impact by abnormality type and treatment category. *Leukemia*. 2017 Jul; 31(7):1562-1569.
25. Bochtler T, Hegenbart U, Kunz C, Benner A, Kimmich C, Seckinger A, et al. Prognostic impact of cytogenetic aberrations in AL amyloidosis patients after high-dose melphalan: a long-term follow-up study. *Blood*. 2016 Jul; 128(4):594-602.
26. Bichtler T, Hegenbart U, Kunz C, Benner A, Seckinger A, Dietrich S, et al. Gain of chromosome 1q21 is an independent adverse prognostic factor in light chain amyloidosis patients treated with melphalan/dexamethasone. *Amyloid*. 2014 Mar; 21(1):9-17.
27. KourelisTV, Kyle RA, Dingli D, Buadi FK, Kumar SK, Gertz MA, et al. Presentation and outcomes of localized immunoglobulin light chain amyloidosis: The Mayo clinic experience. *Mayo Clin Proc*. 2017 Jun; 92(6):908-917.
28. Muchtar E, Dispenzieri A, Gertz MA, Kumar SK, Buadi FK, Leung N, et al. Treatment of AL amyloidosis: Mayo stratification of myeloma and risk-adapted therapy (mSMART) consensus statement 2020 update. *Mayo Clin Proc*. 2021 Jun; 96(6):1546-1577.
29. Palladini G, Milani P, Merlinie G. Management of AL amyloidosis in 2020. *Blood*. 2020 Dec; 136(23):2620-2627.
30. Jaccard A, Moreau P, Leblond V, Leleu X, Benboubker L, Hermine O, et al. High-dose melphalan versus melphalan plus dexamethasone for AL amyloidosis. *N Eng J Med*. 2007 Sep; 357(11):1083-1093.

31. D'Souza A, Dispenzieri A, Wirk B, Zhang MJ, Huang J, Gertz MA, et al. Improved outcomes after autologous hematopoietic cell transplantation for light chain amyloidosis: A center for international blood and bone marrow transplant research study. *J Clin Oncol*. 2015 Nov; 33(32):3741-3749.
32. Sidiqi MH, Aljama MA, Buadi FK, Warsame RM, Lacy MQ, Dispenzieri A, et al. Stem cell transplantation for light chain amyloidosis: Decreased early mortality over time. *J Clin Oncol*. 2018 May; 36(13):1323-1329.
33. Sharpley FA, Petrie A, Mahmood S, Sachchithanatham S, Lackmann HJ, Gillmore JD, et al. A 24-year experience of autologous stem cell transplantation for light chain amyloidosis patients in the United Kingdom. *Br J Haematol*. 2019 Dec; 187(5):642-652.
34. Ciberia MT, Sanchorawala V, Seldin DC, Quillin K, Berk JL, Dember LM, et al. Outcome of AL amyloidosis after high-dose melphalan and autologous stem cell transplantation: long-term results in a series of 421 patients. *Blood*. 2011 Oct; 118(16):4346-4352.
35. Tandon N, Muchtar E, Sidana S, Dispenzieri A, Lacy MQ, Dingli D, et al. Revisiting conditioning dose in newly diagnosed light chain amyloidosis undergoing frontline autologous stem cell transplant: impact on response and survival. *Bone Marrow Transplant*. 2017 Aug; 52(8):1126-1132.
36. Hwa YL, Kumar SK, Gertz MA, Lacy MQ, Buadi FK, Kourelis TV, et al. Induction therapy pre-autologous stem cell transplantation in immunoglobulin light chain amyloidosis: a retrospective evaluation. *Am J Hematol*. 2016 Oct; 91(10):984-988.
37. Alfrough A, Saliba RM, Hamdi A, Honhar M, Varma A, Cornelison AM, et al. Impact of induction therapy on the outcome of immunoglobulin light chain amyloidosis after autologous hematopoietic stem cell transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2018 Nov; 24(11):2197-2203.
38. Huang X, Wang Q, Chen W, Zeng C, Chen Z, Gong D, et al. Induction therapy with bortezomib and dexamethasone followed by autologous stem cell transplantation versus autologous stem cell transplantation alone in the treatment of renal AL amyloidosis: a randomized controlled trial. *BMC Med*. 2014 Jan; 12(2).
39. Basset M, Milani P, Nuvolone M, Benigna F, Ridigari L, Foli A, et al. Sequential response-driven bortezomib-based therapy followed by autologous stem transplant in AL amyloidosis. *Blood Adv*. 2018 Sep; 4(17):4175-4179.
40. Mikhael JR, Schuster SR, Jimenez-Zepida VH, Bello N, Spong J, Reder CB, et al. Cyclophosphamide-bortezomib-dexamethasone (CyBorD) produces rapid and complete hematological response in patients with AL amyloidosis. *Blood*. 2012 May; 119(19):4391-4394.
41. Palladini G, Sachchithanatham S, Milani P, Gillmore J, Foli A, Lachmann H, et al. A European collaborative study of cyclophosphamide, bortezomib, and dexamethasone in upfront treatment of systemic AL amyloidosis. *Blood*. 2015 Jul; 126(5):612-615.
42. Manwani R, Cohen O, Sharpley F, Mahmood S, Sachchithanatham S, Foard D, et al. A prospective observational study of 915 patients with systemic AL amyloidosis treated with upfront bortezomib. *Blood*. 2019 Dec; 134(25):2271-2280.
43. Kastiris E, Palladinin G, Minnema MC, Wechalekar AD, Jaccard A, Lee HC, et al. Daratumumab-based treatment for immunoglobulin light-chain amyloidosis. *N Eng J Med*. 2021 Jul; 385(1):46-58.
44. Sanchorawala V, Palladinin G, Kukreti V, Zonder JA, Cohen AD, Seldin DC, et al. A phase 1 / 2 study of the oral proteasome inhibitor ixazomib in relapsed or refractory AL amyloidosis. *Blood*. 2017 Aug; 130(5):597-605.

45. Dispenzieri A, Kastritis E, Wechalekar AD, Schönland SO, Kim K, Santhorwala V, et al. A randomized phase 3 study of ixazomib-dexamethasone versus physician's choice in relapsed or refractory AL amyloidosis. *Leukemia*. 2021 Jun; online ahead of print (DOI: 10.1038/s41375-021-01317-y).
46. Manwani R, Mahmood S, Sachchithanantham S, Lachmann HJ, Gilmore JD, Yong K, et al. Carfilzomib is an effective upfront treatment in AL amyloidosis patients with peripheral or autonomic neuropathy. *Br J Haematol*. 2019 Dec; 187(5):638-641.
47. Roussel M, Merlinie G, Chevret S, Arnulf B, Stoppa AM, Perrot A, et al. A prospective phase 2 trial of daratumumab in patients with previously treated systemic light-chain amyloidosis. *Blood*. 2020 Apr; 135(18):1531-1540.
48. Santhorwala V, Sarosiek S, Schulman A, Mistark M, Migre ME, Cruz R, et al. Safety, tolerability, and response rates of daratumumab in relapsed AL amyloidosis: results of a phase 2 study. *Blood*. 2020 Apr; 135(18):1541-1547.
49. Palladini G, Perfetti V, Perlini S, Obici L, Lavatelli F, Caccialanza R, et al. The combination of thalidomide and intermediate-dose dexamethasone is an effective but toxic treatment for patients with primary amyloidosis (AL). *Blood*. 2005 Apr; 105(7):2949-2951.
50. Dispenzieri A, Lacy MQ, Zeldenrust SR, Hayman SR, Kumar SK, Geyer SM, et al. The activity of lenalidomide with or without dexamethasone in patients with primary systemic amyloidosis. *Blood*. 2007 Jan; 109(2):465-470.
51. Santhorwala V, Wright DG, Rosenzweig M, Finn KT, Fennessey S, Zeldis JB, et al. Lenalidomide and dexamethasone in the treatment of AL amyloidosis: results of a phase 2 trial. *Blood*. 2007 Jan; 109(2):492-496.
52. Palladini G, Russo P, Foli A, Milani P, Lavatelli F, Obici L, et al. Salvage therapy with lenalidomide and dexamethasone in patients with advanced AL amyloidosis refractory to melphalan, bortezomib, and thalidomide. *Ann Hematol*. 2012 Jan; 91(1):89-92.
53. Santhorwala V, Patel JM, Sloan JM, Shelton AC, Zeldis JB, Seldin DC. Melphalan, lenalidomide and dexamethasone for the treatment of immunoglobulin light chain amyloidosis: results of a phase II trial. *Hematologica*. 2013 May; 98(5):789-792.
54. Dinner S, Witteles W, Afghahi A, Witteles R, Arai S, Lafayette R, et al. Lenalidomide, melphalan and dexamethasone in a population of patients with immunoglobulin light chain amyloidosis with high rates of advanced cardiac involvement. *Hematologica*. 2013 Oct; 98(10):1593-1599.
55. Hegenbart U, Bochtler T, Benner A, Becker N, Kimmich C, Kristen AV, et al. Lenalidomide/melphalan/dexamethasone in newly diagnosed patients with immunoglobulin light chain amyloidosis: results of a prospective phase 2 study with long-term follow up. *Hematologica*. 2017 Aug; 102(8):1424-1431.
56. Santhorwala V, Shelton AC, Lo S, Varga C, Sloan JM, Seldin DC. Pomalidomide and dexamethasone in the treatment of AL amyloidosis: results of a phase 1 and 2 trial. *Blood*. 2016 Aug; 128(8):1059-1062.
57. Palladini G, Milani P, Foli A, Basset M, Russo F, Perlini S, et al. A phase 2 trial of pomalidomide and dexamethasone rescue treatment in patients with AL amyloidosis. *Blood*. 2017 Apr; 129(15):2120-2123.
58. Dispenzieri A, Buadi F, Laumann K, LaPlant B, Hayman SR, Kumar SK, et al. Activity of pomalidomide in patients with immunoglobulin light-chain amyloidosis. *Blood*. 2012 Jun; 119(23):5397-5404.

59. Palladini G, Perfetti V, Obici L, Caccialanza R, Semino A, Adami F, et al. Association of melphalan and high-dose dexamethasone is effective and well tolerated in patients with AL (primary) amyloidosis who are ineligible for stem cell transplantation. *Blood*. 2004 Apr; 103(8):2936-2938.
60. Lentzsch S, Lagos GG, Comenzo RL, Zonder JA, Osman K, Pan S, et al. Bendamustine with dexamethasone in relapsed/refractory systemic light-chain amyloidosis: results of a phase II study. *J Clin Oncol*. 2020 May; 38(13):1455-1462.
61. Premkumar VJ, Lentzsch S, Pan S, Bhutani D, Richter J, Jagannath S, et al. Venetoclax induces deep hematologic remissions in t(11;14) relapsed/refractory AL amyloidosis. *Blood Cancer J*, 2021 Jan; 11(1):10.doi: 10.1038/s41408-020-00397-w.
62. Ward JF, Ren R, Toraldo G, Soohoo P, Guan J, O'Hara c, et al. Doxycycline reduces fibril formation in a transgenic mouse model of AL amyloidosis. *Blood*. 2011 Dec; 118(25):6610-6617.
63. Diomedea L, Rognoni P, Romeo M, del Favero E, Cantù L, Ghibaudi E, et al. A caenorhabditis elegans-based assay recognizes immunoglobulin light chains causing heart amyloidosis. *Blood*. 2014 Jun; 123(23):3543-3552.
64. Wechalekar AD, Whelan C. Encouraging impact of doxycycline on early mortality in cardiac light chain (AL) amyloidosis. *Blood Cancer J*. 2017 Mar;7(3):e546.
65. Shen KN, Fu WJ, Wu Y, Dong YJ, Huang ZX, Wei YQ, et al. Doxycycline combined with bortezomib-cyclophosphamide-dexamethasone chemotherapy for newly diagnosed cardiac light-chain amyloidosis: A multicenter randomized controlled trial. *Circulation*. 2021 Sep; doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055953.
66. Sidana S, Larson DP, Greipp PT, He R, McPhail ED, Dispenzieri A, et al. IgM AL amyloidosis: delineating disease biology and outcomes with clinical, genomic and bone marrow morphological features. *Leukemia*. 2020 May; 34(5):1373-1382.
67. Palladini G, Dispenzieri A, Gertz MA, Kumar S, Wechalekar A, Hawkins PN, et al. New criteria for response to treatment in immunoglobulin light chain amyloidosis based on free light chain measurement and cardiac biomarkers: impact on survival outcomes. *J Clin Oncol*. 2012 Dec; 30(36):4541-4549.
68. Muchtar E, Gertz MA, Lacy MQ, Leung N, Buadi FK, Dingli D, et al. Refining amyloid complete hematological response: quantitative serum free light chains superior to ratio. *Am J Hematol*. 2020 Nov; 95(11):1280-1287.
69. Staron A, Burks EJ, Lee JC, Sarosiek S, Sloan JM, Sancherawala V. Assessment of minimal residual disease using Multiparametric flow cytometry in patients with AL amyloidosis. *Blood Adv*. 2020 Mar; 4(5):880-884.
70. Shen K, Feng J, Huang W, Zhang C, Zhang C, Cao X, et al. At least partial hematological response after first cycle of treatment predicts organ response and long-term survival for patients with AL amyloidosis receiving bortezomib-based treatment. *Ann Hematol*. 2017 Dec; 96(12):2089-2094.
71. Muchtar E, Dispenzieri A, Leung N, Lacy MQ, Buadi FK, Dingli D, et al. Depth of organ response in AL amyloidosis is associated with improved survival: grading the organ response criteria. *Leukemia*. 2018 Oct; 32(10):2240-2249.
72. Cibeira MT, Ortiz-Pérez JT, Quintana LF, de Larrea CF, Tovar N, Bladé J. Supportive care in AL amyloidosis. *Acta Haematol*. 2020; 143(4):335-342.

73. Sanchorawala V, McCausland KL, Bayliss MS, Guthrie SD, Lo S, et al. A longitudinal evaluation of health-related quality of life in patients with AL amyloidosis: associations with health outcomes over time. *Br J Haematol.* 2017 Nov; 179(3):461-470.

5. Metode

Retningslinjen er udarbejdet på baggrund af den kliniske retningslinje "AL Amyloidose. Version 1.0" fra Dansk Myelomatose Studiegroupe (DMSG). Den er suppleret med en litteratursøgning efter søgestrategien beskrevet nedenfor.

Litteratursøgning

Primært er søgt efter eksisterende retningslinjer fra 2015 og frem efter hos

- Guidelines International Network (GIN)
- European Myeloma Network (EMN)
- International Myeloma Working Group (IMWG)
- International Society of Amyloidosis (ISA)

Sekundært er søgt efter systematiske reviews og primær litteratur i PubMed med anvendelse af følgende søgestreng

- "AL amyloidosis" AND "Incidence"
- "AL amyloidosis" AND "Screening"
- "AL amyloidosis" AND "Diagnosis"
- "AL amyloidosis" AND "Prognosis"
- "AL amyloidosis" AND "Localized"
- "AL amyloidosis" AND "Treatment"
- "AL amyloidosis" AND "Respons"
- "AL amyloidosis" AND "Progression"
- "AL amyloidosis" AND "Supportive care"
- "AL amyloidosis" AND "Rehabilitation"

Litteraturgennemgang

Den fremsøgte litteratur er gennemgået på "titel niveau". Relevante retningslinjer, systematiske reviews, og primær litteratur på dette niveau er efterfølgende gennemgået på "abstract niveau". Ved usikkerhed om relevans er litteraturen vurderet på "fuld tekst niveau". Evidensniveauer og styrkegraderinger af anbefalingerne er baseret på Retningslinjeseekretariatets oversættelse og fortolkning af "The Oxford 2009 Levels of Evidence".

Formulering af anbefalinger

Retningslinjens primære forfatter Anne Kærsgaard Mylin har med udgangspunkt i den kliniske retningslinje "AL Amyloidose. Version 1.0" fra DMSG og på baggrund af den fremsøgte litteratur formuleret et udkast til anbefalingerne, som er gennemgået og diskuteret i ekspertgruppen for AL amyloidose ved DMSG's retningslinje møde. Anbefalinger, hvor evidensniveauet er meget lavt eller ikke eksisterende, er formuleret på baggrund af klinisk erfaring og konsensus i ekspertgruppen.

Interessentinvolvering

Retningslinjen er udarbejdet af ekspertgruppen for AL amyloidose under DMSG. Afsnit 3.2.2.2. om påvisning og typebestemmelse af amyloid er drøftet med Hanne Møller, Overlæge, Afdeling for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital, og Lisbeth Lund Jensen, Læge, Afdeling for Patologi, Aarhus Universitetshospital.

Høring og godkendelse

Retningslinjen er fremsendt til og kommenteret af forfattergruppen. Retningslinjen er godkendt af forfattergruppen og DMSG's bestyrelse.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Anbefalingerne i retningslinjen udløser ikke en betydelig merudgift.

Forfattere og habilitet

- Anne Kærsgaard Mylin; Intern medicin, Hæmatologi; Overlæge, Ph.d.; Klinik for Blodsygdomme, Rigshospitalet.
- Niels Abildgaard; Intern medicin, Hæmatologi; Overlæge, Professor, Dr. Med.; Hæmatologisk Afdeling, Odense Universitetshospital.
- Trine Silkjær; Intern medicin, Hæmatologi; Overlæge, Ph.d.; Afdeling for Blodsygdomme, Aarhus Universitetshospital.
- Charlotte Toftmann Hansen; Intern medicin, Hæmatologi; Overlæge, Ph.d.; Hæmatologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
- Henrik Gregersen; Intern medicin, Hæmatologi; Overlæge, Ph.d.; Afdeling for Blodsygdomme, Aalborg Universitetshospital.

For detaljerede samarbejdsrelationer henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside:

<https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger>

Samlet vurdering af habilitet for forfattergruppen: Flere af forfatterne til denne retningslinje har haft samarbejde med medicinalfirmaer i 2021. Samarbejdet omfatter forsøgsprotokoller, undervisning, og deltagelse i ekspertmøder i forskellige sammenhænge og med forskellige medicinalfirmaer. En enkelt forfatter er tilknyttet Advisory Boards for forskellige medicinalfirmaer. Det er formandens opfattelse og vurdering, at disse samarbejdsrelationer ikke har indflydelse på retningslinjearbejdet.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 9.2 af skabelonen.

6. Monitorering

En kvalitetsdatabase under RKKP "Dansk AL Amyloidose Register" er under opbygning som en del af "Dansk Myelomatose Database".

7. Bilag

Bilag 1. WHO Performance Status (PS).

PS	Definition
0	Fuldt aktiv, som før man blev syg.
1	Kan ikke udføre tungt fysisk arbejde, men alt andet.
2	Oppegående >50 % af dagen og selvhjulpen, men ude af stand til at udføre fysisk arbejde.
3	I seng eller siddende i stol >50 % af dagen og har brug for hjælp til at klare sig selv.
4	Bundet til seng eller stol og har brug for hjælp til alt.

Bilag 2. NYHA klassifikation.

NYHA klasse	Definition
I	Ingen fysisk begrænsning. Almindelig fysisk aktivitet medfører ingen dyspnø, træthed eller palpitationer
II	Let begrænsning i fysisk aktivitet. Ingen gener i hvile, men almindelig fysisk aktivitet (trappegang til 2. sal, græsplæneklipning, støvsugning, bære tungere indkøb) medfører nogen dyspnø, træthed og/eller palpitationer
III	Udtalt begrænsning af fysisk aktivitet. Ingen gener i hvile, men lettere fysisk aktivitet (gang på flad vej, af- og påklædning, trappegang til 1. sal) medfører mere udtalte symptomer
IV	Symptomer kan være til stede i hvile og optræder ved enhver form for fysisk aktivitet

Bilag 3. Dosering af Cyclophosphamid-Bortezomib-Dexamethason (CyBorD).

Serier á 28 dage				
Behandlingsdag i serie	1	8	15	22
Cyclophosphamid 300 mg/m ² p.o. (maksimalt 500 mg/uge)	X	X	X	
Bortezomib 1,3 mg/m ² s.c.*	X	X	X	X
Dexamethason 20-40 mg p.o.**	X	X	X	X

*Plus aciclovir profylakse til 3 måneder efter afsluttet behandling. **Overvej dosis 20 mg ved Alder >70 år; BMI <18,5; Diabetes; Hypervolæmi; eller tidligere uacceptable bivirkninger ved behandling med glukokortikoider.

8. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på:

www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, Anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvielse til de ønskede kapitler.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde: <https://www.sst.dk/>

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen (Kræftplan IV) og RKKP.