

## Dansk Lymfomgruppe

### Retningslinjer for behandling og opfølgning af patienter med lymfom under COVID-19 epidemi

Den 23.marts 2020.

På baggrund af COVID-19 epidemien anbefales følgende tiltag for patienter med lymfekræft i behandling eller opfølgning:

1. Kurativt intenderet kemoterapi for aggressive lymfomundertyper – DLBCL, Burkitt lymfom, T-celle lymfom, mantlecelle lymfom, Hodgkin lymfom, PTLID, CNS lymfom- anbefales gennemført uændret i videst muligt omfang. Det gælder både for 1. linje og recidivbehandling, inklusiv HDT behandling og allogen transplantation. Med henblik på allogen transplantation henvises dog også til EBMT guidelines.
2. 3. eller senere linje behandling for aggressive lymfomer anbefales at fortsætte uændret hos patienter, hvor der kan forventes varig remission/sygdomskontrol > 6 mdr., selvom der ikke tale om kurativt sigte.
3. Fordele og ulemper ved pallierende kemoterapi vurderes individuelt.
4. Patienter med mistanke om recidiv udredes i kræftpakkeforløb som hidtil.
5. Igangværende behandling for behandlingskrævende lavmaligne lymfomer og CLL anbefales at fortsætte uændret.
6. Igangværende lbrutinib og venetoclax behandling fortsætter uændret. Man kan overveje at udlevere medicin til en længere periode for at nedsætte hyppigheden af fysisk fremmøde, hvis drive-in afhentning ikke er muligt.
7. Venetoclax ramp-up kan sættes på pause i fald man er sikker på at der er sygdomskontrol. Dette for at undgå hyppige blodprøvekontroller (TLS-prøver) samt fremmøder til medicinudlevering
8. R-Venetoclax: Rituximab behandling udskydes. Der er ikke formodning om at tillæg af Rituximab skal gives umiddelbart efter endt Venetoclax ramp-up, hvorfor det kan udskydes til senere i behandlingsforløb.
9. Opstart af behandling for lavmaligne lymfomer og CLL overvejes nøje i forhold til risikoen for immunsuppression og dermed alvorlig COVID-19 infektion mod hvor presserende behandlingsbehovet er. Der anbefales, at ny behandling kun iværksættes ved presserende behandlingsbehov.
10. Hjemmebehandling med immunglobulin fortsættes. IVIG overvejes at blive udskudt, ud fra individuel vurdering som IgG niveau og infektionstendens.
11. Der anbefales at pausere Rituximab vedligehold under epidemien på grund af risikoen for immunsuppression. Ved meget stærk indikation for Rituximab vedligehold kan man overveje at øge interval (3 isf 2 mdr ) mellem infusionerne.
12. Planlagte rutinemæssige kliniske opfølgninger kan udsættes/laves om til telefonkonsultation ud fra en individuel vurdering. Det pointeres, at der er tale om et midlertidigt og ekstraordinært tiltag af hensyn til at minimere smitterisikoen og at der ikke er tale om permanent tilsidesættelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende opfølgning for lymfeknudekræft.

13. Inklusion i kliniske protokoller anbefales fortsætte, såfremt man finder det fordelagtigt for patienten og medmindre sponsor har meldt andet ud. Flere igangværende kliniske protokoller, fx BIO-CHIC, ENRICH, TRIANGLE, HD-21, PREBEN etc henvender sig til patienter, der har et akut behandlingsbehov. Patienten skal alligevel have behandling, derfor er ressourcebesparelsen ved suspension af kliniske protokoller beskeden. Man skal dog vægte protokollens kendte og ukendte bivirkningsprofil i forhold til den formodede gevinst patienten kan have af forsøgsbehandling. Eventuelle protokolspecifikke krav om fx ekstra billeddiagnostik (i forhold til rutinekravene) kan midlertidigt blive tilsidesat (efter orientering af sponsor) da COVID-19 forventes at udløse øget pres på de billeddiagnostiske afdelinger. Lægemiddelstyrelsen forventer at inklusion i "first in human" protokoller pauseres da der ikke kan laves aftale med intensivafdelinger om reserveret plads.

**Bestyrelsen af Dansk Lymfomgruppe**