

KRONISK LYMFATISK LEUKEMI (KLL) PRIMÄRBEHANDLINGSBLANKETT 2015-01-01		Personnummer				
Anmälände läkare:		Namn				
Sjukhus och klinik:		Blanketten ifylls och insändes efter avslutad behandling till: Regionalt cancercentrum i respektive region				
Datum för inrapportering (år-mån-dag)						
PROGNOSTISKA MARKÖRER inför terapibeslut						
Rai stadium (endast KLL)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart
Binet stadium (endast KLL)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart		
Direkt antiglobulin test (DAT)	<input type="checkbox"/> Direkt positiv		<input type="checkbox"/> Direkt negativ		<input type="checkbox"/> Ej utförd	
S-LD....., µkat/l	<input type="checkbox"/> Normalt		<input type="checkbox"/> Förhöjt		<input type="checkbox"/> Ej utfört	
β2 mikroglobulin....., mg/l	<input type="checkbox"/> Normalt		<input type="checkbox"/> Förhöjt		<input type="checkbox"/> Ej utfört	
Lymfocyter i blod....., x 10 ⁹ /L						
FISH utförd	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas		Om ja, datum..... (år-mån)	
Cytogenetisk avvikelse påvisad:	<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
<input type="checkbox"/> 11q del.....%	<input type="checkbox"/> 13 q del.....%	<input type="checkbox"/> 17p del.....%	<input type="checkbox"/> Trisomi 12..... %	<input type="checkbox"/> Annan, vilken?.....		
P53-mutationsstatus utförd	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, datum.....		<input type="checkbox"/> Muterad P53	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Ig-mutationsstatus utförd	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja,		<input type="checkbox"/> Omuterad	<input type="checkbox"/> Muterad <input type="checkbox"/> Svårbedömd
IgHV 3-21 Homologi.....%						
BIOBANK	Prov skickat till Svenska KLL-gruppens biobank		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
PRIMÄRBEHANDLING						
Enligt nationella riktlinjer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Enligt studieprotokoll:	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja: Vilket:
Behandlingsindikation*	<input type="checkbox"/> Anemi		<input type="checkbox"/> Trombocytopeni		<input type="checkbox"/> Autoimmunhemolys /immunologisk purpura	
<input type="checkbox"/> Förstorade lymfkörtlar	<input type="checkbox"/> Mjältförstoring		<input type="checkbox"/> B-symtom		<input type="checkbox"/> Snabbt stigande lymfocytal	
Cytostatikabehandling	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Regim	Intervalldagar		
			Antal cykler	Behandlingsstart (år-mån-dag)		
Antikroppsbehandling	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilken.....		Behandlingsstart (år-mån-dag)	
Annat tumörbehandling	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilken.....		Behandlingsstart (år-mån-dag)	
Steroider	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	p.g.a hemolys		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Behandlingsstart (år-mån-dag)
Datum för avslutad primärbehandling.....(år-mån-dag)				<input type="checkbox"/> Pågående behandling		
Aktuell för transplantationsutredning				<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
RESPONSBEDÖMNING (Riktlinjer för remissionsbedömning, se blankettens baksida)						
<input type="checkbox"/> Responsbedömning ej utförd p.g.a		<input type="checkbox"/> Behandling avslutad p.g.a biverkningar		<input type="checkbox"/> Terapibyte p.g.a biverkningar		
Bedömning av respons (år-mån-dag)				<input type="checkbox"/> Annan orsak		
<input type="checkbox"/> Kompletta remission (CR)		<input type="checkbox"/> Inkomplett remission (CRi)		<input type="checkbox"/> Partiell remission (PR)		<input type="checkbox"/> Stabil sjukdom (SD) <input type="checkbox"/> Progressiv sjukdom (PD)
Utvärderingsmetod för respons:		Endast klinisk undersökning och rutinblodprover <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
Flödescytometri utförd på blod	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja,	om ja, CR	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
DT / MRT / Ultraljud	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja,	om ja, CR	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Benmärg utförd (morfologi)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja,	om ja, CR	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Flödescytometri benmärg	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja,	om ja, CR	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Immunistokemi benmärg	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja,	om ja, CR	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Är patienten avliden?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		Dödsorsak?		
				<input type="checkbox"/> Blodsjukdomen inklusive komplikation till behandlingen (ej i remission)		
				<input type="checkbox"/> Behandlingsrelaterad (i remission)		
				<input type="checkbox"/> Orelaterad till blodsjukdom och behandling (ej i remission)		
				<input type="checkbox"/> Orelaterad till blodsjukdom och behandling (troligen i remission)		
				<input type="checkbox"/> Uppgift saknas		

Patienten remitterad till annan sjukvårdsinrättning, klinik/motsvarande:.....

Anges bara om behandling kommer att ske på annan sjukvårdsinrättning/ klinik än som rapporterat in anmälan

Behandlingsindikation (en eller flera)*

- Tillkomst av eller förvärrad anemi eller trombocytopeni orsakad av benmärgssvikt
 - Autoimmun hemolys eller immunologisk purpura med dåligt behandlingsvar på kortison
 - Kraftig mjältförstoring (> 6 cm under arcus eller progredierande förstoring)
 - Lymfknoteförstoring (konglomerat > 10 cm som största diameter) eller progredierande förstoring
 - B-symtom, minst ett
 - a) Viktminskning > 10 % de senaste 6 månaderna
 - b) Uttalad trötthet (WHO performance status >2)
 - c) Feber > 38 grader i mer än 2 veckor utan påvisbar infektion
 - d) Nattsvettningar
 - Snabbt stigande lymfocytal i blod med ökning av > 50 % på 2 månader eller en fördubblingstid < 6 månader**
- ** Enbart detta kriterium räcker inte som behandlingsindikation vid låga lymfocytal.

Riktlinjer för remissionsbedömning¹

CR - komplett remission

För CR krävs alla nedanstående kriterier (se tabell) med en varaktighet av minst 2 månader. Om klinisk komplett remission uppnåtts rekommenderas utvärdering med datortomografi thorax och buk. Benmärgsundersökning görs cirka 3 månader efter avslutad behandling för att minska risken för att benmärgen är hypoplastisk vid remissionsbedömningen.

CR i - inkomplett remission p.g.a kvarvarande cytopeni

För CR i krävs samma kriterier som för CR med undantag för kvarvarande cytopeni beroende på inkomplett återhämtning av benmärgen efter terapi.

PR - partiell remission

För PR krävs åtminstone ett av kriterierna för Hb, B-neutrofiler och B-TPK, samt att alla övriga nedanstående kriterier (se tabell) är uppfyllda med en varaktighet av minst 3 månader.

PD – progressiv sjukdom

Definition nedan. Transformation till högmalignt lymfom räknas som progressiv sjukdom.

SD – stabil sjukdom

Stabil sjukdom om varken kriterier för PR eller PD är uppfyllda.

Kriterier	Komplett remission	Partiell remission	Progressiv sjukdom
B-symtom	Inga	Kan finnas	Kan finnas
Lymfknotor	Inga eller alla < 1,5 cm	> 50 % minskning	> 50 % ökning om mer än 1,5 cm till >2,0 cm om nytillkommen knuta > 1,5 cm
Lever/Mjälte	Ej palpabla	> 50 % minskning	> 50 % ökning eller nytillkommen förstoring om tidigare ej palpabel
Hb	> 110g/l	> 110g/l eller 50 % ökning**	Nyttillkommen anemi# beroende på KLL sjukdomen
B-Neutrofila	> 1,5 x 10 ⁹ /l	> 1,5 x 10 ⁹ /l eller 50 % ökning**	Nyttillkommen neutropeni# beroende på KLL sjukdomen
B-Trombocyter	> 100 x 10 ⁹ /l	> 100 x 10 ⁹ /l eller 50 % ökning**	Nyttillkommen trombocytopeni# beroende på KLL sjukdomen
B-Lymfocyter	< 5,0 x 10 ⁹ /l *	> 50 % minskning	> 50 % ökning, minst 5,0 x 10 ⁹ /l
Benmärgsaspirat	< 30 % lymfocyter *	Ingår ej i responsbedömningen	
Benmärgsbiopsi	Inga lymfoida noduli ^	Ingår ej i responsbedömningen	

*Avsaknad av klonala lymfocyter enl konventionell flödescytometri.

^ Avsaknad av klonala lymfocyter enl immunhistokemi.

PR om kvarvarande klonala celler med flödescytometri eller immunhistokemi.

** se text ovan tabell för definition av PR.

#Om cytopeni under pågående terapi, bedöms detta ej som progress då cytopeni kan vara biverkan.

Om cytopeni uppstår eller progredierar tre månader efter avslutad terapi, eller senare,

(Hb ned > 2g/l, eller < 10g/l; 50 % minskning av trombocyter eller <100 x 10⁹/l) är detta progress, såvida benmärgsbiopsi visar KLL-infiltration.

¹ IWCLL Guidelines: Blood First Edition Paper, prepublished online, January 23, 2008; DOI 10, 1182/blood-2007-06-093906