Lo último en ***hematología*** para ***farmacia hospitalaria***

eMPhasis

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

gedefo
Grupo de Farmacia Oncológica de la sefh

Con el patrocinio de:

REGENERON®

Lo último en *hematología* para *farmacia hospitalaria*

eMPhasis

Míriam Merchante Andréu

Hospital Clínico Lozano Blesa Zaragoza

Viernes 12/06/2026: MM

sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

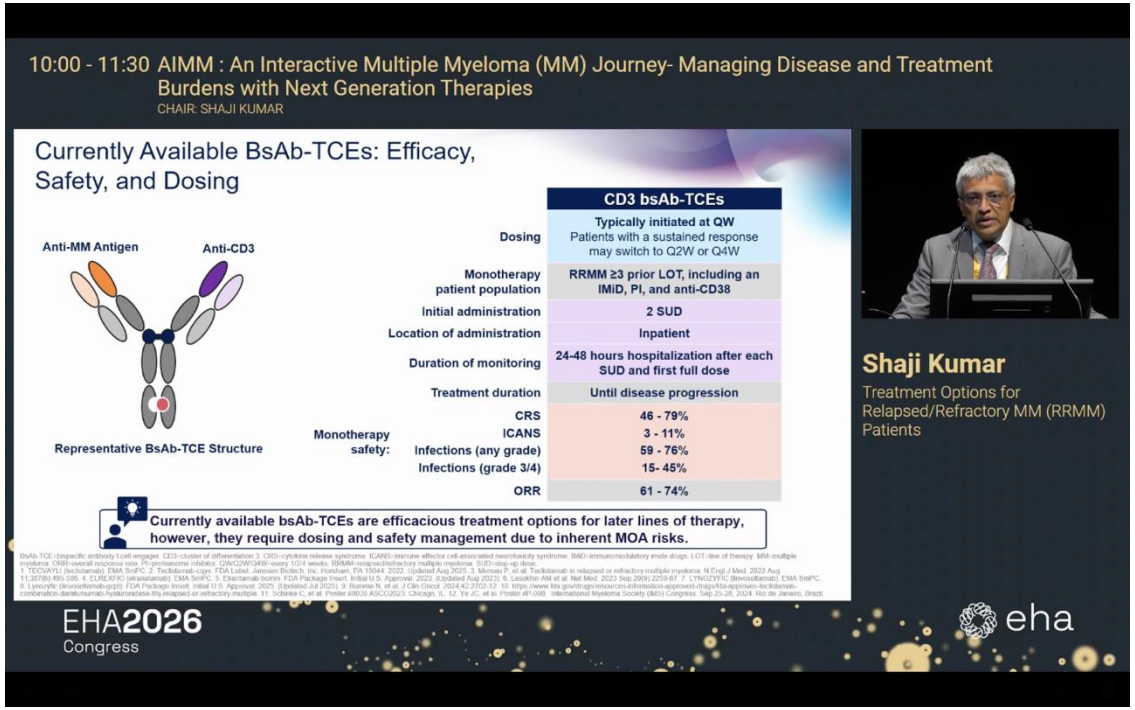
gedefo Grupo de Farmacia Oncológica de la sefh

Con el patrocinio de:

REGENERON®

Manejo de la enfermedad e impacto del tratamiento

BsAb-TCEs-Opciones disponibles

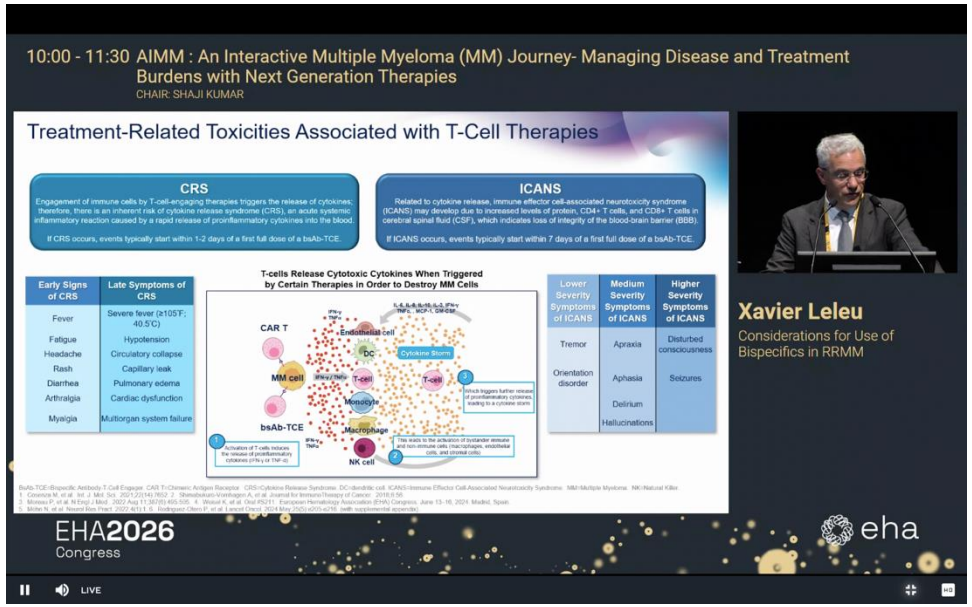


- OPCIONES DISPONIBLES: EFICACES….

Pero NO podemos olvidar las complicaciones:

Nos preocupan las infecciones:

15-46% de infecciones G3-G4



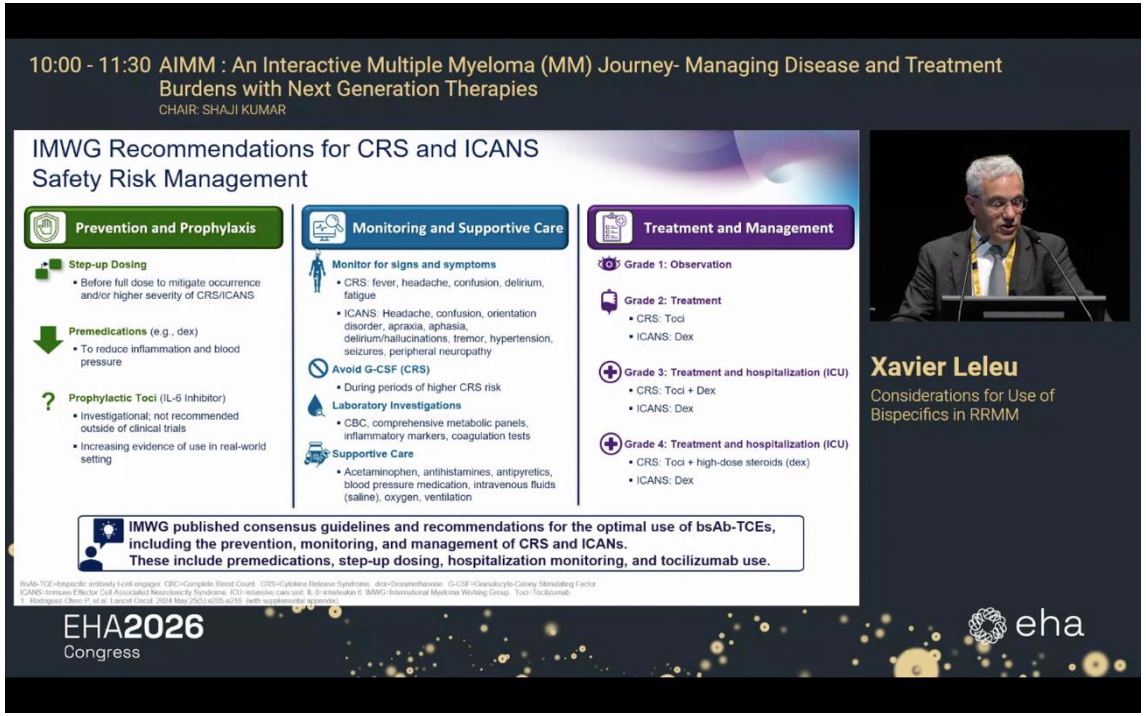
CRS e ICANS

- CRS: Importante reconocer aquellos signos tempranos vs tardíos.
  - Fiebre: En muchos pacientes dos horas tras infusión
  - Tardíos: Fiebre elevada, fuga capilar, edema pulmonar, insuficiencia cardiaca→fallo multiorgánico.

- **<u>Monitorización continua :Equipo formado</u>**

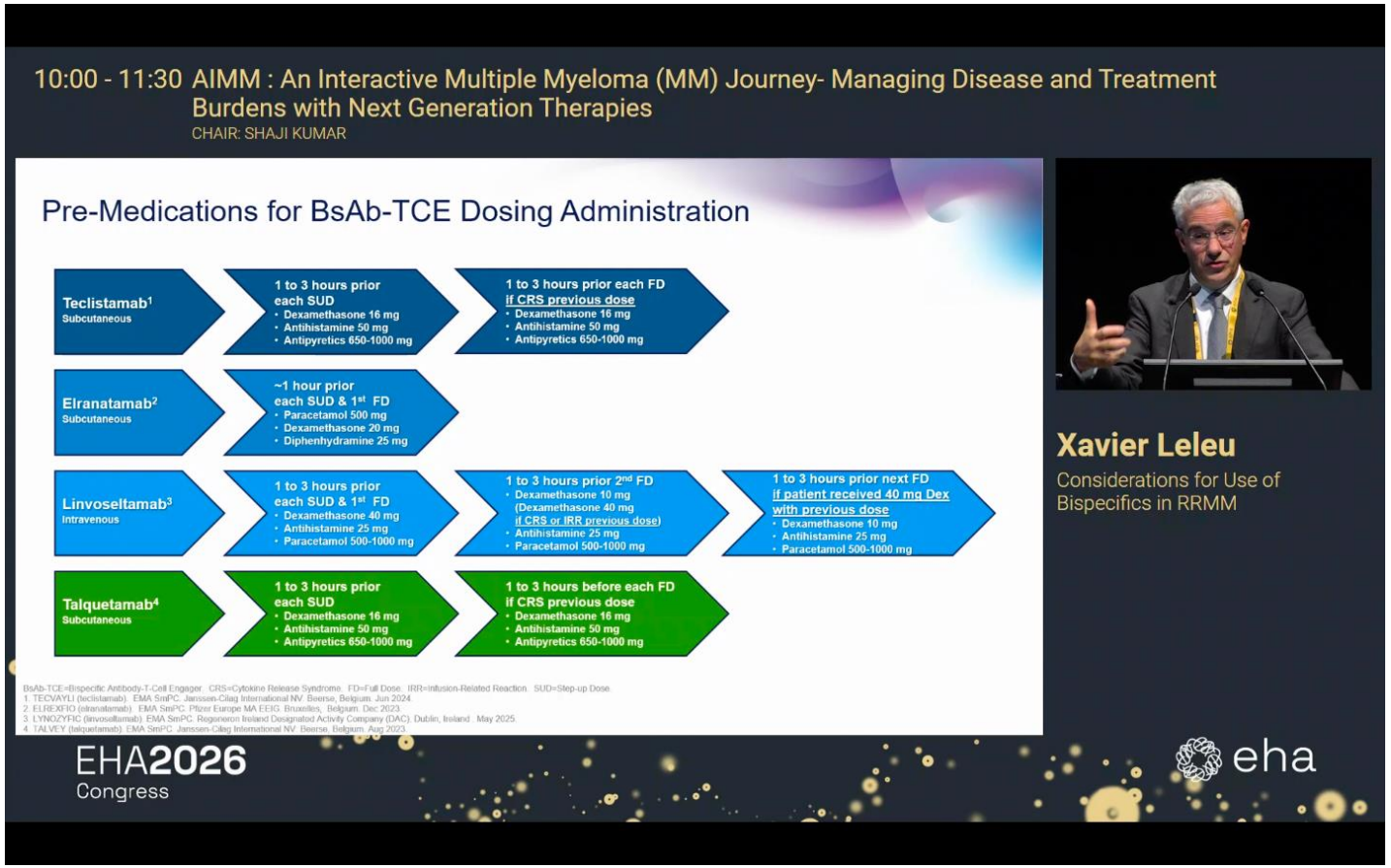
- **<u>Disponibilidad de IVIG</u>**

RECOMENDACIONES IMWG CRS e ICANS



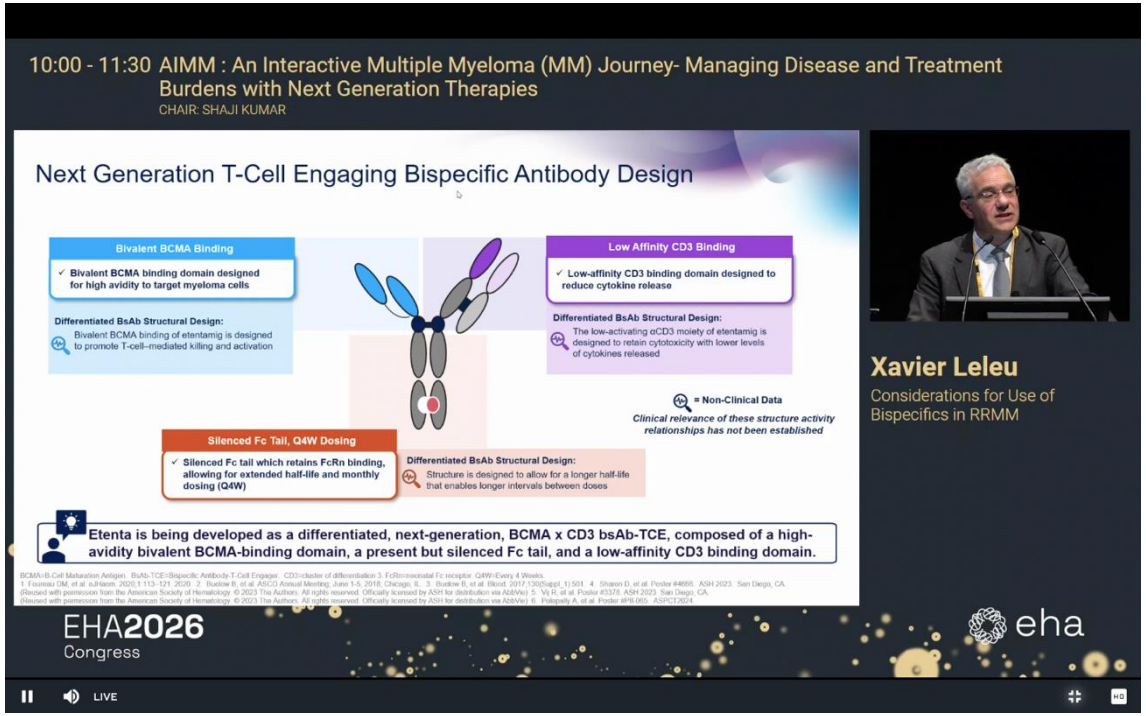
- **PROFILAXIS:**
  - Asegurar no CRS antes de FD
  - Uso profiláctico tocilizumab→ Sigue en fase de EECC
- **MONITORIZACIÓN:**
  - Evitar G durante alto riesgo de CRS
- **MANEJO**
  - Emperoamiento del ICANS tras uso de tocilizumab sin CRS.

PREMEDICACIÓN



- Diferencia en el manejo de las premedicaciones

AC DE NUEVA GENERACIÓN



NUEVA GENERACIÓN!!!

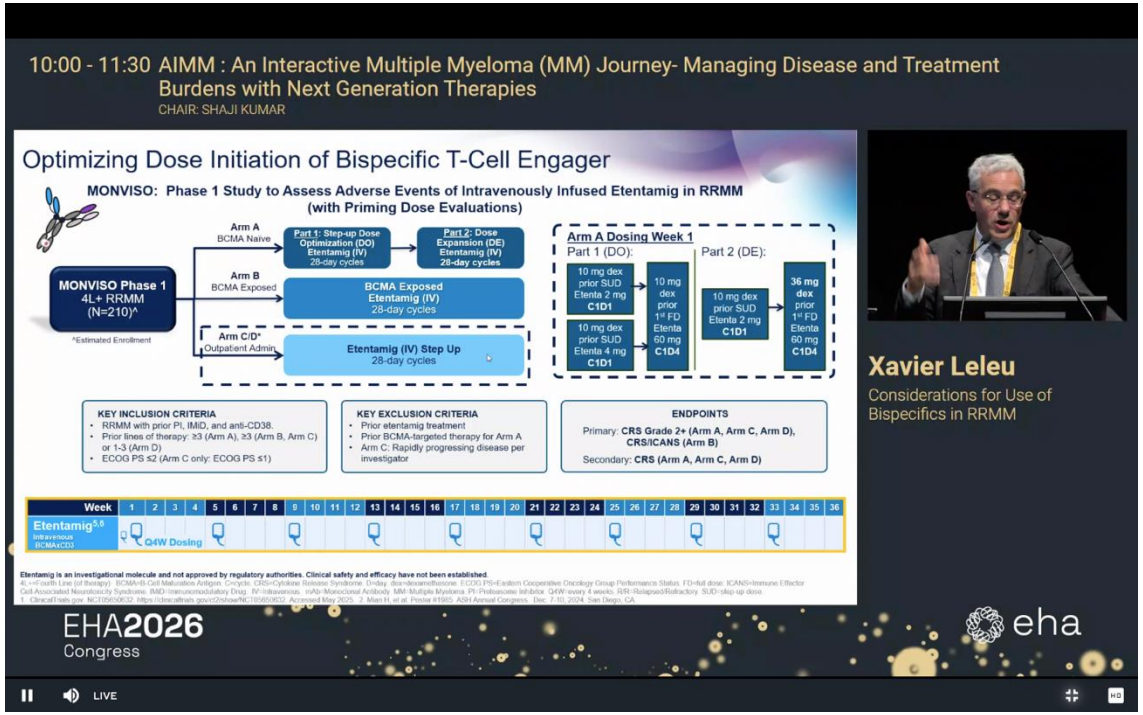
DIFERENTES EPITOPOS

POTENCIALMENTE PODRÍA MEJORAR LA AVIDEZ POR BCMA.

POTENCIALEMNTE MENOS CRS

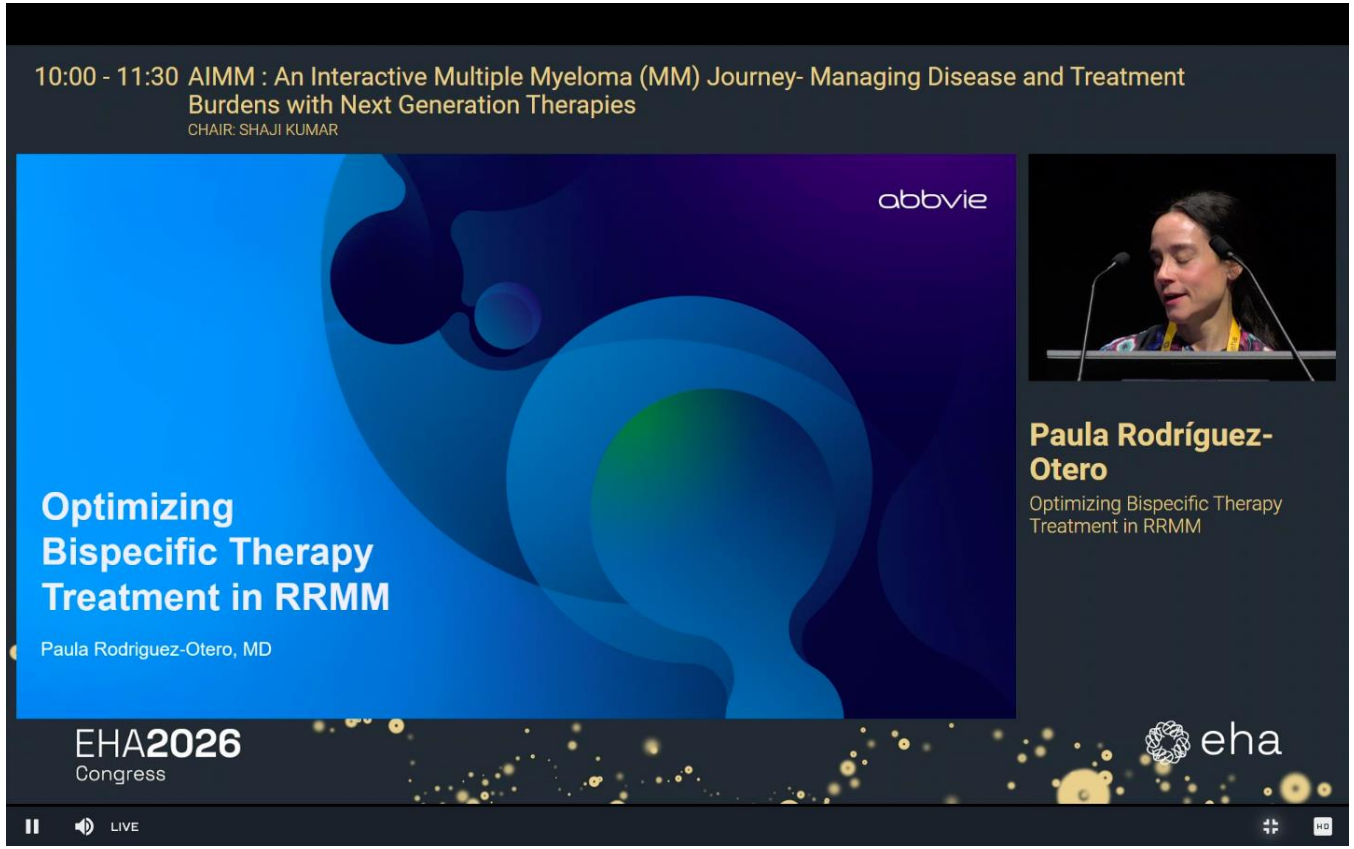
- Unión bivalente a BCMA→ ¿Mejorar. la avidez por la diana?
- Modificaciones estructurales→ Mayor semivida→ Administraciones mas espaciadas.
- Dominio de unión a CD3 de baja afinidad→¿Disminuir CRS?

ETENTAMIG. MONVISO F-I

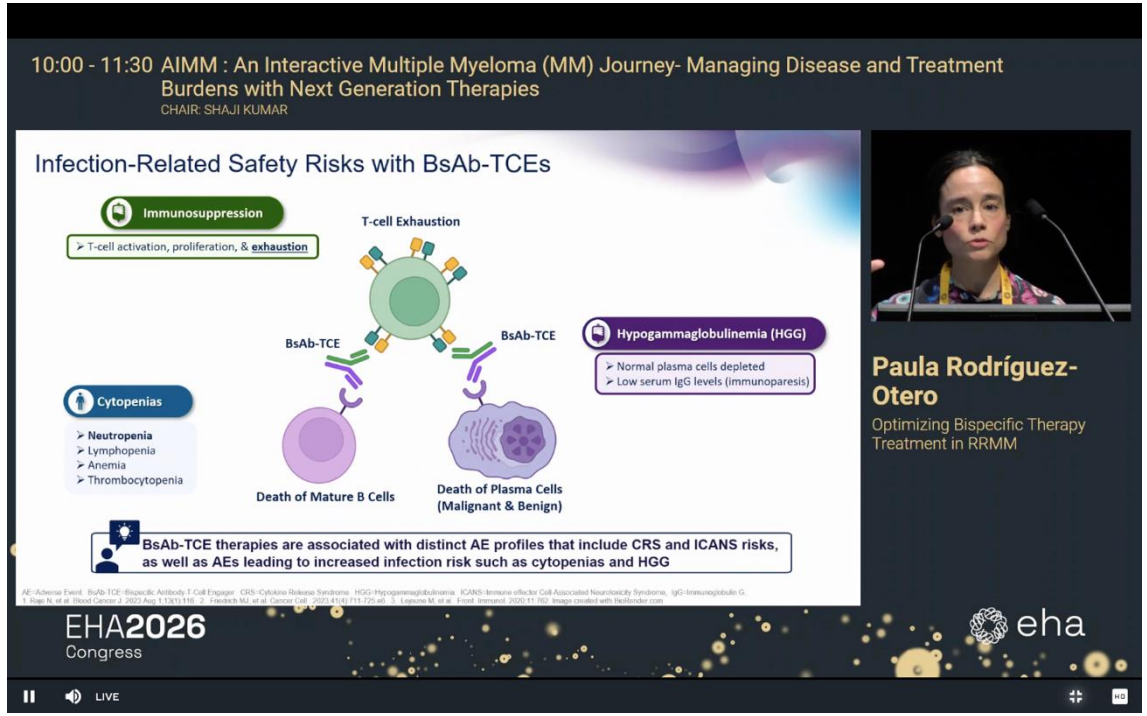


- Dosis mensual desde el inicio.
- Brazo administración ambulatoria
- Endpoints:
  - Clinical impact diferences: CRS/ICANS

Infecciones

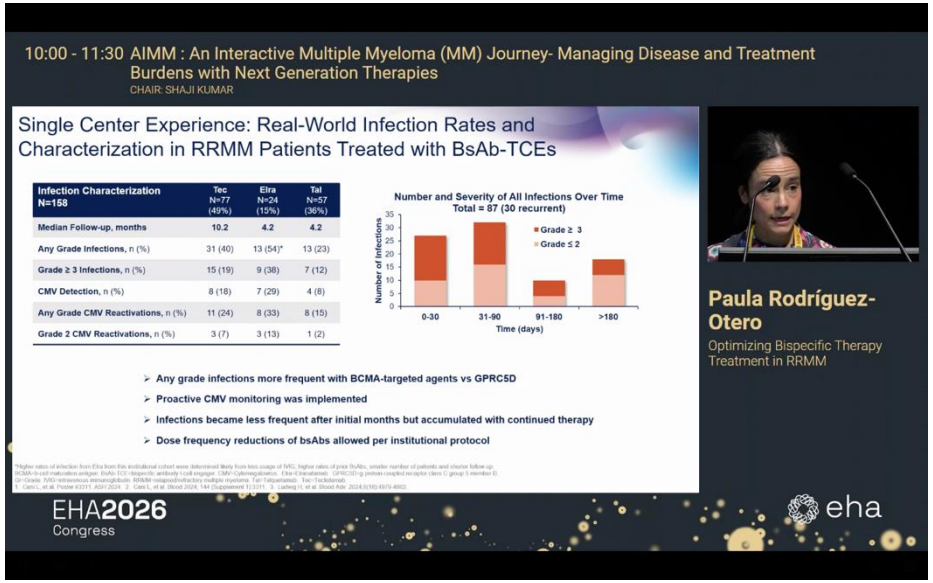


Infecciones y BsAb-TCEs

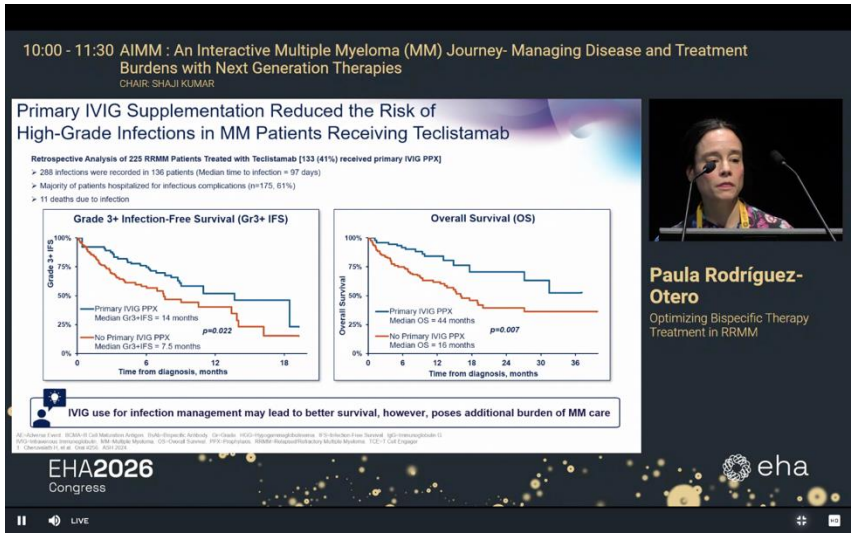


- **INFECCIONES:**

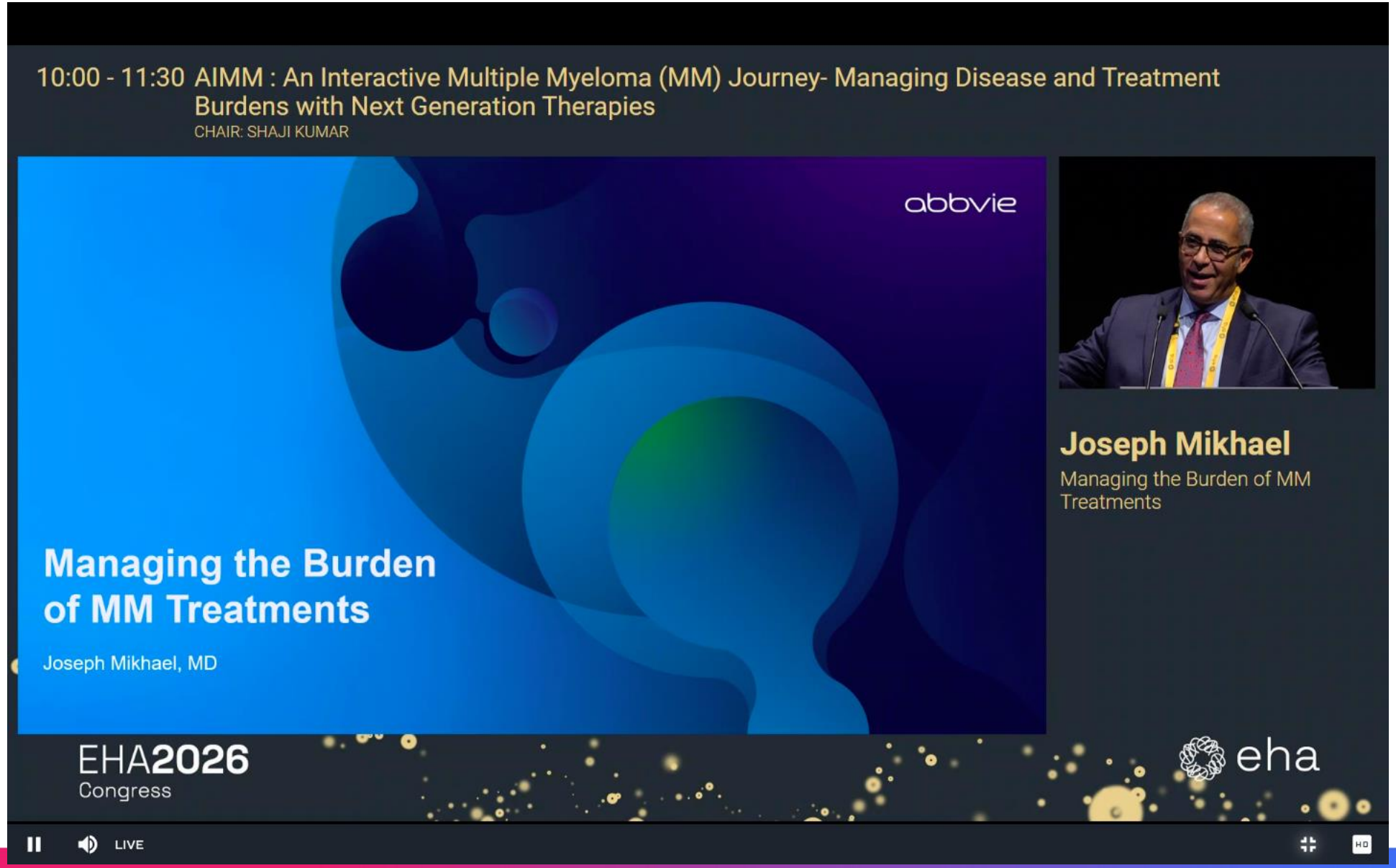
- No sólo el F.
- También influyen:
  - Carga de la enfermedad.
  - Tratamientos previos
  - Agotamiento células T
- **Tener todos estos factores en cuenta.**



- RWE: En vida real generalmente menos infecciones grado ¾→ Papel de la profilaxis
- Generalmente: Incidencia infecciones en los primeros seis meses del tratamiento→ Pero MONITORIZACIÓN continua
- VACUNACION: ANTES DE BCMA
- Profilaxis antiviral
  - **USO PROFILACTICO DE IGIV. Desde C1**
  - **Pautas menos intensivas. ¿PERIODOS LIBRES DE TRATAMIENTO?**



Impacto del tratamiento



Prioridades

Preferencias:

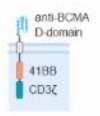
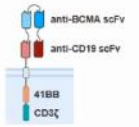
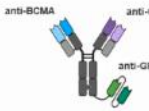
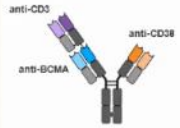
- Visión médico versus visión paciente :
- Supervivencia versus independencia, control de la enfermedad, efectos secundarios, hospitalizaciones…
- Los pacientes quieren seguir con sus vidas y sus rutinas
- Pacientes acaban exhaustos.

Nuevas terapias: ¿Mejorar el impacto del tratamiento?

10:00 - 11:30 AIMM : An Interactive Multiple Myeloma (MM) Journey- Managing Disease and Treatment Burdens with Next Generation Therapies

CHAIR: SHAJI KUMAR

AIMM: How may newer therapies further improve MM treatment burden?

Novel Therapy in Development	Anitocabtagene Autoleucel (Anito-cel)	Arlocabtagene Autoleucel (Arlo-cel)	AZD0120 (FasTCAR-T)	Ramantamig (JNJ-5322)	ABBV-2001 (ISB 2001)
					
MOA	CAR T	CAR T	Dual CAR T	Trispecific T-cell Engager	Trispecific T-cell Engager
Antigen	BCMA	GPRC5D	BCMA & CD19	BCMA x GPRC5D x CD3	BCMA x CD38 x CD3
Novelty / Differentiation	Expedited Manufacturing	Non-BCMA CAR T	Dual Antigen CAR T	Dual Antigen TsAb-TCE	Dual Antigen TsAb-TCE
Key Trials	Ph 2 **iMMagine-1** (NCT05396885) 4L+ RRMM Ph 3 **iMMagine-3** (NCT06413498) 2-4L RRMM	Ph 1 **CC-95266-MM-001** (NCT04674813) 2-4L RRMM Ph 2 **QUINTESSENTIAL** (NCT06297226) 3L+ RRMM Ph 3 **QUINTESSENTIAL-2** (NCT06615479) 1-3 RRMM	Ph 1b/2 **DURGA-1** (NCT05850234) 4L+ RRMM Ph 1 **DURGA-2** (NCT07073547) HR NDMM Ph 3 **DURGA-4** (NCT07391657) 2-4L RRMM	Ph 1 **CR109234** (NCT05652335) 4L+ RRMM & ALA Ph 3 **TRIlogy-4** (NCT07258511) 4L+ RRMM	Ph 1 **TRIgnite-1** (NCT05862012) 3L+ RRMM

This slide illustrates data from different studies. It is not intended to suggest or imply comparison between products or regimens without supportive data.

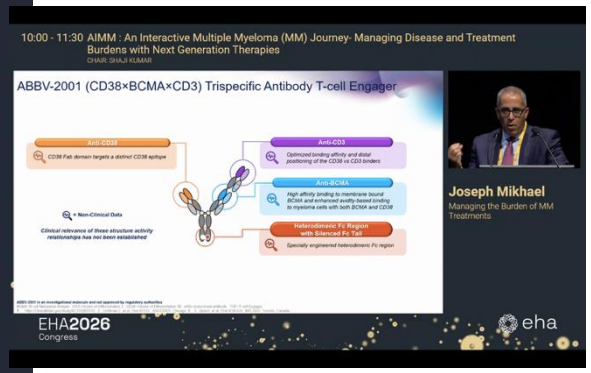
ALA=light chain amyloidosis. BCMA=b-cell maturation antigen. CAR T=chimeric antigen receptor T-cell. CD3/CD19/CD38=cluster of differentiation 3/19/38.GPRC5D=g protein-coupled receptor class C group 5 member D. HR=high risk. L=line of therapy. MM=multiple myeloma. MOA=mechanism of action. NDMM=newly diagnosed multiple myeloma. Ph=phase. RRMM=relapsed/refractory multiple myeloma. scFv=single-chain variable fragment. TsAb-TCE=trispecific antibody t-cell engager.

1. https://clinicaltrials.gov. 2. Patel K, et al. Oral #256. ASH 2025. 3. Bal S, et al. Poster #PA-080. IMS2025. Toronto, Canada. 4. Du J, et al. ASH 2025, abstract #258. 5. Richard S, et al. ASH 2025, abstract #269. 6. Popat R, et al. Oral #S100. EHA2025. Milan, Italy. 7. Krishnan A, et al. Poster #4042. ASH2025. Orlando, FL. 8. Lichtman E, et al. (Oral #7514. ASCO2025. Chicago, IL. 9. Quach, et al. Oral #OA-035. IMS 2025. Toronto, Canada

EHA2026 Congress

Joseph Mikhael

Managing the Burden of MM Treatments



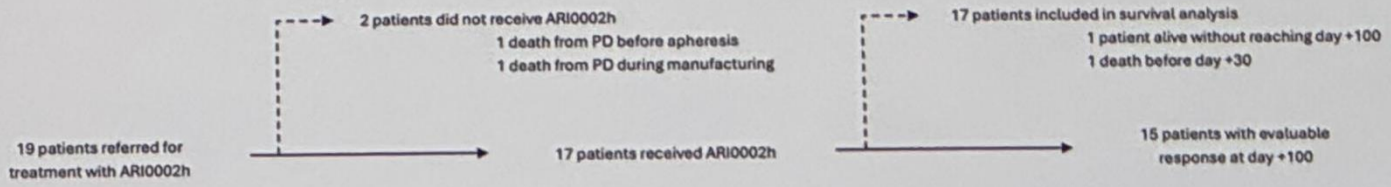
DISCUSIÓN

- **<u>TOCILIZUMAB PROFILÁCTICO</u>** con biespecíficos (Off label) :
  - No en biespecificos si ingresado, SI en paciente ambulante.
  - Tocilizumab: Acción dura 4-6 días,. Usar sólo en primera dosis del step up..
  - Si no se usa→ Recomendación usarlo ya desde CRS G1.
- Importancia de la **<u>evolución en el manejo</u>** de los tratamientos
- **<u>IVIG:</u>** Sistemáticamente de forma mensual desde C1.
- **DEXAMETASONA 10mg** en profilaxis debería ser suficiente, recordar pararla a tiempo para evitar agotamiento células T.
- Revacunación <u>antes</u> de biespecificos. Revacunación periódica (neumococo, VRS…)-→ **Importancia de vacuncion de <u>FAMILIA y CUIDADORES</u>**
- **<u>DURACIÓN DEL TRATAMIENTO</u>**: Importancia de la profundidad de respuesta→ No está claro el punto en el que podríamos plantear suspender el tratamiento.
- RECHALLENGE→ Parece improbable. Hay que asegurar cuando parar el tratamiento…
  - Riesgo de infección→ Relacionado claramente con la duración del tratamiento.

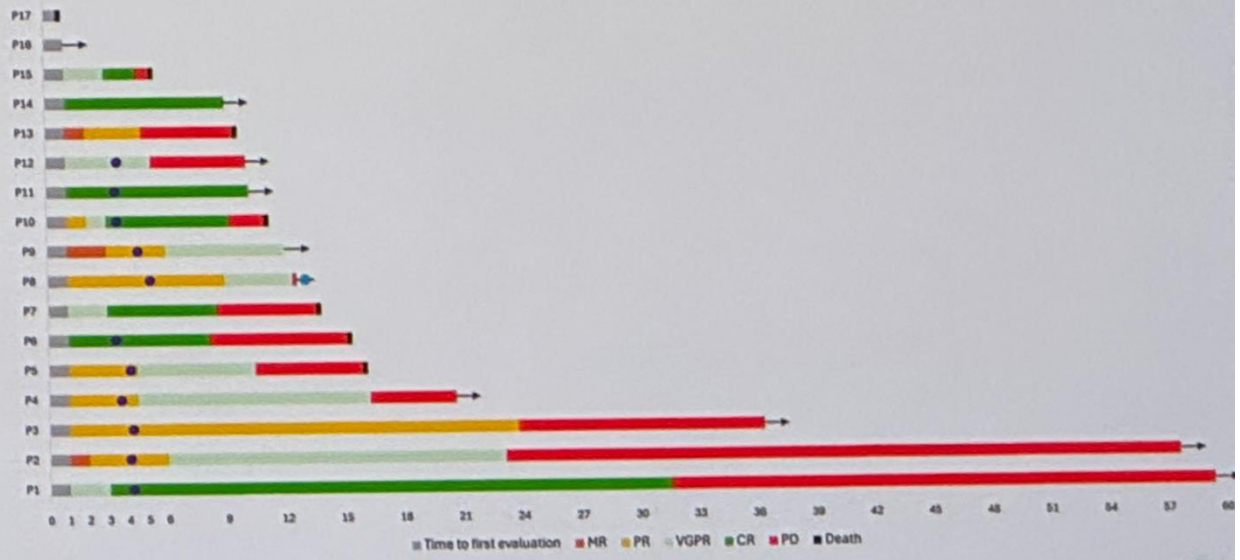
- Ideal: Poder identificar que terapia dirigir a cada paciente→ NO respuesta

Cesni-cel (ARI 0002h) in Ultra-high Risk Myeloma with PCL and/or CNS Involvement

12 had PCL, 5 had CNS-MM and 2 had dual involvement



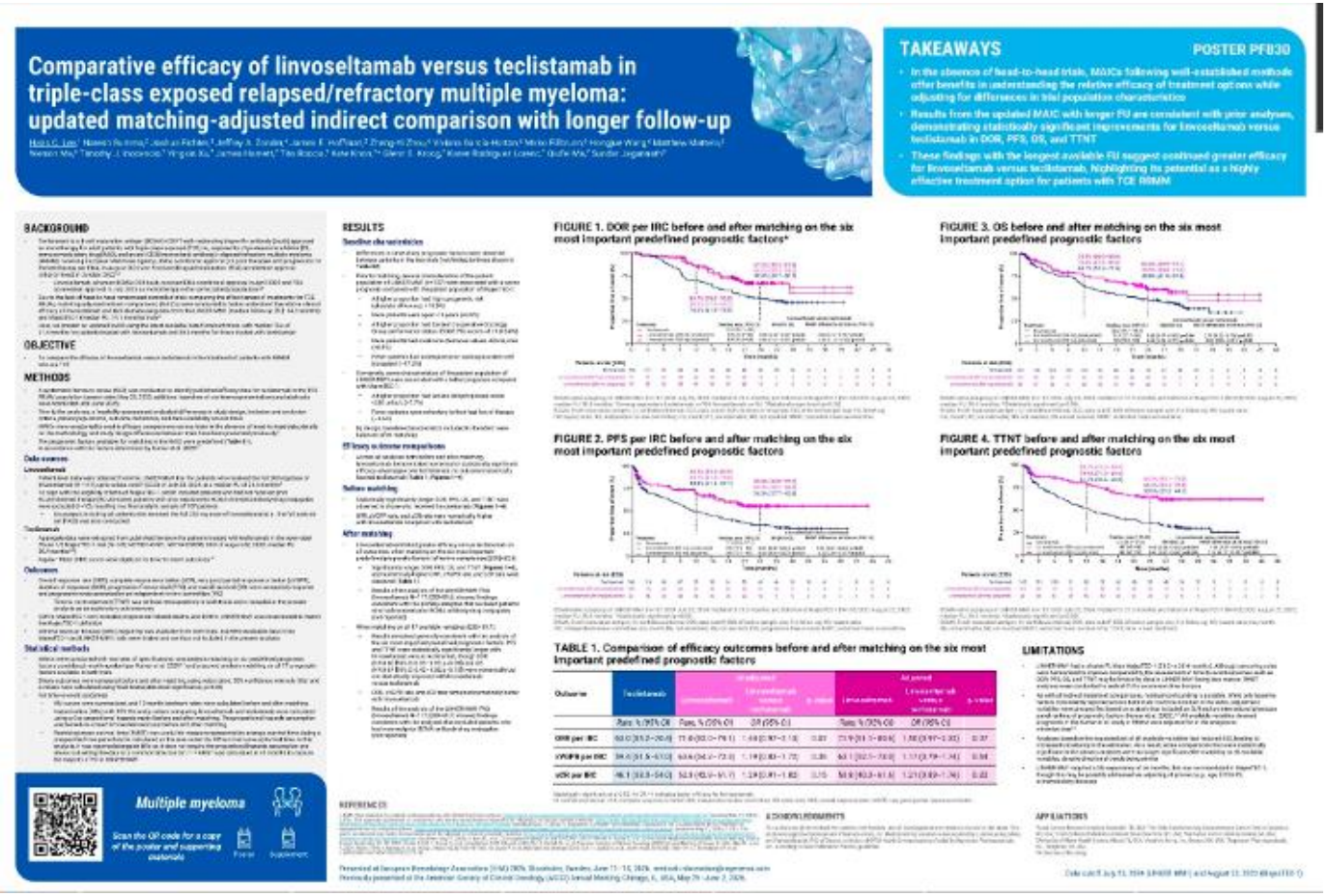
- 15/17 (88%) had evaluable response at day +100: 10 with PCL, 4 with CNS-MM and 1 with PCL/CNS-MM.
- **ORR at day +100 was 88%.**
- 8/15 (53%) achieved a vgPR or better;
- 5/15 (33%) improved responses after day +100.
- **BM-MRD negativity rate was 100%** in all patients with available information at day +100 (14/15; one case not assessed).



Jimenez-Mira C, et al. Br J Haematol. 2026 Jun 4. doi: 10.1111/bjh.70586. Online ahea

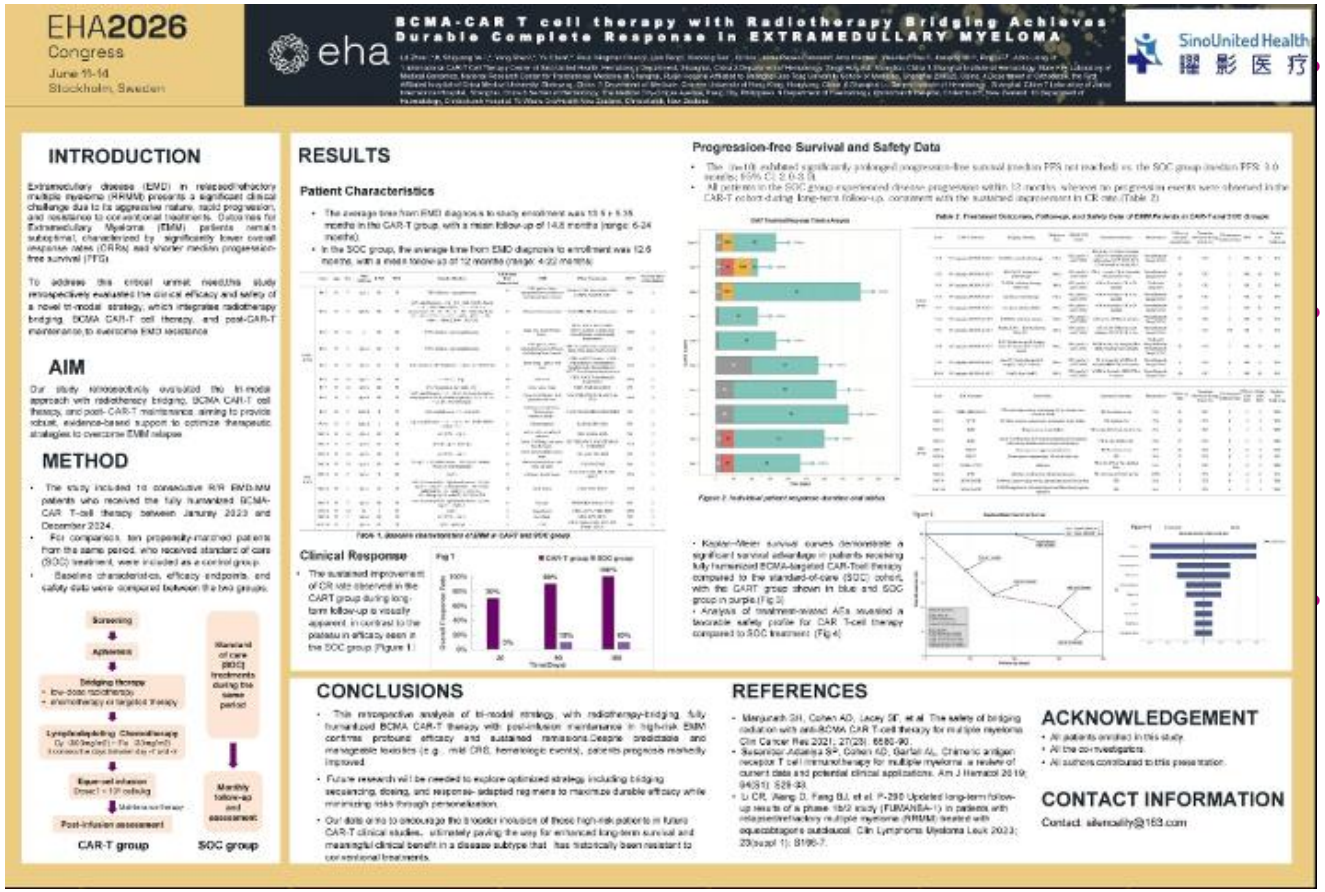

Muchas Gracias
por acompañarme en este recorrido
por las novedades más relevantes en
EHA 2026
– Stockholm –
EHA
EUROPEAN HEMATOLOGY ASSOCIATION
EHA 2026 Congress
12–15 June 2026
Stockholm, Sweden
Más conocimiento, más opciones, mejores decisiones para cada paciente.
NO TRATAR MIELOMAS, TRATAR PERSONAS
Personalización
Innovación
Eficacia
Seguridad
Esperanza
Nos vemos en
EHA 2026
STOCKHOLM

Eficacia comparativa de linvoseltamab frente a teclistamab en pacientes con mieloma múltiple triple clase expuesto en recaída/refractario: análisis ajustado por comparación indirecta (MAIC).



- Estudio retrospectivo de comparación indirecta ajustada utilizando datos individuales del ensayo LINKER-MM1 (linvoseltamab) frente a datos publicados de MajesTEC-1 (teclistamab).
- **Conclusiones:** Tras el ajuste por los principales factores pronósticos, **linvoseltamab demostró una mayor TRG y una duración de respuesta más prolongada**, con una **tendencia a mejorar la SLP y el tiempo hasta el siguiente tratamiento** frente a teclistamab.
- Estos resultados sugieren que linvoseltamab podría ofrecer una eficacia superior en pacientes con mieloma múltiple triple clase expuesto, **aunque deben interpretarse con cautela por tratarse de una comparación indirecta y no aleatorizada.**

La terapia con células CAR-T anti-BCMA con radioterapia como tratamiento puente logra una respuesta completa duradera en el mieloma múltiple extramedular.


EHA2026 Congress
June 11-14
Stockholm, Sweden

BCMA-CAR T cell therapy with Radiotherapy Bridging Achieves Durable Complete Response in EXTRAMEDULLARY MYELOMA

INTRODUCTION

AIM

METHOD

RESULTS

Patient Characteristics

Progression-free Survival and Safety Data

Clinical Response

CONCLUSIONS

REFERENCES

ACKNOWLEDGEMENT

CONTACT INFORMATION

CAR-T group

SOC group

Estudio retrospectivo que evaluó a pacientes con MM y enfermedad extramedular tratados con CAR-T anti-BCMA y que recibieron radioterapia como tratamiento puente frente a una cohorte sin enfermedad extramedular.

Conclusiones: La incorporación de **radioterapia como terapia puente antes del CAR-T anti-BCMA se asoció con respuestas profundas y duraderas**, alcanzándose una elevada proporción de RC en pacientes con enfermedad extramedular.

Además, la **SLP y el perfil de seguridad fueron comparables** a los observados en pacientes sin enfermedad extramedular, lo que sugiere que esta estrategia puede mitigar el mal pronóstico tradicional de este subgrupo de alto riesgo.