

Regional medicinsk riktlinje

Myelom - Regional tillämpning av Nationellt vårdprogram

Innehållsförteckning

Syfte	2
Huvudbudskap	2
Vårdnivå och samverkan	2
Bakgrund.....	3
Utredning	4
Kapitel 5: Symtom, kliniska fynd och diagnostik.....	4
Kapitel 6: Kategorisering av tumören.....	5
Kapitel 7: MGUS	6
Behandling	7
Kapitel 9: Primär behandling.....	7
Kapitel 12: Behandling av återfall.....	9
Kapitel 15: Understödjande vård	11
Rehabilitering.....	11
Komplikationer	11
Klinisk uppföljning	11
Remissrutiner	12
Kvalitetsuppföljning	12
Patientmedverkan och kommunikation.....	12
För vårdgivare.....	12
Referenser	13

Syfte

Regional medicinsk riktlinje (RMR) är framtagen som en lokal anpassning till Nationellt Vårdprogram (NVP) för myelom 2024-01-23. RMR ska ligga till grund för eventuell anpassning till lokala förhållanden vad gäller ansvarsfördelning och fungera som ett arbetsredskap för personal som är involverad i vården.

Huvudbudskap

[Nationellt vårdprogram myelom \(NVP myelom\)](#)

RMR omfattar regionala tillämpningar av NVP myelom som gäller från år 2024-01-23. Dessa riktlinjer har utarbetats 2024 av den regionala vårdprocessgruppen i Västra Götalandsregionen och Region Halland i samarbete med Regionalt cancercentrum Väst. Avsikten är att riktlinjerna i likhet med NVP ska revideras vartannat år.

Vårdnivå och samverkan

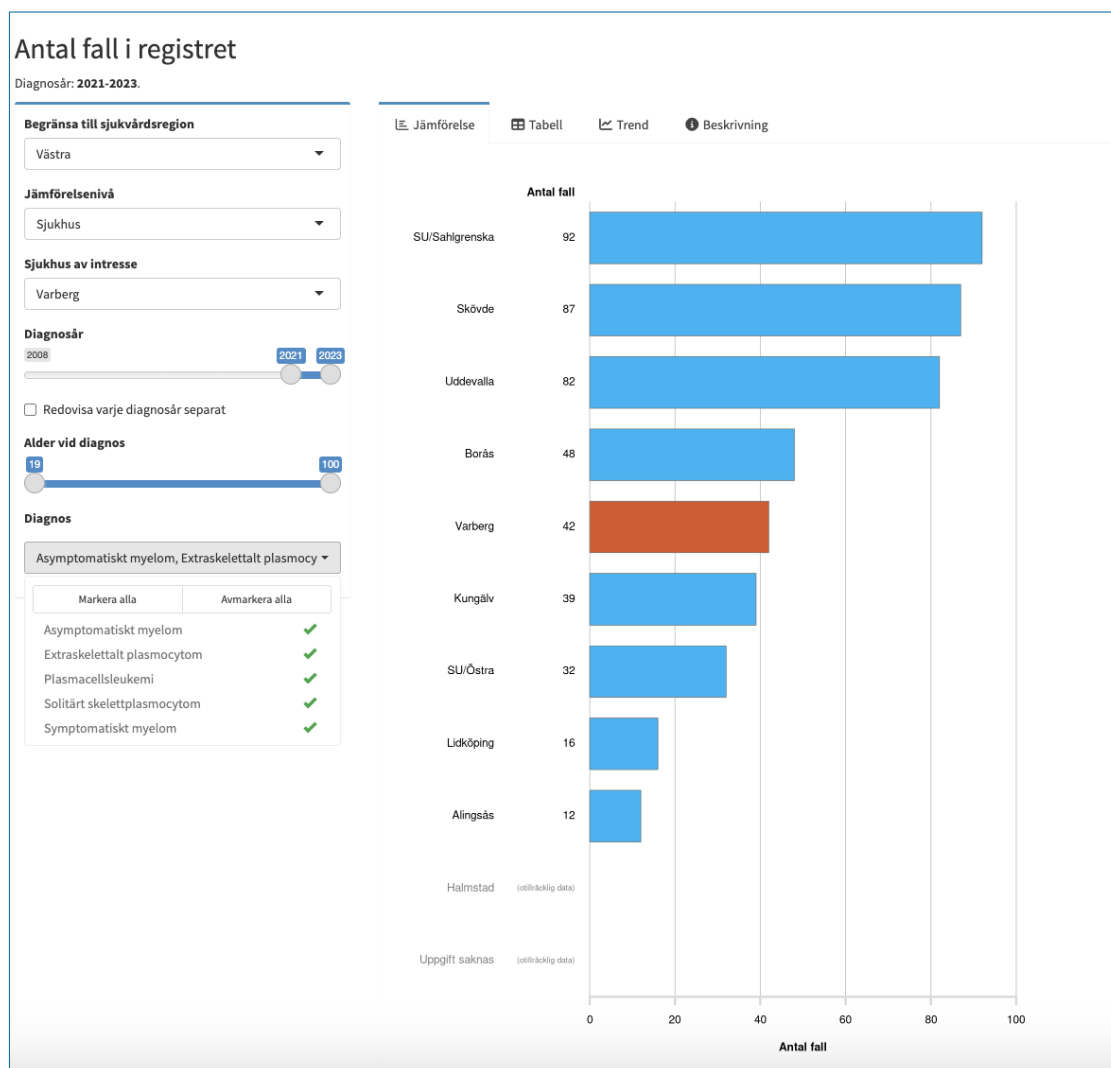
Se även bilaga 1: [Flödesschema myelom](#)

- Primärvård: Initial utredning av låg M-komponent (<15g/l) med lab.prov och urinprov. Vid avvikande fynd, hög M-komponent eller symptom: utredning/remittering till hematolog enl. välgrundad misstanke om myelom (se [SVF MYELOM](#)). Uppföljning av alla stabila MGUS <15g/l utan riskfaktorer för transformation. Palliativ vård av vissa patienter i samband med hemsjukvård.
- Länsdelssjukhus L-VÅRD: All vård utom återgivning av autologa stamceller och T-celler: Kungälv och Alingsås (SiV), Östra: Diagnostik av myelom.Sluten- och öppenvårdsbehandling av MM ej aktuella för högdosbehandling, dvs. i princip patienter >70 år.
Vård av patienter <70 år: induktionsbehandling, uppföljning och kontroller av högdosbehandlade samt behandling i efterföljande behandlingslinjer samt parenterala behandlingar på äldre och högdosbehandlade ges i samarbete med Sahlgrenska. All palliativ vård.
- Länssjukhus Uddevalla, Borås, Skövde + Varberg: All diagnostik och behandling av MM patienter inkl. inneliggande vård efter givna stamceller vid högdosbehandling efter autolog stamcellstransplantation (ASCT). Inneliggande vid start bispecifika antikroppar. Livslånga kontroller. All palliativ vård. Radioterapi (Borås).

- **REGION-VÅRD:** Sahlgrenska Universitetssjukhuset: All diagnostik, behandling och uppföljning. Livslångt inkl. aferes av stamceller och autolog och allogen stamcellstransplantation. All palliativ vård. Strålbehandling Borås eller Jubileumskliniken. Initiera CAR T-cellsbehandling Sahlgrenska Universitetssjukhuset, initiera bispecifika antikroppar Sahlgrenska Universitetssjukhuset eller länssjukhus med egen erfarenhet.

Bakgrund

I Västra sjukvårdsregionen diagnosticeras ca. 150 patienter med myelom, plasmocytom och plasmacellsleukemi årligen. Ca 40% är 75 år eller äldre vid diagnos. Av dessa är omkring 15% asymtomatiska myelom vid diagnos, resten är behandlingskrävande, de flesta med uttalade symptom framför allt skelettsmärter, anemi eller njursvikt.



Figur 1: Bild från Interaktiv rapport (<https://statistik.incanet.se/myelom/>, hämtad 241002)

Utredning

Kapitel 5: Symtom, kliniska fynd och diagnostik

[Symtom, kliniska fynd och diagnostik](#)

Kap. 5.3 Diagnostik

Regional anpassning

M-komponent: I VGR (gäller för alla enheter bortsett från de som skickar till Unilabs) kommer immunfixation utföras på alla prover där S-elektrofores visar en nytillkommen M-komponent oavsett storlek. Vid uppföljande prov där M-komponenten är känd, kan man beställa enbart M-komponent och då görs ej ny immunfixation på kända eller nytillkomna M-komponenter < 1 g/L, albumin och polyklonala immunglobuliner besvaras utan kommentar. D.v.s. vid uppföljning av känd M-komponent och tillkomst av ny liten extrafraktion <1 g/L ska inte immunfixation utföras utan enbart beskriva i svarsutlåtande den nya extrafraktionens storlek. Man önskar att endast ha följande kommentar vid nyupptäckt M-komponent: ”Handläggning av M-komponent är beskrivet i Nationellt vårdprogram för myelom”.

[NVP myelom](#)

S-FLC i VGR

Vid utsvarande av FLC –kvot kommer, från 2025 i samband med övergång till samma analysmetod, FLC-kvot lämnas med involverad kedja i täljaren (involverad kedja / icke involverad kedja), vilket möjliggör att få positiv kvot för att evaluera om patienten närmar sig kriteriet FLC kvot > 100 som är ett Myeloma Defining Event (MDE).

FLC referensintervall vid nedsatt njurfunktion

Det finns risk att överskatta avvikande kvot vid låg eGFR. Vi ber därför Lab lägga in en kommentar som beskriver att vid eGFR < 30 finns särskilda referensintervall framtagna enligt referens Long et al.* Observera att dessa referensintervall finns bara framtagna för Binding Site-metoden.

*Referens: Long et al: Defining new reference intervals for serum free light chains in individuals with chronic kidney disease: Results of the iStopMM study. Blood Cancer J. 2022 Sep 14;12(9):133.

Kap. 5.3.5 Bilddiagnostik

Nationellt vårdprogram myelom

DT myelomskelett är standard vid myelomutredning. DT har högre sensitivitet för skelettdestruktioner än skelettröntgen och kan även visualisera extraskelettal plasmocytomväxt.

MR kan påvisa myelominfiltration i benmärg men har lägre sensitivitet än DT för att påvisa skelettdestruktioner. MR är förstahandsundersökning vid misstanke om ryggmärgskompression och kan även användas vid initial utredning av solitärt skelettplasmocytom. Utredningen bör kompletteras med MR kotpelare om man inte påvisat några kriterier för symtomatiskt, behandlingskrävande myelom (se avsnitt 6.1.1 Behandlingskrävande/symtomatiskt myelom).

FDG-PET-CT har hög sensitivitet men det kliniska värdet är inte tillräckligt utvärderat. Kan vara av värde vid utredning av plasmocytom eller extramedullär sjukdom.

Regional anpassning

DT myelomskelett kallas Lågdos DT myelomskelett på många sjukhus. Vid lokaliserad smärta med negativ Lågdos CT bör man gå vidare med normallokaliserad CT, eller annan radiol. us. Diffusion- weighted MRI eller PET-CT inklusive diagnostisk CT kan göras vid diagnos på följande typfall; multipla plasmocytom eller extramedullär växt, solitärt plasomcytom samt icke-sekretorisk sjukdom, och kan även användas som utvärdering av sjukdomen. Inför immunterapi kan det vara av värde att göra PET -CT vid misstanke om multipla plasmocytom då detta ökar risken för CRS och långsammare svar samt akut lokal smärtreaktion.

Tekniska anvisningar om genomförandet av MR helrygg för definition av fokal lesion som diagnoskriterium för behandlingskrävande myelom samt DT myelomskelett avseende responsvärdering enligt IMWG-kriterier har lagts till.

Kapitel 6: Kategorisering av tumören

Kategorisering av tumören

Nationellt vårdprogram myelom

Vi rekommenderar FISH (på CD138-selektade celler) för t(4;14), t(11;14), t(14;16), del17p, del1p och dup1q21 (gain eller amp bör anges) som en lägsta standard i klinisk rutin. Procentandel positiva celler bör anges i svaret. Bäst prognostisk information får man med en kombination av ISS och cytogenetiska avvikelser, som R-ISS.

Regional anpassning

Nationellt vårdprogram gäller med några undantag:

Kloka kliniska val

Några viktiga ändringar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2024.

- Enbart beställ FISH när man tror man har ett säkerställt myelom. Överväg avstå FISH på alla över 85 år

- Vid diagnos av + 1q, kommer Genetiska kliniken Sahlgrenska svara om amp 1q (4 eller fler kopior) eller gain 1q (3 kopior) föreligger eftersom detta har konsekvenser för behandlingen.
- Vi inför analys av högriskfaktorn del 1p igen
- Vi vill ha kvar t(11;14) vid diagnos
- Om man önskar t(14;20) kan den efterfrågas på biobankat material

Kapitel 7: MGUS

MGUS

Nationellt vårdprogram myelom

Kap. 7.3 MGRS, M-komponent med renal signifikans

MGRS är betäckningen på en lymfoproliferativ klonal gammopati med påverkan på njurfunktionen utan att diagnoskriterier för myelom, KLL, lymfom eller Mb Waldenström är uppfyllda. Tillståndet karakteriseras med njursvikt utlöst av en klonal produktion av nefrotoxiskt klonalt immunglobulin.

Den maligna klonen är oftast liten ($<30\text{g/l}$ Ig, $<10\%$ plasmaceller i BM) likt MGUS. För diagnos krävs njurbiopsi. Förbättring i njursvikt och långvarig remission kan uppnås genom att eliminera den maligna klonen med målinriktad behandling (17).

Regional anpassning

RMR rekommenderar multidisciplinärt omhändertagande av MGRS patienter med tät kontakt med njurmedicin.

MGRS eller MM aktuella för njurtransplantation.

Inför ev. remiss för njurtransplantation bör klonreducerande behandling vara genomförd och patienten svarat bra för att minska risken för recurrens (återfall) av sjukdomen efter njurtransplantation och förlust av transplantet. En regional terapikonferens utgående från Sahlgrenska Universitetssjukhuset rekommenderas innan remiss till njurtransplantation. Ett nordiskt protokoll för dessa patienter är under utarbetning under ledning av en grupp på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, kontaktpersoner Cecilie Hveding (Hematologen) Sonja Gracin (Transplantation).

Kap 7.4 Uppföljning av personer med MGUS

Överväg att avstå utredning hos patienter med hög ålder eller dåligt performance status som har M-komp IgG $<15\text{ g/l}$ eller IgA eller IgM $<10\text{ g/l}$ och normal kvot på FLC i serum och frånvaro av symptom, dessa patienter kan kontrolleras på vårdcentral. Alla M-komp $>15\text{ g/l}$ eller som uppfyller SVF-kriterier för myelomutredning ska utredas enligt SVF.

Nationellt vårdprogram gäller med följande tillägg: Det är önskvärt att man harmoniserar metoderna för serum el.fores och FLC i regionen. Man måste tills vidare rekommendera att patienten tar prov vid samma laboratorium för monitorering. Man har sett att det kan vara en diskrepans på svar av FLC mellan olika metoder. De flesta lab använder Siemens-metoden, som kan undervärdera framför allt värdet på lambdakedjor. En studie görs i VGR för att kartlägga omfånget av detta. Hos patienter med låga eller icke befintliga fria lätta kedjor och samtidigt njursvikt bör man därför analysera S-FLC med Binding-site metoden (finns på NÄL och i Borås), och man bör alltid göra minst en urinelfores (eventuellt stickprov) vid diagnos.

Behandling

Kapitel 9: Primär behandling

[Primär behandling](#)

Kap 9.2 Initial behandling för äldre patienter där högdosbehandling inte planeras

Dara-LenDex rekommenderas i första hand eftersom det oftast ger mindre biverkningar än Dara-MPV.

Nationellt vårdprogram gäller med följande tillägg: RMR rekommenderar därför Dara-Lendex som standardbehandling. Behandlingen ges då till progress eller intolerans. Hos äldre som anses FIT enl. scoringsystem kan man överväga Dara VRDx 8-12 cykler.

Högrisk: Vid del(17p), t(4;14), t(14;16) eller amp 1q kan också VRD +/- Daratumumab övervägas, spec de 1a 4 cykler. Är patienten skör pga sjukdomssymptom ges initialt Vd, Rd eller VRd lite med ev. doseskalering vid förbättring.

Bortezomib och daratumumab kan ges s.c. som hembehandling efter upplärning på hematologienhet. Dexametason 40 mg ges ej över 75 år, 20 mg är sedvanlig dos 1x/vecka. Vid biverkningar och/eller god respons kan man med fördel sänka kortisondoser, sedan eventuellt Lenalidomid-dosen för att möjliggöra kontinuerlig behandling med bibehållen livskvalitet. I NVP stipuleras behandling med Dara-Lendex till progress, hos sköra patienter och patienter över 80 år kan man överväga att göra ett utsättningsförsök om patienten varit i CR alt plateau i 1 år eller mer efter 2 års behandling.

För att bedöma patientens frailty kan man använda bl.a.:

- a) IMWG-frailty index och/eller
- b) R-MCI2 Revised Myeloma Comorbidity Index for Myelomapatients

De kan hjälpa vidare att definiera om patienten är

- fit (0)
- intermediärt-fit (1)
- skör (2)

Här finns i NVP dosanpassningar till olika grad av skörhet. Man kan även skatta skörhet med riktade frågor kring ADL, självständighet och vikt, ECOG samt test av gång, balans och minne. Oavsett vilket instrument man använder bör skattningen fasthållas i journalen, en reevaluering ske efter några månader och genomföra en doseskalering eller dos- deeskalering beroende på komplikationer och biverkningar.

9.3 Initial behandling för yngre patienter där högdosbehandling planeras

Patienter upp till 70 års ålder utan signifikant samsjuklighet bör få induktionsbehandling med kombination av anti-CD38 antikropp, proteasominhibitor, immunmodulerande läkemedel och kortison följt av högdos-melfalan och ASCT. (++++)

För induktionsbehandling rekommenderas i första hand DVRD. (+++)

För patienter med högrisk-cytogenetik, del(17p) rekommenderas dubbel/tandem-transplantation. (+++). Konsolidering med 2 cykler DVRD rekommenderas enligt Griffin-studien.

Underhållsbehandling med lenalidomid (10–15 mg dag 1–21 i 28 dagars cykel) efter ASCT bör ges tills progress till patienter med normalriskcytogenetik eftersom det förlänger PFS och OS. (+++)

Underhållsbehandling med kombination av lenalidomid och bortezomib tills progress kan övervägas till patienter med HR-cytogenetik, framför allt del17p eller t(4;14) (++). Vid intolerans till bortezomib kan underhållsbehandling med lenalidomid och karfilzomib eller daratumumab övervägas.

Nationellt vårdprogram gäller med följande tillägg:

RMR rekommenderar i första hand Dara-VRD. För patienter med högrisk-cytogenetik, del(17p) rekommenderas skörd för 2 högdosbehandlingar samt dubbel/tandem-transplantation. Konsolidering med 2 cykler DVRD rekommenderas. Vid tox. efter ASCT bör man avvakta med konsolidering i minst 1 månad. Underhållsbehandling med lenalidomid efter ASCT bör ges till patienter med normalrisk-cytogenetik då det förlänger PFS och OS. Underhållsbehandling med bortezomib + lenalidomid bör övervägas till patienter med HR cytogenetik, framför allt del17p eller t(4;14).

Normalt ges 4 cykler induktion + 2 cykler konsolidering med start tidigast 1 månad efter ASCT. Daratumumab ges 1x per vecka under 4 fulla 3v cyklar.

Sammanlagt gäller 12 inj. Dara före ASCT 2 efter. Observera att kombinationen IMiDs och daratumumab kan innebära en något lägre stamcellsskörd och ökat behov för att ge plerixafor innan skörd. Dara, och lenalidomid avslutas 2 veckor före start av stamcellsmobilisering, och vi planerar skörd för högdosbehandlingar enligt klinisk praxis:

- Patienter med cytogenetisk förekomst del 17p som bedöms tåla och hinna med tandem före 71 år: Skördemål två högdos
- Standardrisk < 65 : Skördemål 1 högdos
- Övriga: skördemål en högdos
- Selektade yngre patienter med god prognos: Skördemål 2 transplantationer

Förhållningsätt i RMR till patienter HR cytogenetik och indikation för tandemtransplantation: NVP gäller med tandem ASCT för del 17p.

Underhållsbehandling med lenalidomid efter ASCT ges till standardrisk myelom. Tillägg av Underhållsbehandling med vav bortezomib kan övervägas till patienter med HR cytogenetik, framför allt del 17p eller t(4;14) och amplq, där nyare data är starkast för del 17p och amplq. I kombinationsbehandling kan en doshöjning på lenalidomid medföra ökad risk för cytopenier. (Baertsch, MA. et al. Blood Cancer J. 11, 1 (2021). Vid toxicitet på underhållsbehandling, byt alltid till annan underhållsbehandling vid cytogenetisk hög-risk myelom om möjligt. Lenalidomid po, Ixazomib po och Karfilzomib iv. vav. är beprövat se ref. (1)(2)(3). Daratumumab underhåll är ett alternativ vid intolerans på ovanstående. Underhållsbehandling ges till i regel till progress, ett undantag kan utgöra kombinationen Len+bortezomib, där bortezomib avslutas efter 2 år.

Kapitel 12: Behandling av återfall

Behandling av återfall

Nationellt vårdprogram gäller med följande tillägg: En regional terapikonferens erbjuds digitalt vav. från Myelomteamet Sahlgrenska för diskussion av svåra fall, studier etc. Anmälan sker genom mail till cecilie.blimark@vgregion.se. En funktionsbrevlåda är på gång och kommer kommuniceras så snart den finns.

Första återfall med snabb M-komp/FLC stegring med symtom

Vid första återfall hos yngre patient överväg ny induktionsbehandling alternativt studier och immunterapi. Överväg trippel & kvadrupelbehandling + ny ASCT om recidivet kommer senare än 2 år efter insjuknandet. Överväg CD38 antikropps-baserad behandling om det inte ingått i första behandlingslinjen.

Hos äldre patienter med aggressivt återfall och gott performance-status: Överväg om patienten kan gå med i en behandlingsstudie. Ge minst trippelt, byt

substansgrupp och överväg minst 8 cykler och eventuellt de-eskalering beroende på respons (Se SWOG-studien). Exempel: KRd, Dara-VD, Pom-Vd, Dara-VTD, KCd, Dara -Kd, Pom-KD.

Första återfall med långsam M-komp/FLC stegring utan symtom

Överväg CD38 antikropps-baserad behandling om det inte ingått i första behandlingslinjen. Vid långt första behandlingssvar utan underhåll (>24 månader) kan man överväg samma behandling som i första linjen om den var väl tolererad. Även här överväg om patienten kan ingå i behandlingstudie. Överväg ASCT till patienter som är 70 år eller yngre och har minst recidivfria två år efter första transplantation.

Behandlingsval VGR

Exempel Indolent relaps. Rd+/-Dara, Vd-Dara, VRD(lite), ASCT, IRd, Kd. Vid kort första behandlingssvar (<12 månader) – byt och starta behandling när biokemiskt återfall har konfirmerats. Använd behandling med tredrogkombination. Välj CD38 antikropps-baserad behandling om det inte ingått i första behandlingslinjen. Överväg studie.

Återfall under pågående behandling – byt till annan behandlingstyp med nya läkemedel.

För exempel se återfall med snabb stegring i M-komp/FLC ovan.

Alternativ för patienter refraktära mot pomalidomide/dara/karfilzomib:

- Undersök om det finns ett Compassionate use program, konsultera VGR:s terapirond.
- Studier
- Bispecifika antikroppar

Andra förslag:

- Farydak
- Venetoklax, vid t(11;14)
- VTD PACE
- Bendamustin eller andra alkylerar-baserad behandling om man ej tänker ge bispecifika
- Enkla cellgiftkombinationer som CyDex, MP till sköra patienter som ej exponerats för cellgift
- Radioterapi, lokal

IMMUNTERAPI:

På <https://www.sfhem.se/riktlinjer> finns behandlings PM för teclistamab sc. Där schema för utglesning står beskrivet. Uppföljning av utglesning av alla bispecifika antikroppar skall göras på varje sjukhus via en Excelfil från Diagnosgruppen för myelom, kontaktperson Markus Hansson (markus.hansson.2@vgu.se).

Sjukhus för inläggande initiering av bispecifika antikroppar:

Kungälv och Östra patienter: Sahlgrenska, Alingsås patienter till Borås, alla andra sjukhus initierar själva, poliklinisering på gång, PM kommer då finnas på ovan länk.

Kapitel 15: Understödjande vård

Understödjande vård

Kap 15.3.1 Handläggning vid kronisk njursvikt

Vid svår kronisk njursvikt och förväntad överlevnad >5 år kan njurtransplantation övervägas.

Nationellt vårdprogram gäller med följande tillägg: PM *Njurtransplantation vid myelom* är utarbetad i samarbete med Njurtransplantationsteamet/Sahlgrenska och Myelomteamet/Sahlgrenska där indikationer och urvalskriterier samt rekommenderad underhållsbehandling omtalas, för diskussion kring njurtransplantation eller PM kan man vända sig till Njurtransplantationsteamet Sahlgrenska ([Kontaktuppgifter](#)) eller regionala terapironden på tisdagar.

Rehabilitering

Nationellt vårdprogram för myelom gäller, se kapitel 17 [Omvårdnad och rehabilitering](#). Se även [Nationellt vårdprogram cancerrehabilitering](#).

Komplikationer

Nationellt vårdprogram för myelom gäller, se kapitel 15 [Understödjande vård](#).

Klinisk uppföljning

Kapitel 11 [Uppföljning och responsvärdering](#) gäller med följande tillägg:

Patienter i aktiv behandling följs normalt med M-komponent och FLC månatlig. RMR rekommenderar att man kontrollerar FLC och M-komponent parallellt för att inte missa uppgång i den ena vid monitorering av myelompatienter. Patienter med enbart underhåll och god respons kan ta prover varannan månad med läkarbesök var fjärde månad. Undantag kan vara patienter med MGRS och/eller njursvikt, cytopeni eller annat som betingar månadsprover. Patienter i remission utan behandling följs med prover var 2–3 månad med besök eller telefonkontakt var 3–6 månad.

Remissrutiner

Se [Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård](#)

Kvalitetsuppföljning

I Västra sjukvårdsregionen gäller SVF på alla enheter och ledtider rapporteras i SÄLMA/SVF INCA. Kvalitetsindikatorer följs i Svenska myelomregistret och resultat kommuniceras i [interaktiv rapport myelom](#) samt sjukhusvis under inlogg på INCA. Registret deltar också i VIS (öppna jämförelser). Dessa resultat kommuniceras på regionmöten och dialogmöten. En regional terapikonferens erbjuds digitalt vav. utgående från Myelomteamet Sahlgrenska för diskussion av svåra fall, studier etc.

Patientmedverkan och kommunikation

RMR rekommenderar att patienter följs via Individuell Patientöversikt (IPÖ) som kan användas i patientmötet och tillgängliggörs för patienten via 1177. Där samlas en uppdaterad översikt över patientens alla behandlingar och utfall förutsatt att IPÖ är implementerat på den sjukvårdande enheten. Där finns också möjlighet att låta patienter besvara Hälsoenkäten med 20 relevanta frågor kring patientens livskvalitet inför besök och efter behandlingar.

Patientinformation: <https://www.blodcancerforbundet.se/Blodcancerforbundet>

För vårdgivare

Övrig relevant information om behandling av plasmacellssjukdomar:

[Nationella regimbiblioteket](#)

[Svenska riktlinjer för AL amyloidos 220127, Uppdaterade jan. 2024](#)

[Socialstyrelsens kunskapsdatabas om sällsynta hälsotillstånd](#)

[ESC Guidelines on cardio-oncology](#)

Referenser

[Nationellt vårdprogram myelom](#)

1. Jackson GH, Davies FE, Pawlyn C, Cairns DA, Striha A, Collett C, et al. Lenalidomide before and after autologous stem cell transplantation for transplant-eligible patients of all ages in the randomized, phase III, Myeloma XI trial. *Haematologica*. 2021;106(7):1957-67.
2. Dimopoulos MA, Gay F, Schjesvold F, Beksac M, Hajek R, Weisel KC, et al. Oral ixazomib maintenance following autologous stem cell transplantation (TOURMALINE-MM3): a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2019;393(10168):253-64.
3. Gregersen H, Peceliunas V, Remes K, Schjesvold F, Abildgaard N, Nahi H, et al. Carfilzomib and dexamethasone maintenance following salvage ASCT in multiple myeloma: A randomised phase 2 trial by the Nordic Myeloma Study Group. *European journal of haematology*. 2022;108(1):34-44.

Bilagor

Bilaga 1 [Flödesschema myelom](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Cecilie Hveding, (cecbl),
Universitetssjukhusöverläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-824

Version: 1.0

Giltig från: 2025-01-27

Giltig till: 2027-06-27