

Tillfälligt ändrade rekommendationer gällande KLL Vårdprogram med anledning av Covid-19.

- Avstå alla rutinbesök samt avstå provtagningar som sker enligt rutinschema hos icke-behandlingskrävande eller patienter under behandling med stabil sjukdom.
- Gör om alla planerade läkarbesök till telefonkontakt där det är möjligt. Glesa ut provtagningar.
- Extra liberal med G-CSF om patienterna blir neutropena under olika behandlingar.
- Har man redan startat immunkemoterapi, följ behandlingsrespons med labprover utan DT och utan benmärg. Respons enligt IWCLL 2008
 1. Lymfocyter $<4 \times 10^9/L$.
 2. Neutrofiler $\geq 1.5 \times 10^9/L$.
 3. TPK $\geq 100 \times 10^9/L$.
 4. Hb ≥ 11.0 g/dL
 5. Ingen signifikant lymfadenopati
 6. Ingen hepatosplenomegali
 7. Avsaknad av B-symtom eller sjukdomsrelaterade symtom

Har man uppnått bra respons enl. ovan kan man avsluta beh. och stanna vid 3-4 beh.

- Om Behandlingsindikation föreligger - avstå från FISH, Benmärg samt IGHV-analys.
- Endast BM på patienter där det leder till direkt påverkan på behandlingsbeslut görs. Om möjligt undvika behandlingar som kräver många mottagningsbesök och riskerar aggraverad immundefekt på kort sikt (d.v.s. kemoimmunoterapi). Detta innebär förskjutning mot per oral behandling både hos äldre och yngre pat. med främst BTK hämmare "Ibrutinib".
 - ✓ Mest erfarenhet av Ibrutinib
 - ✓ Ges utan Rituximab
 - ✓ Mindre risk för neutropeni
 - ✓ Ingen "ramp up" med extra besök och provtagningar
 - ✓ Oftast ingen sjukhusinläggning krävs vid högrisksjukdom
- För yngre IGHV muterade rekommenderar vi BTK hämmare "Ibrutinib" där man kan värdera behandlingen i ett senare skede om det behövs.
- Vi ser inte att vi ska göra några annorlunda prioriteringar i övrigt beroende på ålder.
- HLR/IVA/respirator beslut – viktigt att patienter med KLL-sjukdom inte automatiskt väljs bort från IVA/respiratorvård under Corona pandemin. Viktigt att individuell bedömning görs vid prioritering.