

# Les progrès dans le traitement de l'amylose AL

Arnaud Jaccard

Centre national de référence  
**Amylose AL**  
& autres maladies par dépôts d'immunoglobulines monoclonales



# Liens d'intérêts

Au cours des 3 dernières années, avec les Sociétés Pharmaceutiques suivantes :

[Recherches cliniques](#) : BMS/Celgene, Janssen, Sanofi, Abbvie

[Advisory Boards](#) : Prothena, Janssen

[Cours, formations](#) : Janssen, BMS/Celgene, Takeda, Amgen

[Aides pour des recherches](#) : BMS/Celgene, Janssen, Sanofi,

# Avant de traiter un patient avec une amylose AL

- Quantification précise de la protéine monoclonale responsable: le plus souvent chaîne légère libre
  - ▶ 3 tests disponibles: Binding Site, Siemens et Sebia
  - ▶ Apparition de l'évaluation de la MRD par protéomique

LYMPHOID NEOPLASIA

● blood<sup>®</sup> 28 MARCH 2024 | VOLUME 143, NUMBER 13

## Complete responses in AL amyloidosis are unequal: the impact of free light chain mass spectrometry in AL amyloidosis

Joshua Tomaszuk,<sup>1</sup> Sriam Ravichandran,<sup>1</sup> Hannah V. Giles,<sup>1,2</sup> Nicola Wright,<sup>1</sup> Oscar Berlinga,<sup>1</sup> Jahanzab Khwaja,<sup>1</sup> Shamsen Mahmood,<sup>1,2</sup> Brendan Winczowski,<sup>1,2</sup> Oliver Cohen,<sup>1</sup> Darren Ford,<sup>1</sup> Janet Gilbertson,<sup>1</sup> Muhammad U. Raif,<sup>1</sup> Neasa Starr,<sup>1</sup> Aria Mitrano-Nahem,<sup>1</sup> Luca Vennart,<sup>1</sup> Carol Whelan,<sup>1</sup> Marianna Fontana,<sup>1</sup> Philip N. Hawkins,<sup>1</sup> Julian D. Gilmore,<sup>1</sup> Helen Lichtman,<sup>1</sup> Stephen Harding,<sup>1</sup> Guy Pratt,<sup>1,2</sup> and Ashutosh D. Weetalar<sup>1,2</sup>

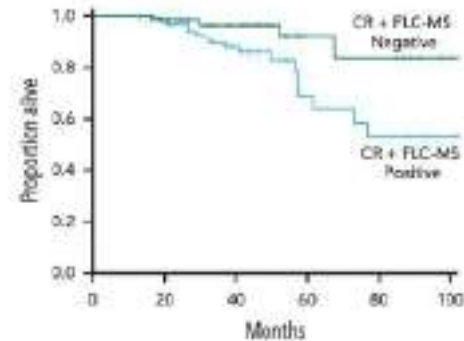


■ FLC-MS Negative (%) ■ FLC-MS Positive (%)

### KEY POINTS

- FLC-MS can detect persistent light chains in a significant proportion of patients in a conventional hematologic CR.
- Patients with no detectable FLC by FLC-MS have significantly better OS and organ response irrespective of conventional hematologic response.

B



At risk	0	20	40	60	80	100
CR + FLC-MS Positive	100	87	47	13	10	7
CR + FLC-MS Negative	84	58	35	11	10	1

# Avant de traiter : amylose AL

- Quantification précise de la protéine monoclonale responsable: le plus souvent chaîne légère libre
  - ▶ 3 tests disponibles: Binding Site, Siemens et Sebia
  - ▶ Apparition de l'évaluation de la MRD par protéomique
- Diagnostic précis de l'hémopathie responsable : myélogramme ou biopsie médullaire, cytométrie, étude génétique, squelette, si IgM recherche ganglions et splénomégalie
  - ▶ MRD par cytométrie
  - ▶ NGS pour séquençage fait à Limoges sur ARN

# Traitement de l'amylose AL

- Vise à renverser l'équilibre entre
  - la formation des dépôts d'amylose qui dépend du taux des chaînes légères libres monoclonales
  - et leur élimination par l'organisme (en attendant les traitements accélérant cette élimination)
- ▶ Il faut faire diminuer le taux de chaînes légères en ciblant les cellules qui les produisent (plasmocytes dans 90% des cas)
  - Chimiothérapies de myélome avec une bien meilleure efficacité sur
    - Les taux de réponse
    - La rapidité des réponses
    - La durée des réponses +++
      - » Du fait du stress des plasmocytes induit par les chaînes légères anormales
- ▶ Si le taux de la protéine baisse les atteintes cliniques vont s'améliorer, souvent très lentement et de façon différente suivant les organes et suivant les patients

Foie > rein > cœur > macroglossie
- ▶ La chimiothérapie ne joue pas sur les dépôts eux-mêmes

# Progrès dans le traitement de l'amylose AL

## Pourcentage de réponses hématologiques

ORIGINAL ARTICLE

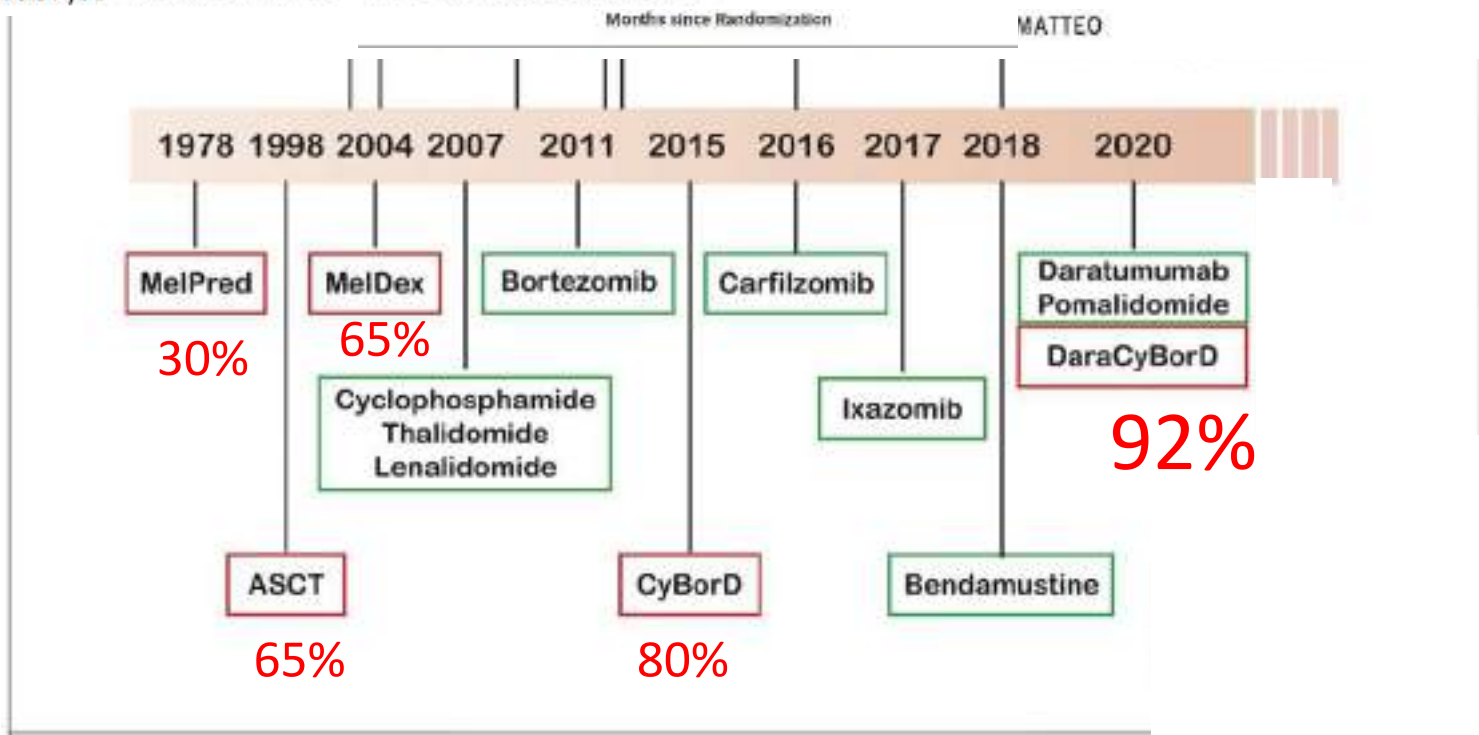
### High-Dose Melphalan vers plus Dexamethasone for A

Amaud Jaccard, M.D., Philippe Moreau, M.D., Xavier Leleu, M.D., Lotfi Berrouche, M.D., Ph.D., Christian Recher, M.D., Bouchra Adil, M.D., Bruno Royer, M.D., Fabrice Jardin, M.D., Ph.D., Bernard Grosbois, M.D., Jérôme Jaubert, M.D., René Borco, M.D., Ph.D., Fabrice Quest, M.Sc., and Jean-Paul Fermand, M.D., for the Myelo and Intergrupe Francophone de Myelom

N Engl J Med 2007;35

## Bortezomib, Melphalan, and Dexamethasone for Light-Chain Amyloidosis

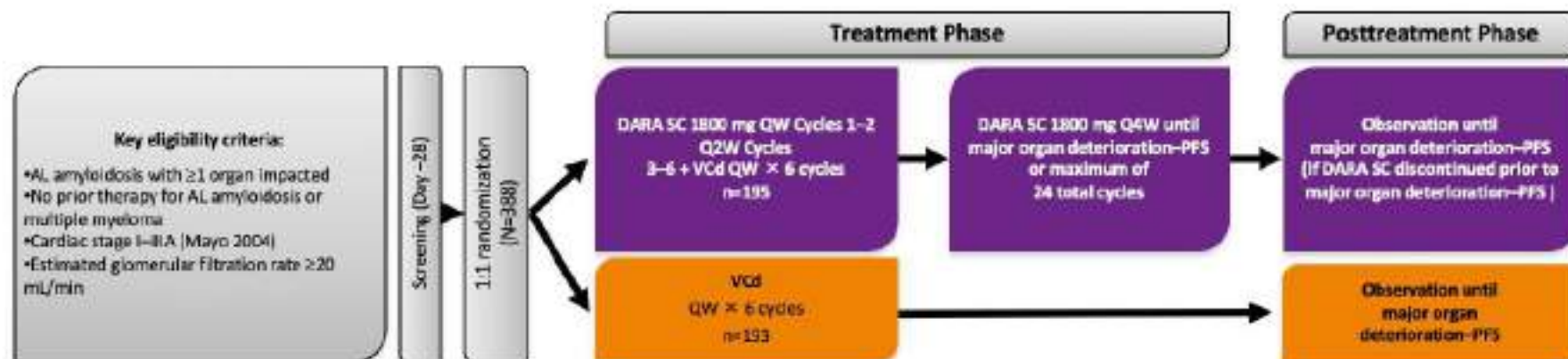
Efstathios Kastitis, MD<sup>1</sup>; Xavier Leleu, MD, PhD<sup>2</sup>; Bertrand Arnulf, MD, PhD<sup>3</sup>; Elena Zamagni, MD<sup>4</sup>; Maria Teresa Cibeira, MD, PhD<sup>5</sup>; Fiona Kwok, MD, MBBS<sup>6</sup>; Peter Moike, MBBS, MMedSc<sup>7</sup>; Roman Hájek, MD<sup>8</sup>; Philippe Moreau, MD<sup>9</sup>; Amaud Jaccard, MD, PhD<sup>10</sup>; Stefan O. Schönland, MD<sup>11</sup>; Robin Filshie, MBChB, PhD<sup>12</sup>; Emmanuelle Nicolas-Virelizier, MD<sup>13</sup>; Bradley Augustson, MD<sup>14</sup>; María-Victoria Mateos, MD, PhD<sup>15</sup>; Ashutosh Wechalekar, MD<sup>16</sup>; Eric Hachulla, MD, PhD<sup>2</sup>; Paolo Milani, MD, PhD<sup>17</sup>; Meletios A. Dimopoulos, MD<sup>1</sup>; Jean-Paul Fermand, MD<sup>2</sup>; Andrea Foli, MD<sup>18</sup>; Maria Gavriatopoulou, MD<sup>1</sup>; Catherine Klersy, MD, MScEpid<sup>19</sup>; Antonio Palumbo, MD<sup>19</sup>; Pieter Sonneveld, MD, PhD<sup>20</sup>; Hans Erik Johnsen, MD<sup>21</sup>; Giampaolo Merlini, MD<sup>17,22</sup>; and Giovanni Palladini, MD, PhD<sup>17,22</sup>



## ORIGINAL ARTICLE

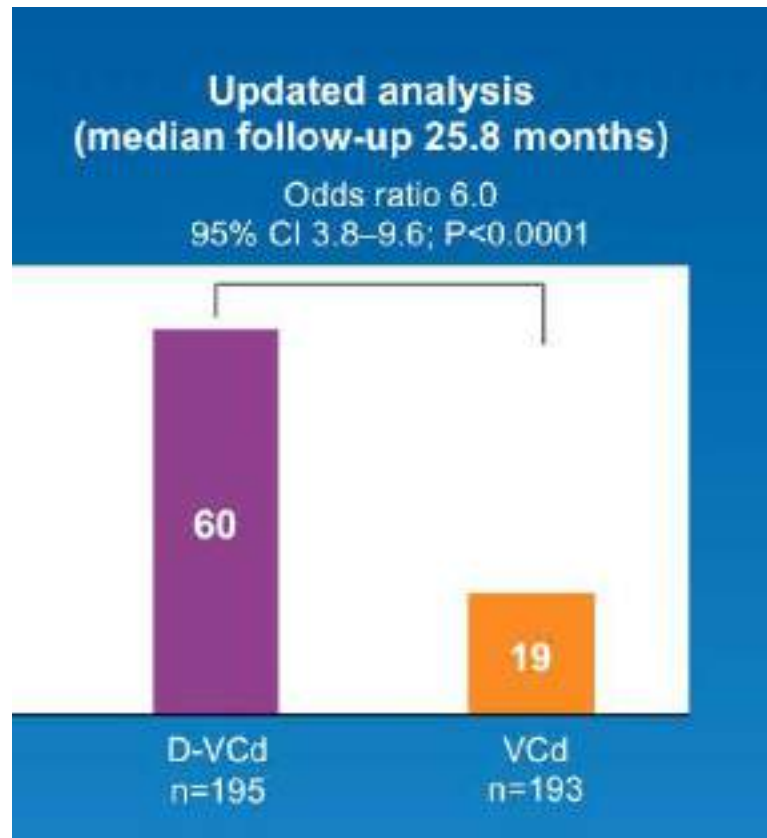
## Daratumumab-Based Treatment for Immunoglobulin Light-Chain Amyloidosis

E. Kastiris, G. Palladini, M.C. Minnema, A.D. Wechalekar, A. Jaccard, H.C. Lee, V. Santhorawala, S. Gibbs, P. Mollee, C.P. Venner, J. Lu, S. Schönland, M.E. Gatt, K. Suzuki, K. Kim, M.T. Cibeira, M. Beksac, E. Libby, J. Valent, V. Hungria, S.W. Wang, M. Rosenzweig, N. Bumma, A. Huart, M.A. Dimopoulos, D. Bhutani, A.J. Waxman, S.A. Goodman, J.A. Zonder, S. Lam, K. Song, T. Hansen, S. Manier, W. Roeloffzen, K. Jamrozlak, F. Kwok, C. Shimazaki, J.-S. Kim, E. Crusoe, T. Ahmadi, N.P. Tran, X. Qin, S.Y. Vasey, B. Tromp, J.M. Schechter, B.M. Weiss, S.H. Zhuang, J. Vermeulen, G. Merlini, and R.L. Comenzo, for the ANDROMEDA Trial Investigators\*



# Objectif principal: réponse complète hématologique

- Hematologic CR was defined as normalization of FLC levels and negative serum and urine immunofixation
  - If iFLC < upper limit of normal, normalization of the uninvolved FLC and FLC ratio were not required





# Que faire pour les 40% qui ne sont pas en RC ?

LETTER OPEN

Check for updates

MULTIPLE MYELOMA, GAMMOPATHIES

## Treatment patterns for AL amyloidosis after frontline daratumumab, bortezomib, cyclophosphamide, and dexamethasone treatment failures

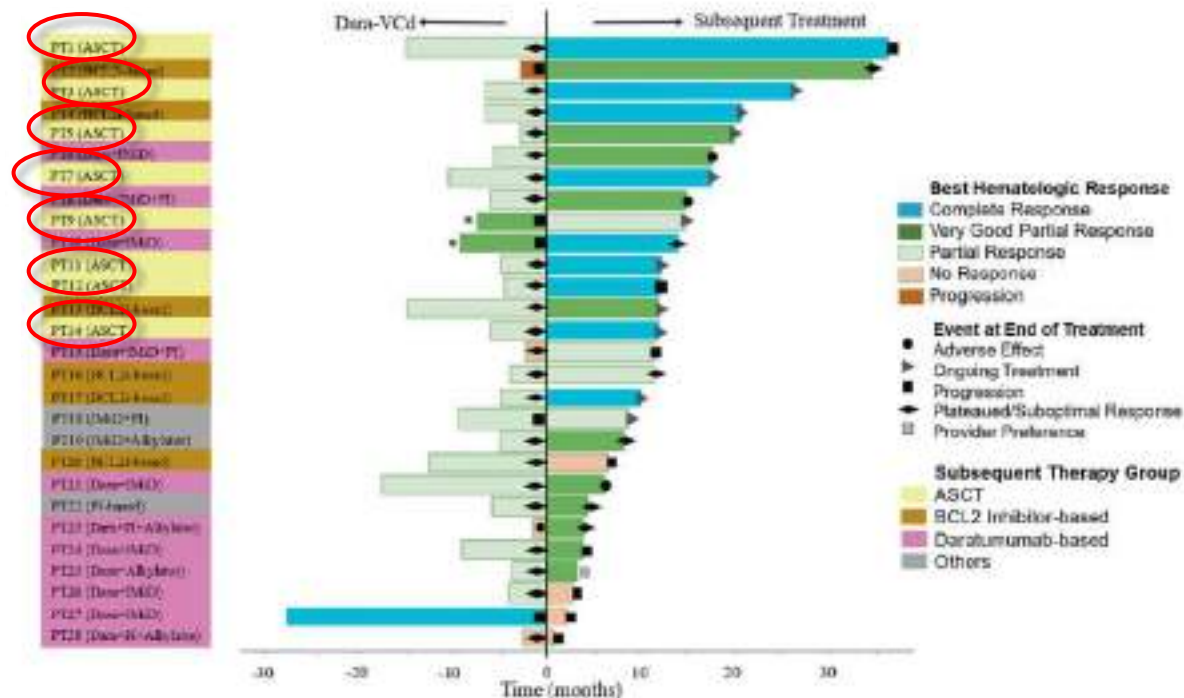
Saurabh Zaveri<sup>1</sup>, Marie A. Gertz<sup>1</sup>, Di Nachsor<sup>2</sup>, Francis K. Buadi<sup>3</sup>, Ioannis Kourellis<sup>4</sup>, Wilson Gonsalves<sup>5</sup>, Rosalind S. Go<sup>6</sup>, Suzanne Hayman<sup>7</sup>, Parshant Kapoor<sup>8</sup>, Moritz Bader<sup>9</sup>, Joseph Cook<sup>10</sup>, David Dingli<sup>11</sup>, Nelson Leung<sup>12</sup>, Yi Lin<sup>13</sup>, Rahma Wazwani<sup>14</sup>, Arnie Fowler<sup>15</sup>, Miriam Hobbs<sup>16</sup>, Yi Lisa Hwa<sup>17</sup>, Robert A. Kyle<sup>18</sup>, S. Vincent Rajkumar<sup>19</sup>, Shaji Kumar<sup>20</sup> and Angela Dispenzieri<sup>1,21</sup>

© The Author(s) 2024

Leukemia (2024) 38:1423–1426; <https://doi.org/10.1038/s41375-024-02283-5>

S. Zaveri et al.

1425



**Fig. 1** Swimmer plot depicting details of subsequent treatment, best hematologic response to preceding Daratumumab, bortezomib, cyclophosphamide, and dexamethasone (D-VCD), reason for switch to subsequent therapy and status at last follow-up for subsequent therapy. ASCT autologous stem cell transplant, BCL2i BCL2 inhibitor, Dara daratumumab, IMiD immunomodulatory drugs, PI proteasome inhibitor, PT patient, Ven venetoclax. \*These patients demonstrated rising serum-free light chains without meeting the formal progression criteria.





# XIX INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON AMYLOIDOSIS

MAY 26-30, 2024 – ROCHESTER, MN

**COURSE DIRECTORS:**

Angela Dispenzieri, M.D. – Mayo Clinic

Morie A. Gertz, M.D. – Mayo Clinic

Martha Grogan, M.D. – Mayo Clinic

Dr. Stefan Schönland, Heidelberg University Hospital, Germany,

ISA President 2022-2024



# ASCT FOR AL. STILL A ROLE?

MURIELLE ROUSSEL

TRANSPLANT IN AL IS NO MORE A VALID OPTION

# Que faire pour les 40% qui ne sont pas en RC ?

LETTER OPEN

MULTIPLE MYELOMA, GAMMOPATHIES

## Treatment patterns for AL amyloidosis after frontline daratumumab, bortezomib, cyclophosphamide, and dexamethasone treatment failures

Sourabh Zanwar<sup>1</sup>, Marie A. Gerr<sup>2</sup>, El Nuchour<sup>3</sup>, Francis K. Huard<sup>4</sup>, Theodoros Kounelis<sup>5</sup>, Wilson Gonçalves<sup>6</sup>, Rashed S. Go<sup>7</sup>, Suzanne Haymas<sup>8</sup>, Prashant Kapoor<sup>9</sup>, Moritz Binder<sup>10</sup>, Joseph Cook<sup>11</sup>, David Dingli<sup>12</sup>, Nelson Leung<sup>13</sup>, Yi Lin<sup>14</sup>, Rahma Warsame<sup>15</sup>, Annie Foster<sup>16</sup>, Miriam Hobbs<sup>17</sup>, Yi Lisa Hwa<sup>18</sup>, Robert A. Kyle<sup>19</sup>, S. Vincent Rajkumar<sup>20</sup>, Shujit Kumar<sup>21</sup> and Angela Dispenzieri<sup>10</sup>

© The Author(s) 2024

Leukemia (2024) 38:1423–1426; <https://doi.org/10.1038/s41375-024-02233-5>

The rate of hematologic CR was :

63% with ASCT,

50% with BCL2i-based regimens

10% with daratumumab-based regimens

0% for the 3 patients receiving other therapies  
( $p = 0.057$ ).

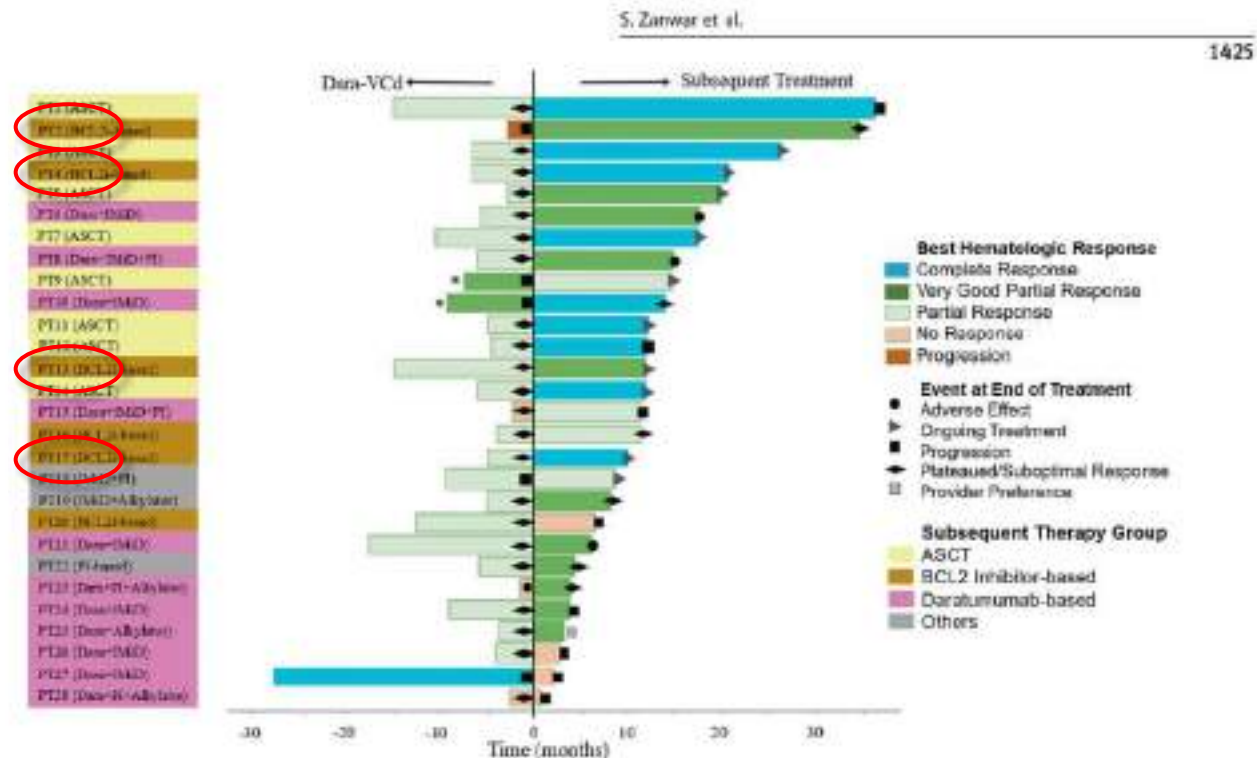


Fig. 1 Swimmer plot depicting details of subsequent treatment, best hematologic response to preceding Daratumumab, bortezomib, cyclophosphamide, and dexamethasone (D-VCD), reason for switch to subsequent therapy and status at last follow-up for subsequent therapy. ASCT autologous stem cell transplant, BCL2i BCL2 inhibitor, Dara daratumumab, IMiD immunomodulatory drugs, PI proteasome inhibitor, PT patient, Ven venetoclax. \*These patients demonstrated rising serum-free light chains without meeting the formal progression criteria.



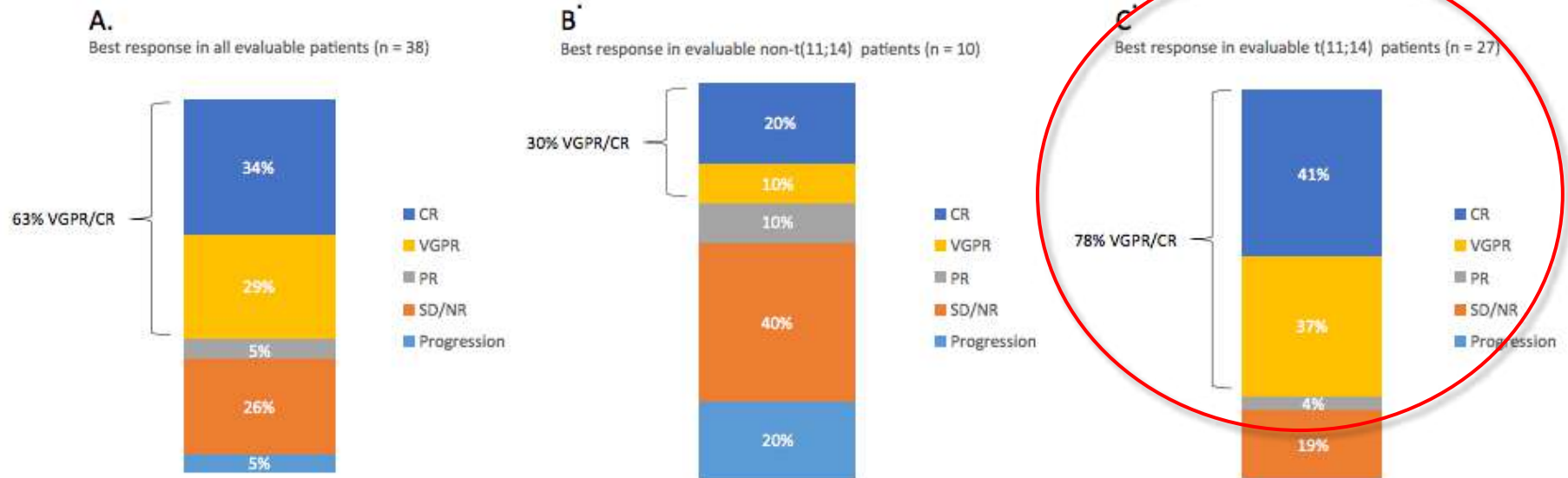
ARTICLE

Open Access

# Venetoclax induces deep hematologic remissions in t(11;14) relapsed/refractory AL amyloidosis

Vikram J. Premkumar<sup>1,2</sup>, Suzanne Lentzsch<sup>1</sup>, Samuel Pan<sup>3</sup>, Divaya Bhutani<sup>1</sup>, Joshua Richter<sup>4</sup>, Sundar Jagannath<sup>4</sup>, Michaela Liedtke<sup>5</sup>, Arnaud Jaccard<sup>6</sup>, Ashutosh D. Wechalekar<sup>7</sup>, Raymond Comenzo<sup>8</sup>, Vaishali Santhorawala<sup>9</sup>, Bruno Royer<sup>10</sup>, Michael Rosenzweig<sup>11</sup>, Jason Valent<sup>12</sup>, Stefan Schönland<sup>13</sup>, Rafael Fonseca<sup>14</sup>, Sandy Wong<sup>15</sup> and Prashant Kapoor<sup>16</sup>

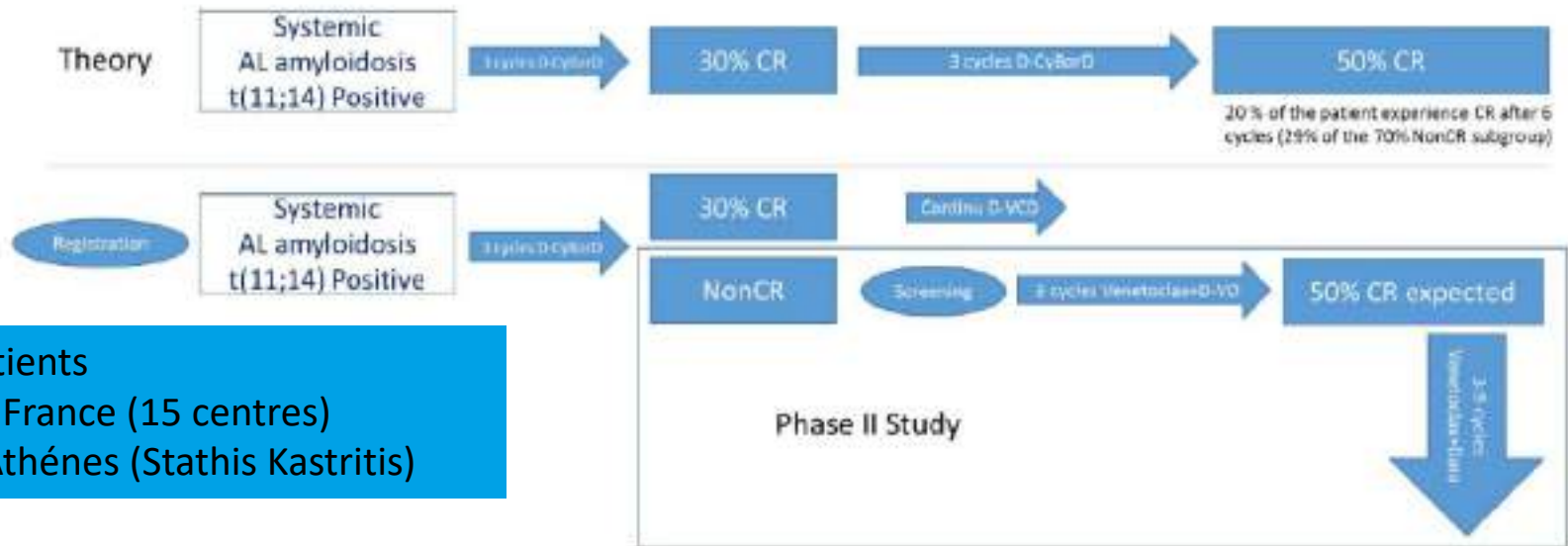
38 pts, 27 avec t(11;14), 3 lignes de tt antérieur,  
58% Venetoclax +-Dex, 23% + bortezomib +-Dex



**Fig. 3 Hematologic response rate. A** All evaluable patients, **B** response in non-t(11;14) patients, **C** response in t(11;14) patients.

# “Frontline venetoclax consolidation in t(11;14) AL amyloidosis patients not in CR at M3 post Dara-CyBorD: the VENAMY trial”

PI: Murielle Roussel, sponsor: CHU Limoges, financement: ABBVIE + PHRC



60 patients  
40 en France (15 centres)  
20 à Athènes (Stathis Kastiris)

Standard of care	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4 Study	Cycle 5 Study	Cycle 6 Study	Cycle 7-12 Study
Daratumumab 1800 mg	w	w	2w	2w	2w	2w	m
Bortezomib 1,3mg/m2	w	w	w	w	w	w	
Cyclophosphamide 300 mg/m2	w	w	w	Stop			
Dexamethasone 20 mg	w	w	w	w	w	w	
Venetoclax 400 mg				J1-28	J1-28	J1-28	J1-28

# Traitement actuel de l'amylose AL

- Encore de la place pour des traitements simples et peu couteux pour les patients les moins graves: Mdex, VCD
  - ▶ Stade I/< 10% plasmocytes médullaire/pas d' IR ou d'hypoalbuminémie profonde, pas d'atteinte hépatique avec bili élevée
  - ▶ Rajout très rapide, 1 à 2 cycles, d' autres drogues si pas de RC
- Si facteur de gravité : association avec anti-CD38
  - ▶ Dara-VCD
  - ▶ Dara-Vmdex

AMYLOID  
<https://doi.org/10.1080/13586129.2022.2093615>



GUIDELINE ARTICLE

OPEN ACCESS [Check for updates](#)

## Guidelines for non-transplant chemotherapy for treatment of systemic AL amyloidosis: EHA-ISA working group

Ashutosh D. Wechalekar<sup>a</sup>, M. Teresa Cibeira<sup>2</sup>, Simon D. Gibbs<sup>c</sup>, Arnaud Jaccard<sup>d</sup>, Shaji Kumar<sup>e</sup>, Giampaolo Merlini<sup>f</sup>, Giovanni Palladini<sup>g</sup>, Vaishali Sanchorawala<sup>2</sup>, Stefan Schönland<sup>h</sup>, Christopher Venner<sup>i</sup>, Mario Boccardo<sup>j</sup> and Efstathios Kastritis<sup>k</sup>

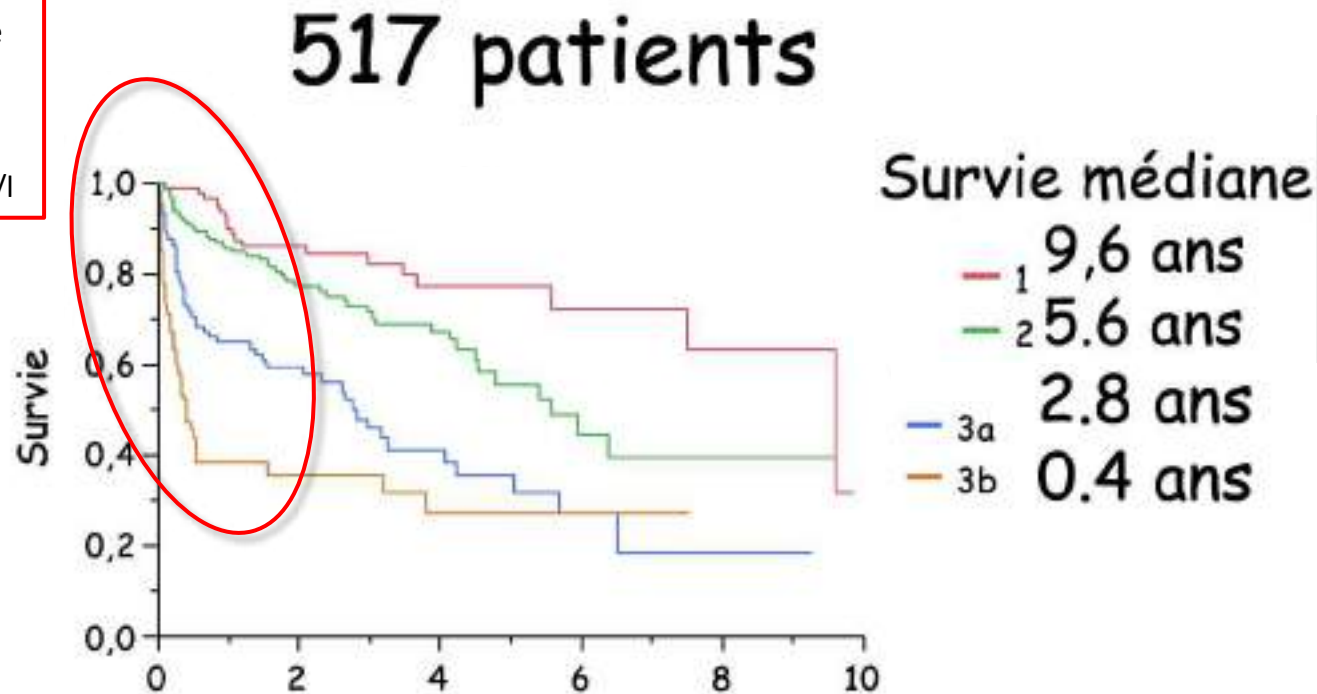
However, the availability of effective low toxicity treatment like daratumumab is changing the treatment paradigm in AL amyloidosis, with the more frequent research of a complete hematologic response.



# Comment traiter les patients avec l'atteinte cardiaque la plus grave ?

## Score MAYO modifié (Europe):

- Stade 1 : NT-proBNP et troponine normaux
- Stade 2: seulement 1 élevé
- Stade 3A: NT-proBNP < 8500 ng/l
- Stade 3 B : NT-proBNP > 8500 ng/l



## Survie en fonction du stade MAYO



# Efficacy and Safety of Daratumumab Monotherapy in Newly Diagnosed Patients with Stage 3B Light-Chain Amyloidosis: A Phase 2 Study by the European Myeloma Network - E. Kastritis

International Symposium on Amyloidosis  
May 26 - 30, 2024

## Primary Endpoint: Overall Survival

Overall Survival

- 6-month OS rate: 65.0%
- 12-month OS rate: 45.0%
- Median Survival time : 10.3 months

**Early mortality**

- 15 days: 7.5% (3 deaths)
- 1 month: 10.0% (4 deaths)
- 3 months: 27.5% (11 deaths)

**Median (10.3 months) and 6-months (65%) OS with daratumumab monotherapy is longer than the historical median (4-6 months) and 6-months OS (41-45%) in this high-risk patient population<sup>1</sup>**

© International Society of Amyloidosis, 2024. All rights reserved. This presentation is for informational purposes only and does not constitute an offer of medical advice or a recommendation of any specific treatment. The use of this information is at the user's own risk. For more information, please contact the International Society of Amyloidosis.

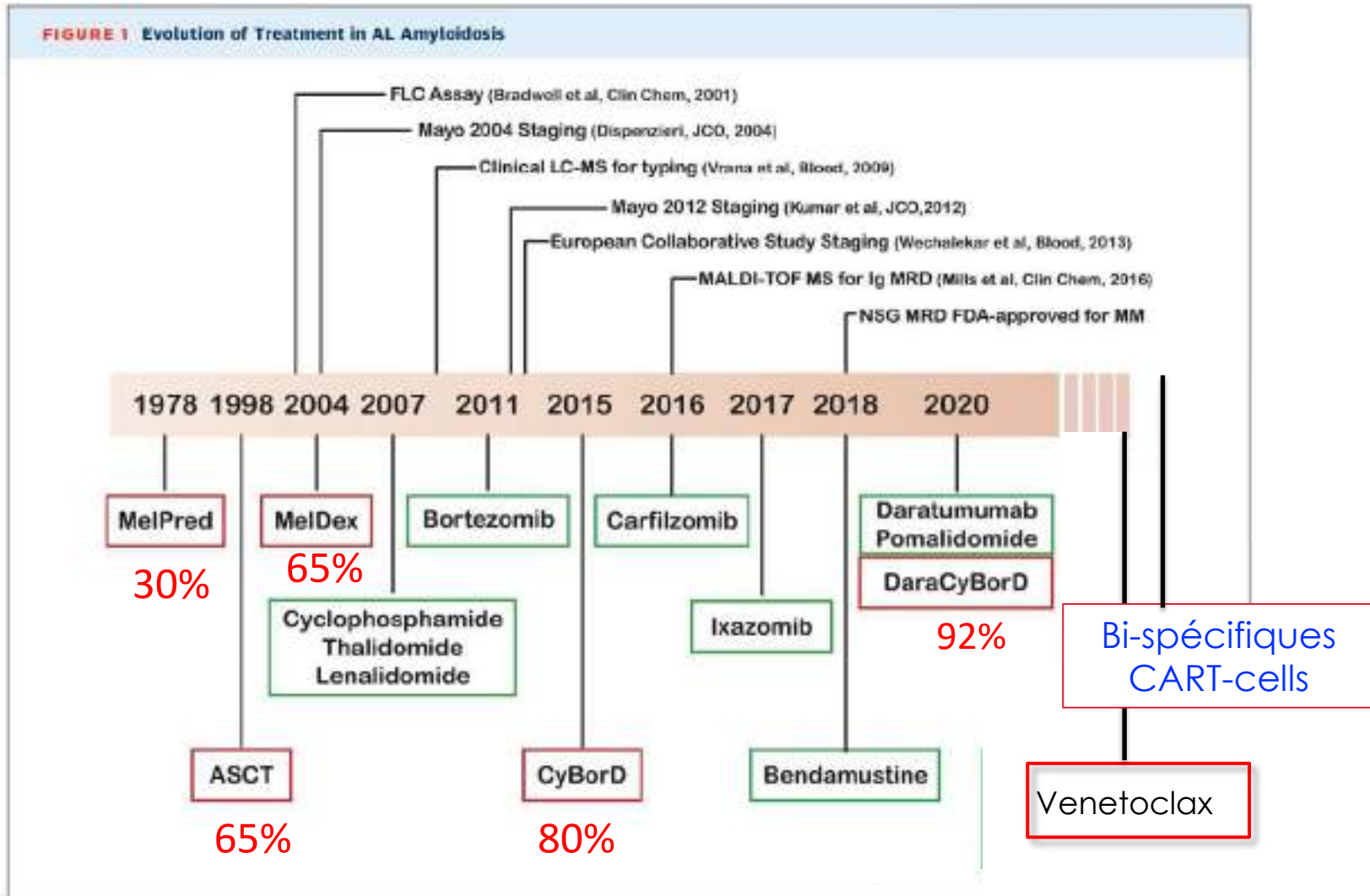
**ISA** INTERNATIONAL SOCIETY OF AMYLOIDOSIS XIX International Symposium on Amyloidosis, May 26-30, 2024, Mayo Civic Center, Rochester, MN

- Based on these results, dara monotherapy should be considered as an active and relatively safe treatment option for stage 3B AL-amyloidosis pts.
- The addition of other tested pharmacological agents to dara could be a viable strategy to improve clinical outcomes in stage 3B AL pts.



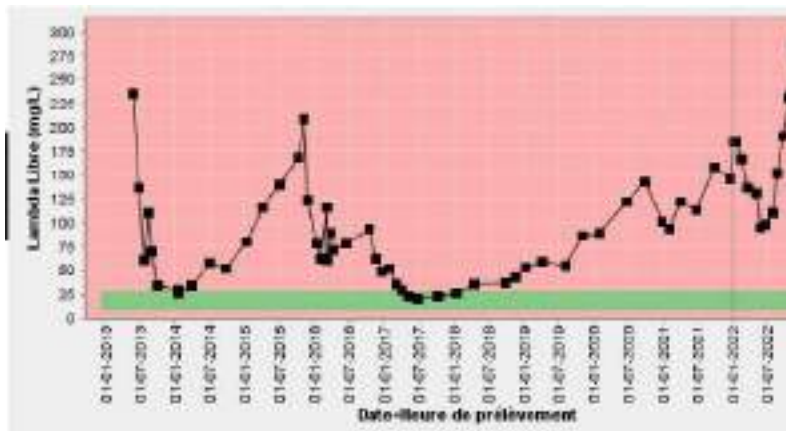
# Progrès dans le traitement de l'amylose AL

## Pourcentage de réponses hématologiques

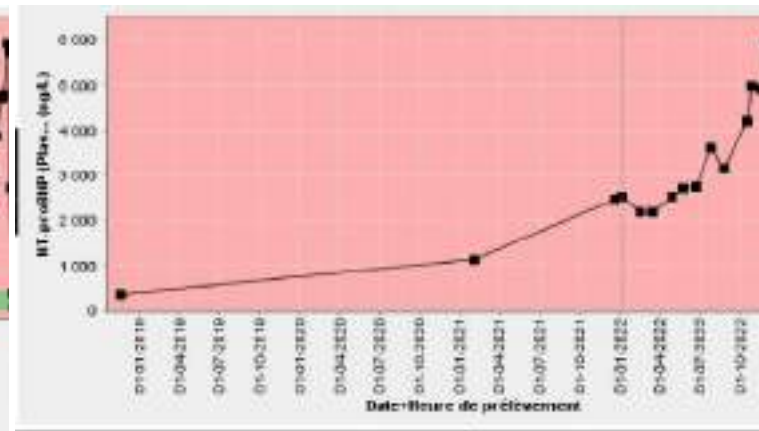


# Patient de 63 ans, myelome depuis 2013,

- Trois lignes de traitement jusqu'à janvier 2022,
  - VTD (refus de l'autogreffe)
  - Lenalidomide d'exa
  - VRD avec lenalidomide d'entretien
- Augmentation progressive du NT-proBNP et dyspnée d'effort
  - Diagnostic d'amylose AL cardiaque (biopsie glandes salivaires et graisses SC) en janvier 2022



FLC  $\lambda$



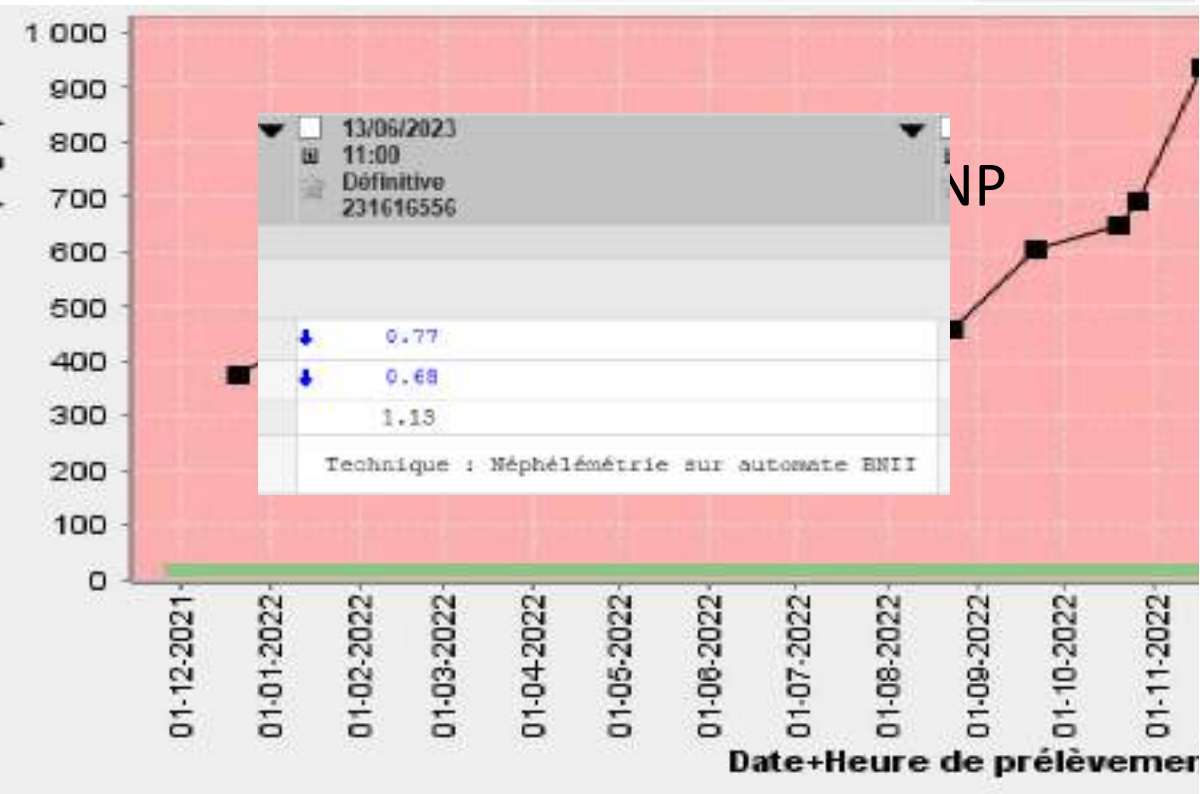
NT-proBNP



# Traitement par Daratumumab-VCD, Pomalidomide- endoxan- dexta puis bendamustine inefficace

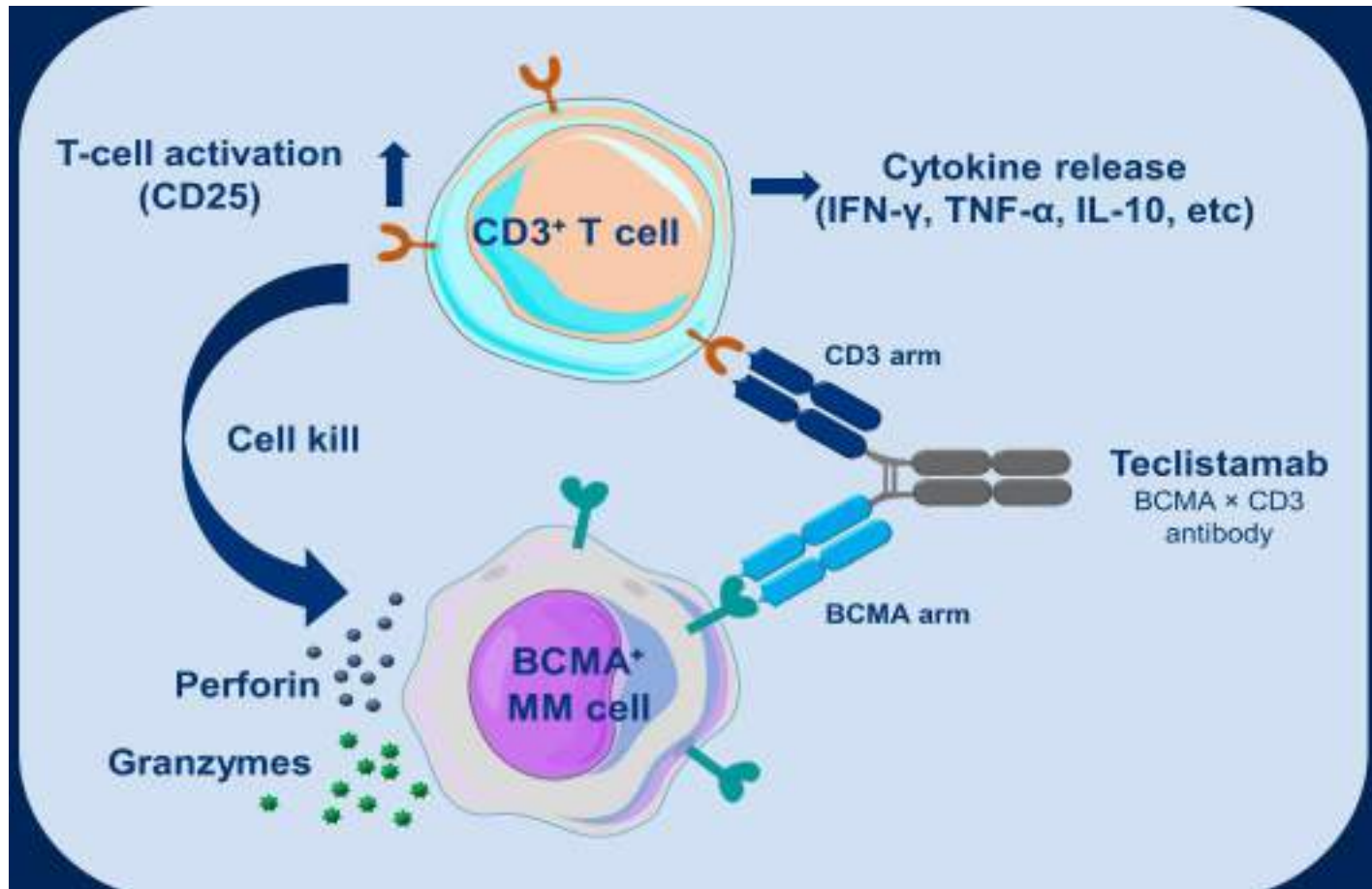
## Teclistamab, première injection le 25/11/2022

Dara-VCD Poma endoxan dex Benda



# Teclistamab

,

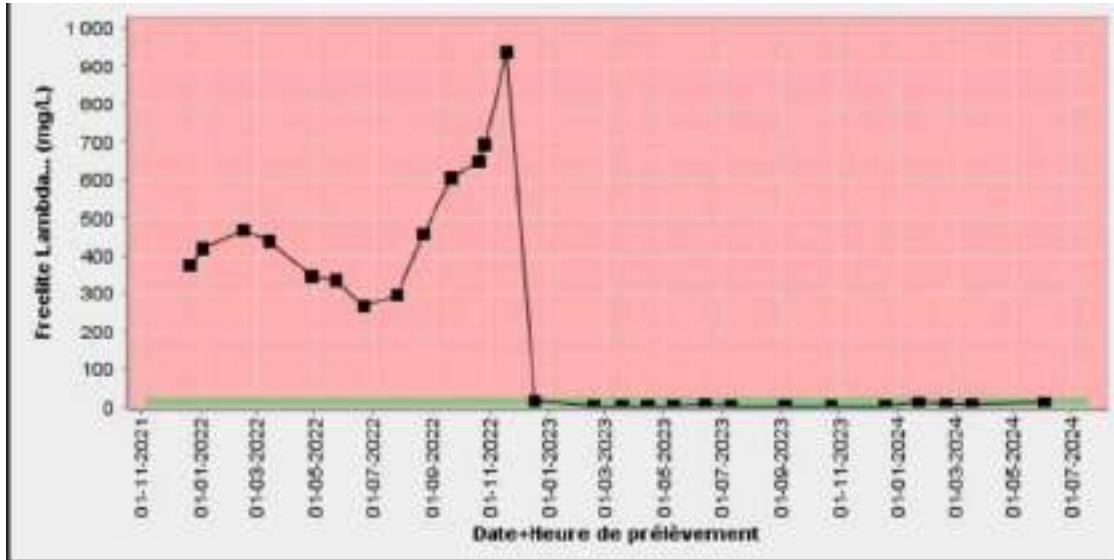


Amrita Krishnan

2021 ASCO<sup>®</sup>  
ANNUAL MEETING

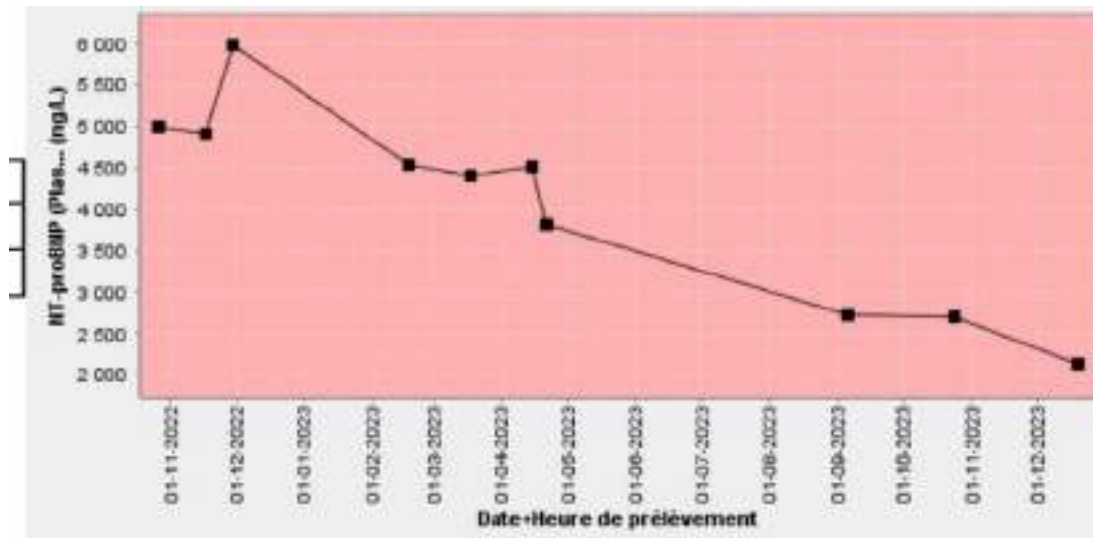


# Tecli 6 mois

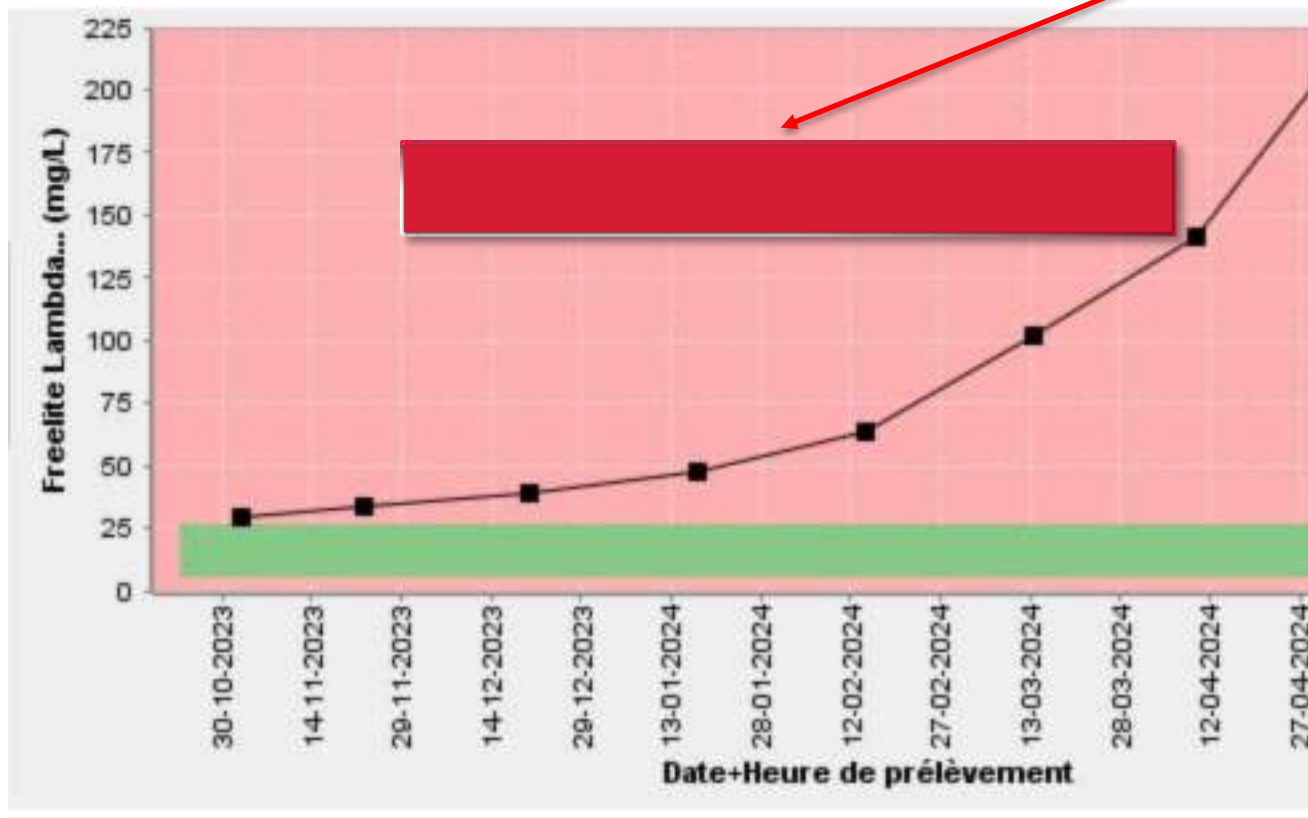


FLC lambda

NT-proBNP

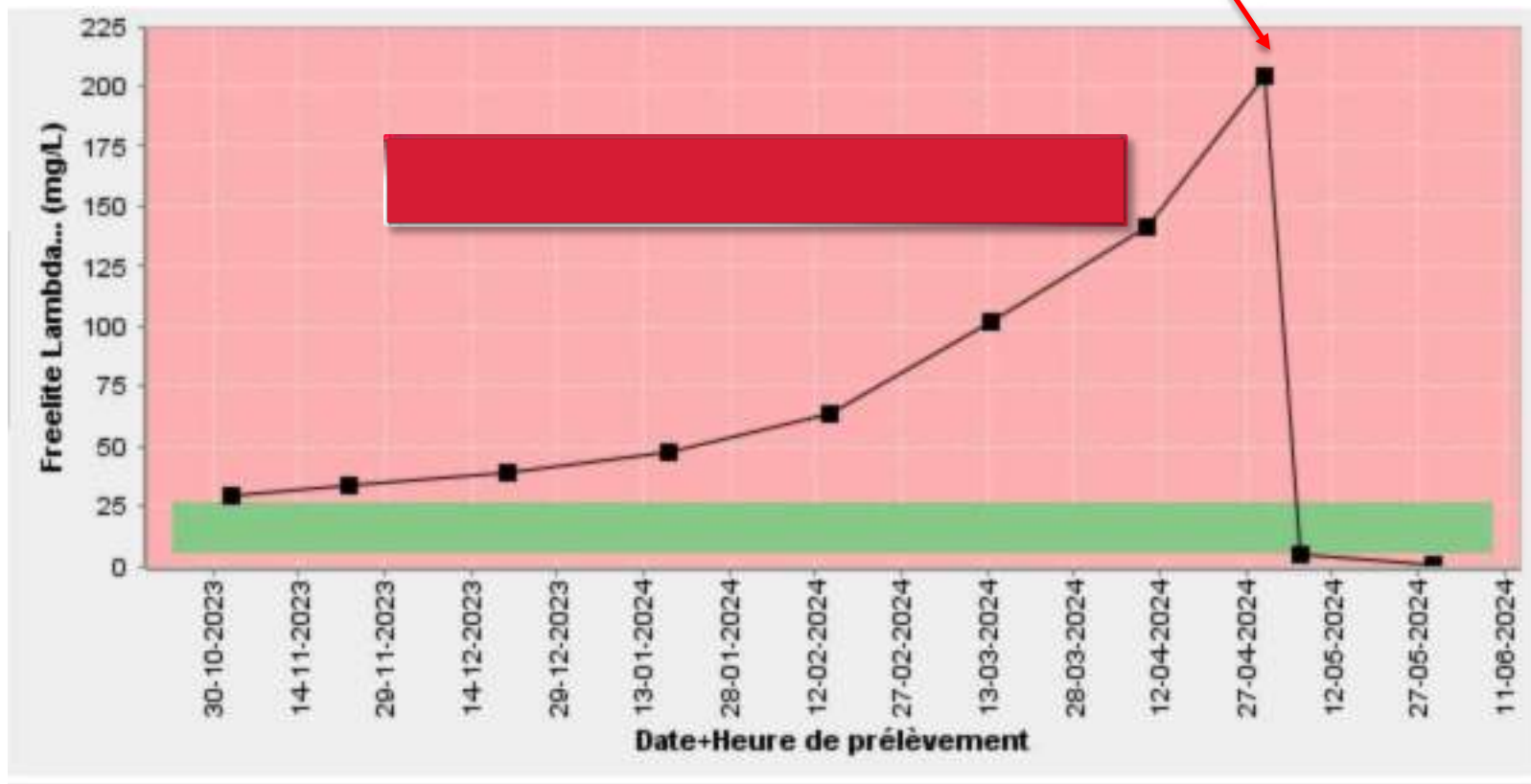


Patient de 65 ans, Amylose AL stade III Mayo depuis 2019  
TT VCD en 2019, Isatuximab poma dex en 2022, **Dara VCD**



Patient de 65 ans, Amylose AL stade III Mayo depuis 2019

Tecli: 4 injections



POSAGE DES CHAINES  
LEGERES LIBRES SERIQUES

Freeite Kappa (Optilite)	↓ 0.59	↓ 1.45	3.40
Freeite Lambda (Optilite)	↓ 0.83	↓ 4.40	↑ 204.18



Amylose AL:

Y a-t-il encore des patients réfractaires ?



## Teclistamab in relapsed or refractory AL amyloidosis, a multinational retrospective case series

Nathalie Forgeard<sup>1,2</sup>, Dikélélé Elessa<sup>1,2</sup>, Alexander Carpinteiro<sup>3</sup>, Karim Belhadj<sup>4</sup>, Monique Minnerma<sup>5</sup>, Murielle Roussel<sup>6</sup>, Antoine Huart<sup>7</sup>, Vincent Javaugue<sup>8</sup>, Pascal Laurent<sup>9</sup>, Bruno Royer<sup>1</sup>, Alexis Talbot<sup>1,2</sup>, Romain Gounot<sup>4</sup>, Ute Hegenbart<sup>10</sup>, Stefan Schonland<sup>10</sup>, Lionel Karlin<sup>11</sup>, Stéphanie Harel<sup>1</sup>, Efsthathios Kastiris<sup>12</sup>, Frank Bridoux<sup>3</sup>, Arnaud Jaccard<sup>6</sup>, Bertrand Arnulf<sup>1,2</sup>



blood® 22 FEBRUARY 2024 | VOLUME 143, NUMBER 8

Caractéristiques	n = 17
Age (années)	67 (48-83)
Temps médian depuis le diagnostic (années)	4,2 (0,4-23)
Atteinte d'organe	
Cardiaque	12 (86%)
IIIa	6
IIIb	4
Rénale	9 (64%)
eGFR, mediane (range)	44 (7-103)
Hémodialyse	2
Myelome symptomatique associé	10 (59%)
CRAB	8
SLiM	2
Nombre de lignes de ttt, médiane (range)	4 (2-8)
Triple réfractaire	12 (71%)
Penta réfractaire	3 (18%)

	N (%)
CRS grade 1	9 (53%)
ICANS grade 3	1
Infections bactériennes grade 3-5	5 (29%)
Infections virales	5 (29%)
Supplémentation en IgV	12 (75%)

Suivi médian 3 mois ; nombre de cycles de teclistamab = 3 (0,25-10)

# Teclistamab in relapsed or refractory AL amyloidosis: a multinational retrospective case series

blood® 22 FEBRUARY 2024 | VOLUME 143, NUMBER 8

Nathalie Forgeard,<sup>1,2</sup> Dikéléle Elessa,<sup>1,2</sup> Alexander Carpinteiro,<sup>3</sup> Karim Belhadj,<sup>4</sup> Monique Minnema,<sup>5</sup> Murielle Roussel,<sup>6</sup> Antoine Huart,<sup>7</sup> Vincent Javaugue,<sup>8</sup> Laurent Pascal,<sup>9</sup> Bruno Royer,<sup>1</sup> Alexis Talbot,<sup>1,2</sup> Romain Gounot,<sup>1</sup> Ute Hegenbart,<sup>10</sup> Stefan Schonland,<sup>10</sup> Lionel Karlin,<sup>11</sup> Stéphanie Harel,<sup>1</sup> Efsthios Kasritis,<sup>12</sup> Frank Bridoux,<sup>8</sup> Anaud Jaccard,<sup>1</sup> and Bertrand Arnulf<sup>1,2</sup>

17 patients multi-traités et multi-réfractaires: 15/17 VGPR ou mieux

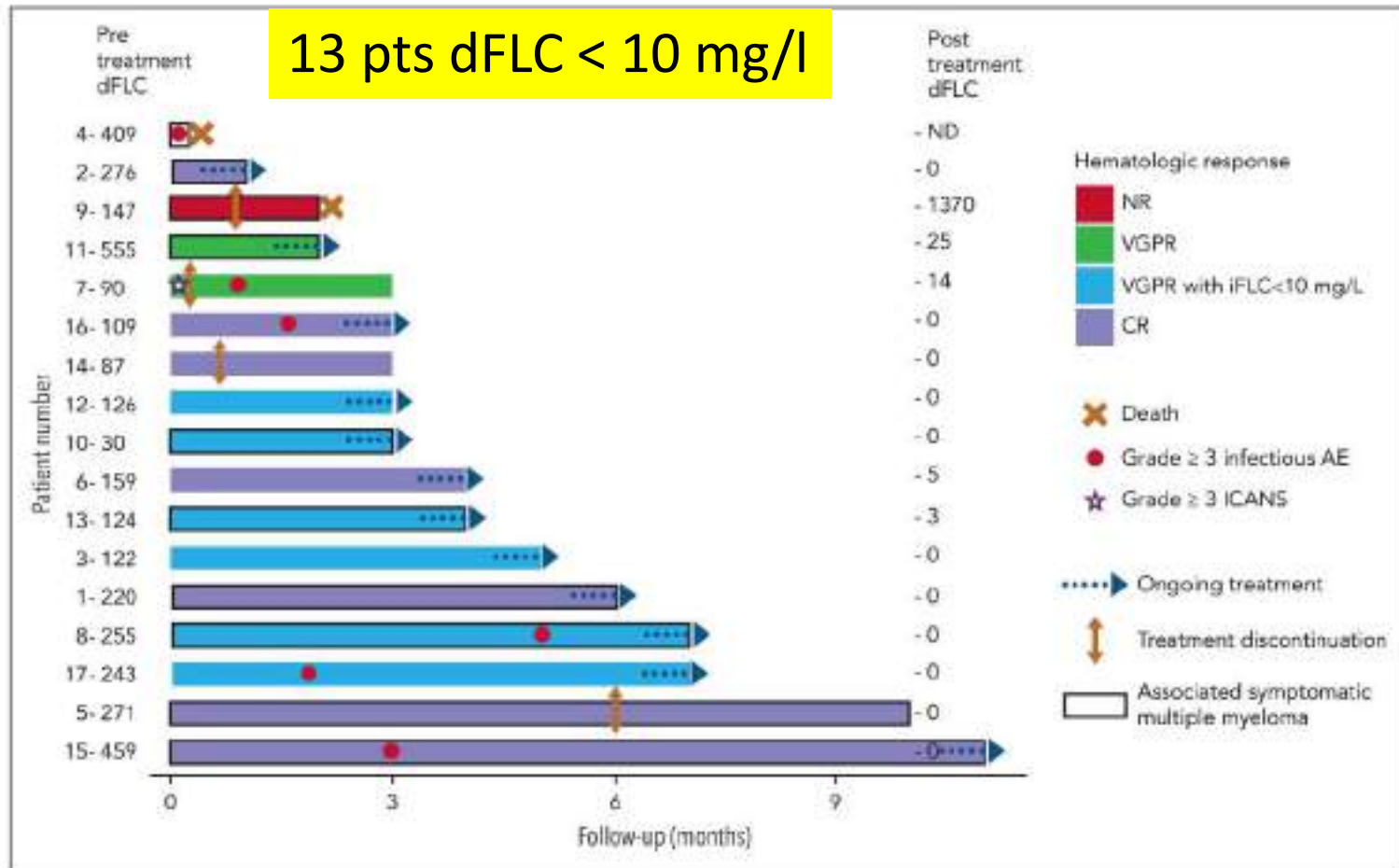


Figure 1. Longitudinal follow-up of patients with AL amyloidosis treated with teclistamab. AE, adverse event; ND, not done; NR, no response.

● RECRUITING

**NCT06158854**

**A Study to Assess Change in Disease Activity and Adverse Events (AE)s in Adult Participants With Immunoglobulin Light Chain (AL) Amyloidosis Receiving ABBV-383 as an Intravenous (IV) Infusion**

Conditions

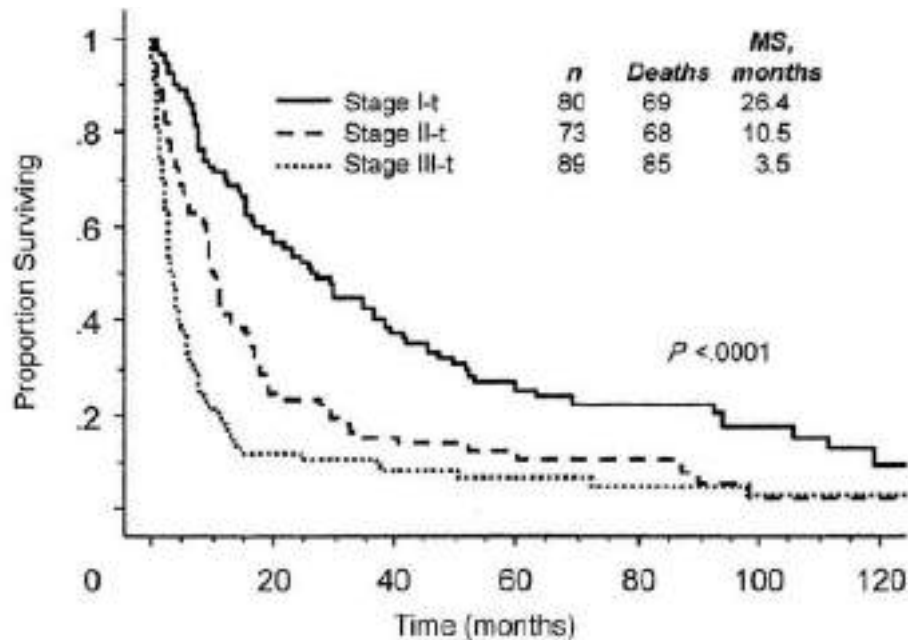
**Immunoglobulin Light Chain (AL) Amyloidosis**

<b>Sponsor</b>	EMN
<b>PROTOCOL NUMBER</b>	TECLISTAMY
<b>Title</b>	A Phase II Study of TECLISTAMAB in patients with previously treated Light-Chain (AL) Amyloidosis
<b>Coordinating Investigator</b>	Murielle ROUSSEL

# Amélioration de la survie depuis 2004

242 pts, 1979-2000  
Mayo Clinic, surtout MP<sup>1</sup>

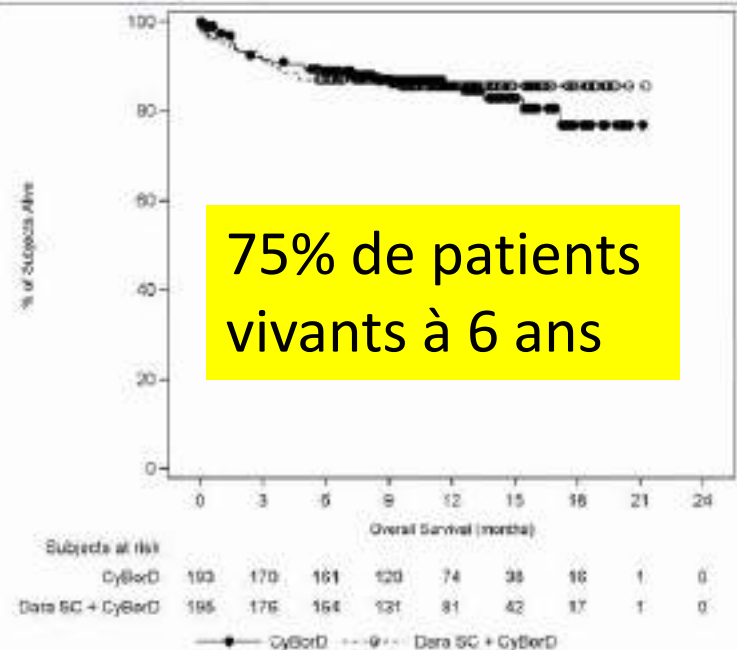
388 pts, 2018-2021  
Andromeda (sans les IIIB)<sup>2</sup>



VOLUME 22 · NUMBER 18 · SEPTEMBER 15 2004

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

Figure 19: Kaplan-Meier Plot for Overall Survival (OS): Intent-to-treat Analysis Set (Study 54707414A31V3083)



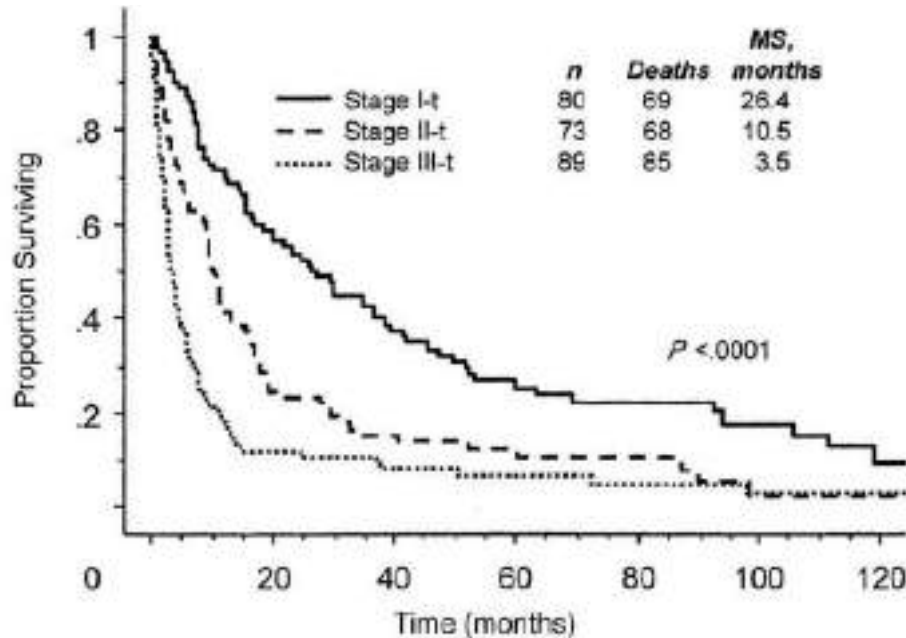
1. Dispenzieri A. et al., J Clin Oncol. 2004 Sep 15;22(18):3751-7. ; 2. Kasttritis E. et al., N Engl J Med. 2021 Jul 1;385(1):46-58.

# Amélioration de la survie depuis 2004

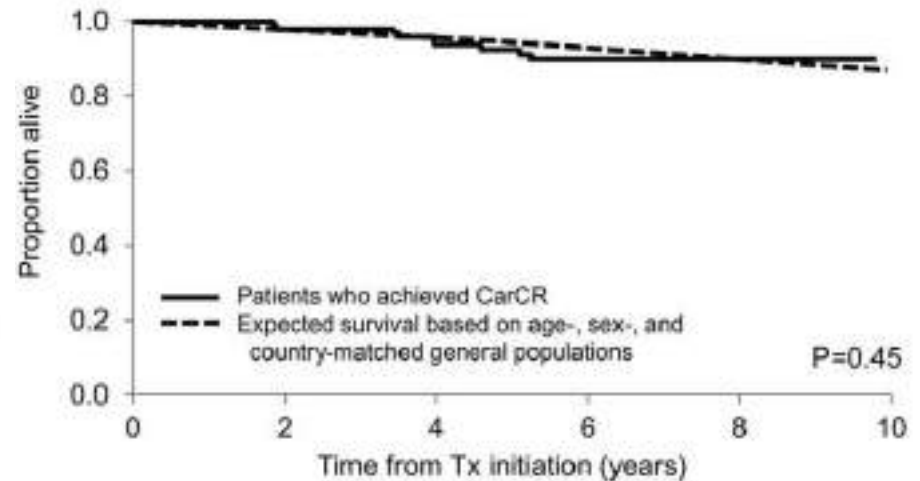
242 pts, 1979-2000  
Mayo Clinic, surtout MP1



British Society of Hematology  
100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000



Cardiac complete response in AL amyloidosis has similar survival to matched general population



VOLUME 22 · NUMBER 18 · SEPTEMBER 15 2004

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

## Remerciements

- Tous les centres participants au réseau du Centre de référence Amylose AL et autres maladies par dépôt d'IG monoclonales
- L'association Française contre l'amylose
- La filière MaRIH
- Equipes de recherche clinique à Limoges et Poitiers
- UMR CNRS 7276 INSERM 1262 CRIBL

**Equipe 3: Biologie des plasmocytes, immunopathologie et cancer (BioPIC)**

Centre national de référence  
**Amylose AL**  
à autres maladies par dépôts d'immunoglobulines monoclonales

Maladies par dépôts d'immunoglobulines

Taxité des chaires d'Immunopathologie

Taxité et surveillance des AMN chez les cellules B et les plasmocytes

 GILBERT DELPY CHU de Bordeaux	 CATHERINE SRAE CHU de Bordeaux	 FRANÇOISE POLINE CHU de Bordeaux	 JEAN-CLAUDE ALDIGER CHU de Bordeaux	 FRANCK BRIDDER CHU de Bordeaux	 ARNAUD LACARD CHU de Bordeaux	 VALÉRIE JAVIERRE CHU de Bordeaux	 VIRGINIE PRICAL CHU de Bordeaux	 VINCENT ELIENNE CHU de Bordeaux	 MATTHIEU FLOUVE CHU de Bordeaux
 STÉPHANIE REMOIS CHU de Bordeaux	 CHLOÉ GILLET CHU de Bordeaux	 FLORENCE GLAÏDET CHU de Bordeaux	 G. RESTAIN CHU de Bordeaux	 ISABELLE ADUSSEL CHU de Bordeaux	 CATHERINE NORDET CHU de Bordeaux	 GRÉGOIRE MARTINEZ RIVAT CHU de Bordeaux			

# 1<sup>ST</sup> INTERNATIONAL AL AMYLOIDOSIS MEETING

FOR PATIENTS AND DOCTORS



July 5-6, 2024  
BRUSSELS



[ALamyloidosismeeting.com](http://ALamyloidosismeeting.com)