Mieloma multiplo: ruolo del medico di medicina generale

Data 28 ottobre 2026
Categoria ematologia

Nel paziente con mieloma multiplo il MMG esercita un ruolo chiave nella diagnosi precoce e nel monitoraggio delle terapie prescritte dallo specialista.

Il mieloma multiplo è una neoplasia maligna caratterizzata dalla proliferazione clonale di plasmacellule nel midollo osseo, dalla produzione di immunoglobuline monoclonali o catene leggere libere e da conseguente danno d'organo. Sebbene rimanga una malattia incurabile, i nuovi trattamenti hanno prolungato la sopravvivenza e migliorato la qualità di vita.

Trattamento di Prima Linea

Si divide in base all'idoneità al trapianto autologo di cellule staminali (ASCT), stabilita principalmente dall'età (<70 anni) e dall'assenza di severe comorbilità.

• Pazienti idonei al al trapianto: ricevono un'induzione con tre farmaci (es. VRd: bortezomib + lenalidomide + desametasone) o quattro (aggiunta di daratumumab), seguita da chemioterapia ad alto dosaggio (melfalan), trapianto e mantenimento con lenalidomide.

• Pazienti non idonei al trapianto: utilizzano regimi continui a base di immunomodulanti e anticorpi monoclonali, come DRd (daratumumab + lenalidomide + desametasone).

Principali classi di farmaci utilizzate

• Inibitori del Proteasoma (es. Bortezomib, Carfilzomib): bloccano la degradazione delle proteine nelle plasmacellule portandole all'apoptosi.
• Immunomodulanti / IMiD (es. Lenalidomide, Pomalidomide): stimolano la risposta immunitaria contro il tumore e ne degradano i fattori di crescita.
• Anticorpi Monoclonali Anti-CD38 (es. Daratumumab): colpiscono selettivamente le plasmacellule per distruggerle tramite il sistema immunitario.
• Corticosteroidi (es. Desametasone): presenti in quasi tutte le linee di trattamento per l'effetto sinergico e citotossico.

Terapie avanzate e per pazienti con ricadute

• Engager bispecifici delle cellule T (BiTEs - es. Elranatamab): reclutano direttamente i linfociti T del paziente contro il bersaglio tumore (es. BCMA).
• Terapia con cellule CAR-T: terapia genica personalizzata con riprogrammazione dei linfociti T del paziente.
• Inibitori dell'esportazione nucleare (es. Selinexor) e nuove terapie emergenti (CELMoD, ADC): riservati alle linee avanzate di malattia.

Ruolo della Medicina Generale

Il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) nella gestione del paziente con mieloma multiplo è fondamentale per garantire la continuità assistenziale, la prevenzione delle complicazioni e il supporto quotidiano. Si articola in quattro aree chiave:

• Diagnosi e riconoscimento precoce. Il MMG è spesso il primo a identificare i segni iniziali della malattia o delle recidive, noti come criteri CRAB: Calcio elevato (ipercalcemia)Renale (insufficienza o alterazione della funzione renale)Anemia (stanchezza, pallore, citopenie) Bone (dolori ossei persistenti, in particolare a livello della colonna vertebrale, o fratture patologiche)

• Le infezioni rappresentano la principale causa di morbilità e mortalità nei pazienti con mieloma. Il MMG interviene attraverso le vaccinazioni: somministrazione periodica dei vaccini raccomandati (antinfluenzale, anti-COVID-19 e anti-pneumococco). È fondamentale evitare i vaccini vivi nei pazienti trattati con anticorpi bispecifici (es. elranatamab) o cellule CAR-T. Indispensabile la profilassi antimicrobica e antivirale: Herpes Zoster (monitoraggio della profilassi con valaciclovir (500 mg/die, prescritta nei pazienti in terapia con inibitori del proteasoma (bortezomib) o anticorpi anti-CD38; polmonite da Pneumocystis jirovecii (verifica della profilassi con cotrimossazolo 3 volte a settimana nei pazienti che assumono alte dosi di corticosteroidi o nei 6–12 mesi post-trapianto); epatite B (monitoraggio della profilassi con entecavir nei pazienti con infezione da HBV pregressa o cronica); gestione dell'ipogammaglobulinemia (riconoscimento

di infezioni batteriche ricorrenti e invio all'ematologo per la valutazione dell'impiego di immunoglobuline endovena).

• Monitoraggio della Sicurezza e Gestione degli Effetti Collaterali. I trattamenti specialistici causano tossicità che si manifestano nella vita quotidiana del paziente. Terapia steroidea prolungata: monitoraggio e gestione di iperglicemia/diabete da steroidi, ipertensione arteriosa improvvisa e disturbi del sonno. Citopenie ed emocromo: esecuzione di controlli ematologici periodici e segnalazione tempestiva all'ematologo in caso di calo dei neutrofili, piastrine o emoglobina. Neuropatia periferica e autonomica: valutazione della comparsa di intorpidimento, formicolii o dolore alle estremità (frequenti con bortezomib) e controllo della pressione arteriosa per identificare episodi di ipotensione ortostatica. Rischio Tromboembolico: verifica dell'aderenza alla profilassi antitrombotica (aspirina, eparina a basso peso molecolare o DOAC) nei pazienti in terapia con immunomodulanti come lenalidomide.

• Salute ossea, igiene orale. Prevenzione dell'osteonecrosi della mandibola: poiché i pazienti assumono bifosfonati per proteggere le ossa, il MMG deve coordinarsi con l'odontoiatra ed educare il paziente all'igiene orale. In caso di procedure invasive (estrazioni, devitalizzazioni), occorre impostare una profilassi antibiotica adeguata insieme allo specialista. Integrazione vitaminica: somministrazione della profilassi con Vitamina D.

• Cure palliative. Controllo del dolore cronico osseo, gestione della stanchezza (fatigue) e coordinamento della rete di cure domiciliari o palliative nei contesti di malattia avanzata.

RenatoRossi

Bibliografia

Hocking J. Multiple myeloma: an overview of drug therapies and supportive care. Aust Prescr 2026;49:188-93. 6 October 2026. DOI: 10.18773/austprescr.2026.044