Leitlinienreport

Akute Myeloische Leukämie (AML), Stand 09/2025

1. Informationen zum Leitlinienreport

Diese Leitlinie wurde in Übereinstimmung mit dem, von den verantwortlichen Fachgesellschaften für ONKOPEDIA erstellten Regelwerk erarbeitet, https://www.onkopedia.com/de/hinweise. Die relevante Literatur wurde von den Experten ausgewählt. Quellen sind vor allem die Recherche-Datenbanken Medline (über Pubmed), Cochrane Library und Embase (über Ovid), sowie Übersichtsartikel und publizierte Leitlinien unabhängiger Organisationen. Empfehlungen sind in Textform und in Algorithmen dargestellt. Das Manuskript wurde in einem unabhängigen Peer-Review-Verfahren überprüft.

1. 1. Autorinnen und Autoren der Leitlinie

Christoph Röllig, Francis Ayuketang Ayuk, Claudia D. Baldus, Jan Braess, Konstanze Döhner, Karoline Gleixner, Michael Heuser, Jan-Henning Klusmann, Markus G. Manz, Jakob Passweg, Dirk Reinhardt, Richard F. Schlenk, Armin Zebisch

Koordinator der Leitlinie: Dominik Wolf

1. 2. Herausgeber

DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie
OeGHO	Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie
SGH-SSH	Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie
SGMO	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie

1. 3. Finanzierung der Leitlinie

Die Finanzierung der Leitlinie erfolgt ausschließlich durch die verantwortlichen Fachgesellschaften.

2. Ablauf

Beginn der Leitlinienerstellung / Aktualisierung	03/2025
Nominierung der Experten durch die Fachgesellschaften	03/2025
Erstellung der ersten Version	03/2025
Diskussion der ersten Version mit allen Experten	04/2025
Erstellung der Konsensversion	05/2025
Diskussion der Konsensversion mit allen Experten	06/2025
Erstellung der finalen Version	07/2025
Redaktionelle Anpassung	07-09/2025
Veröffentlichung	09/2025

3. Überarbeitung / Änderungen

3.1. Inhaltlich relevante Änderungen gegenüber der Vorversion

- Neue Autor*innen: Claudia D. Baldus, Konstanze Döhner, Karoline Gleixner, Jan-Henning Klusmann
- Update zur AML-Mutationslandschaft bei jüngeren und älteren Pat.
- Aufnahme von DDX41 als Mutationsmarker für mögliche Keimbahnassoziation bzw. familiäre Häufung der AML
- Aufnahme der ELN-2024-Risikoklassifikation für genetische Veränderungen bei Pat. mit weniger intensiver Therapie („less-intensive“)
- Aufnahme der hochsensitiven NGS-basierten FLT3-ITD-MRD-Messung als prognostischer Marker
- Aufnahme von Quizartinib in Kombination mit intensiver Standard-Induktion, Konsolidierung und Erhaltung als präferierte Therapie-Option bei fitten Pat. <60 Jahre mit FLT3-ITD-Mutation
- Aufnahme der Quizartinib-Erhaltung nach allogener Stammzelltransplantation als alternative Therapie-Option zu Sorafenib-Erhaltung bei fitten Pat. <60 Jahre mit FLT3-ITD-Mutation, die im Rahmen ihrer Primärtherapie Quizartinib erhalten haben, in erster Therapielinie stammzelltransplantiert wurden und für eine Sorafenib-Erhaltung nicht geeignet sind
- Wegfall der Altersgrenze > 60 Jahre für den Einsatz von CPX-351 bei tAML oder AML-MR
- Einführung einer Altersgrenze von <70 Jahren für den Einsatz von GO (ab 70 Jahren nicht empfohlen)
- Wegfall der Empfehlung für einen möglichen Einsatz von GO in der Konsolidierungstherapie
- Aktualisierung des Rezidivrisikos für FLT3-mutierte AML nach 2 Zyklen intensiver Therapie:
    - geringes Rezidivrisiko:
        - FLT3-TKD + NPM1mut
        - FLT3-TKD + NPM1wt + MFC-MRD im KM <0,1%
    - hohes Rezidivrisiko: alle anderen, d.h.
        - FLT3-ITD
        - FLT3-TKD + NPM1wt + MFC-MRD im KM ≥0,1% nach 2 Zyklen intensiver Therapie (2 x Induktion oder 1 x Induktion + 1 x Konsolidierung)
- Aufnahme von Decitabin-Cedazuridin („orales Decitabin“) als primäre Therapie-Option bei Pat. ohne Eignung für eine intensive Induktion, die eine Kontraindikation für eine kombinierte Therapie aus HMA plus Venetoclax oder Ivosidenib haben
- Entfernung der Therapie-Optionen „LDAC+Glasdegib“ und „LDAC-Monotherapie“ für die Primärtherapie unfitter Pat. Damit verbleiben die Kombinationen „HMA+Venetoclax“ oder „Azacitidin+Ivosidenib“ als erste Therapiepriorität und „HMA-Monotherapie“ oder „LDAC+Venetoclax“ als Therapie zweiter Priorität
- Entfernung von Enasidenib als Therapie-Option für rezidiviert-refraktäre Pat mit IDH2-Mutation nach Venetoclax-Versagen und ohne Transplantationsoption
- Aufnahme von Revumenib als Therapie-Option für rezidiviert-refraktäre Pat mit KMT2A-Rearrangement nach Venetoclax-Versagen und ohne Transplantationsoption

3.2. Automatisiertes Änderungsdokument

Über nachfolgenden Link können Sie alle vorgenommenen Änderungen nachverfolgen. Das System vergleicht die aktuell veröffentliche Leitlinie mit der letzten archivierten Fassung.

Der rot durchgestrichene Text stellt dabei die Textpassagen dar, die aus der aktuellen Version entfernt wurden, grün markierter Text wurde hinzugefügt. Grafiken, die entfernt wurden, erkennt man an einer roten Umrandung, neue Abbildungen sind grün umrandet. Änderungen in Algorithmen und Pfaden können derzeit nicht angezeigt werden.

Link zur automatischen Änderungsverfolgung