

Bericht vom Patientenseminar der International Myeloma Foundation (IMF) am 18. und 19. März 2005 in Atlanta, Georgia (USA)

Bei dem zweitägigen Seminar wurden Vorträge über verschiedene Aspekte der Erkrankung gehalten, an die sich jeweils eine Publikumsdiskussion anschloss. Die Vortragenden Ärzte waren: Dr. Brian G. M. Durie (Cedars-Sinai Cancer Center, Los Angeles), Dr. Tom Heffner (Emory University Clinic, Atlanta), Dr. Robert Kyle (Mayo Clinic, Rochester) und Dr. David Vesole (Medical College of Wisconsin, Milwaukee). Das Publikum bestand hauptsächlich aus Patienten und ihren Angehörigen. Im Folgenden sind einige Informationen zusammengestellt, die bei uns vielleicht noch nicht so bekannt sind. Die Zusammenstellung ist aus meiner Sicht als Patient geschrieben, mit bestem Wissen und Gewissen bezüglich der Richtigkeit der Sachverhalte.

Bisphosphonate:

Bisphosphonate verhindern den mit der Erkrankung verbundenen Knochenabbau durch Deaktivierung von Osteoklasten (knochenabbauende Zellen). Auf die Myelomzellen selbst haben sie keinen Einfluss. Diese wiederum deaktivieren die knochenbauenden Osteoblasten, so dass keine Heilung des Knochens stattfindet. Bisher sind keine Medikamente bekannt, die zur Stimulierung der Osteoblasten eingesetzt werden können. Es gibt allerdings inzwischen einige Hinweise, dass eventuelle cholesterinsenkende Mittel eine solche Wirkung haben könnten. Es wurde die Frage diskutiert, ob man in einer Remission überhaupt mit Bisphosphonaten behandeln sollte, da ja in dieser Phase kein Knochenabbau stattfindet. Die Meinungen hierüber waren geteilt, die Befürworter (die Mehrheit) argumentierten mit dem Hinweis, dass man mit einer Bisphosphonatbehandlung auf der sicheren Seite sei und sie auch langfristig fortführen sollte.

Osteonekrose des Kiefers:

Im Laufe der Behandlung mit Bisphosphonaten kommt es bei vielen Patienten nach einiger Zeit zu einem Knochenabbau im Kiefer. Die Folgen sind lose Zähne, scharfe Kanten freiliegenden Knochengewebes und das Abbrechen kleiner Knochenstücke. Die ersten Symptome sind häufig Schwellungen, Taubheitsgefühl und aufkommende Schmerzen. Bei kieferchirurgischen Eingriffen ist der Heilungsprozess erheblich beeinträchtigt. Inzwischen haben erste statistische Auswertungen ergeben, dass diese Probleme bei Aredia im Mittel nach etwa 6 Jahren Behandlung auftreten, bei Zometa deutlich früher nach etwa 18 Monaten. Das höchste Risiko haben statistisch die Patienten, die von Aredia auf Zometa umgestiegen sind. Nicht alle Patienten sind betroffen, es wird jedoch empfohlen, beim Zahnarzt auf die Behandlung mit Bisphosphonaten hinzuweisen und regelmäßig zur Kontrolle zu gehen. Die Behandlung der Zähne selbst ist unkritisch, kieferchirurgische Eingriffe sollten jedoch möglichst nicht vorgenommen werden. Falls sie dennoch unbedingt notwendig sind, sollte die Behandlung mit Bisphosphonaten für einige Monate ausgesetzt werden.

Erhaltungstherapie:

Thalidomid hat sich bisher beim Einsatz als Erhaltungstherapie bewährt. In diesem Zusammenhang wurde diskutiert, ob man überhaupt eine Erhaltungstherapie durchführen oder stattdessen nur beobachten und mit einer Behandlung lediglich am Ende einer Remissionsphase beginnen sollte. Die Meinungen hierüber waren unter den Ärzten ebenso geteilt wie über die Frage, ob man die Therapie bei einem Rückfall hart oder sanft beginnen lassen sollte. Der Einsatz von Interferon wird nicht mehr empfohlen. Für die Verlaufskontrolle werden Knochenmarkentnahmen nicht mehr als sinnvoll erachtet, da deren Ergebnisse je nach Entnahmestelle zufallsbehaftet und deshalb nicht immer aussagekräftig genug sind. Eine Kombination bildgebender Verfahren wie PET, CT, MRT und Röntgen ist hierfür besser geeignet.

Velcade:

Velcade scheint seine Wirksamkeit insbesondere in Kombination mit anderen Medikamenten zu entfalten. Die Erfahrungen zeigen inzwischen, dass die von Velcade erzeugten Neuropathien mit der Zeit wieder verschwinden, allerdings erst nach längerer Zeit.

Stammzelltransplantationen:

Die autologe Stammzelltransplantation ist derzeit für Patienten bis zu 70 Jahren der Therapiestandard zum Erreichen einer vollständigen Remission. Die Behandlung ist sehr sicher geworden, an der Mayo-Klinik in Rochester werden dabei bereits 60 % der Patienten ambulant behandelt. Nach wie vor ist umstritten, ob eine zweifache autologe Transplantation besser ist als eine einzelne. Es bestand weitgehend Einigkeit, dass von einer zweiten Transplantation für den Patienten kein Vorteil entsteht, wenn durch die erste bereits eine vollständige Remission erreicht wurde. Die mittlere Remissionsdauer nach einer einzelnen Transplantation beträgt 18 Monate. Die Reinigung der Stammzellensubstanz von Myelomzellen vor der Rückgabe hat keinen Einfluss auf die Dauer der Remission. Es sollten möglichst genügend Stammzellen für zwei Transplantationen gesammelt werden. Die Stammzellen können sehr lange (mindestens 8 Jahre) aufbewahrt werden.

Schmerzbehandlung:

Die Möglichkeiten der Schmerzbehandlung sind inzwischen so ausgereift, dass niemand mit ständigen Schmerzen leben muss. Eventuelle Nebenwirkungen einer Schmerzbehandlung – z.B. Verstopfung bei der Behandlung mit Opiaten – sind mit entsprechenden Medikamenten gut in den Griff zu bekommen.

Freelite-Test:

Bei 96 % aller MM-Patienten sind mit diesem sehr empfindlichen Test Leichtketten im Blut nachzuweisen. Für Patienten mit nichtsekretorischem Myelom bietet dieser Test eine der wenigen einfachen Möglichkeiten der Verlaufskontrolle. Aufgrund der kurzen Halbwertszeit der Leichtketten von 2 bis 4 Stunden ist der Test aber auch bei anderen MM-Patienten geeignet,

das Ansprechen auf eine Behandlung relativ schnell feststellen zu können.

Nebenwirkungen bei Thalidomid:

Es gibt derzeit keine Medikamente, die Nebenwirkungen verhindern können. Gegen Verstopfung wurde empfohlen, viel zu trinken, Kaffee und Tee zu meiden, mehr Ballaststoffe in die Nahrung aufzunehmen und sich körperlich viel zu bewegen. Gegen Neuropathien verschaffen eventuell Multivitamin Komplexe eine gewisse Erleichterung. Wichtige Bestandteile sind B₆, B₁₂, E und Folsäure. Beim Auftreten von Krämpfen kann noch zusätzlich Magnesium genommen werden (250 mg zweimal täglich). Auch in diesem Zusammenhang wurde die Wirksamkeit körperlicher Aktivitäten hervorgehoben.

Impfungen:

MM-Patienten wird empfohlen, sich jährlich gegen Grippe und alle 5 Jahre gegen Pneumokokken impfen zu lassen. Darüber, ob nach einer Stammzelltransplantation weitere Impfungen erforderlich sind – z.B. gegen Wundstarrkrampf – bestand bei den Ärzten keine Einigkeit.

Dr. Rolf Pelzing; März 2005