

## Bericht von der Jahrestagung des DGHO, ÖGHO; SHG (Hämatologen- und Onkologenkongress) in Basel 5. – 9. Okt. 2007

Die Highlights der Myelomforschung dieses Jahres lassen sich aus klinischer Sicht wie folgt zusammenfassen:

**Melphalan/Prednisolon (MP) plus Thalidomid (MP-Thal)** als effektive Erstlinientherapie für ältere Patienten ( 65 oder 70 plus) mit MM wurde durch eine französische Studie bestätigt. MP-Thal ist effektiver als MP bezüglich aller relevanten Daten (Remissionsrate = Ansprechen auf die Therapie, progressionsfreie Zeit = keine Therapiebedürftigkeit wegen Krankheitsstillstand, Gesamtüberlebenszeit).

**Bortezomibhaltige (Therapien mit Velcade)** Kombinationstherapien ergaben hohe Remissionsraten, vor allem viele komplette Remissionen; dies trifft für jede Therapielinie zu. MP mit Velcade (MP-V) z.B. ergab mit hoher Wahrscheinlichkeit bessere Ergebnisse als MP allein. Die Studienergebnisse werden beim ASH-Meeting in Atlanta im Dezember vorgestellt.

**Revlimid (Wirkstoff Lenalidomid)** zeigte eine eindrucksvolle Aktivität bei Kombination mit niedrig-dosiertem Dexamethason ( Handelsname Fortecortin). Diese Kombination (1x pro Woche 40mg = 160 mg im Monat und 25mg Revlimid vom Tag 1 – 21 , dann 7 Tage Pause) zeigt besonders gute Daten hinsichtlich des Ansprechens und der unerwünschten Nebenwirkungen und sollte daher der Kombination mit hochdosiertem Dexamethason (wöchentlich 120mg an 3 Tagen je 40 mg = 480 mg pro Monat) vorgezogen werden.

Die Therapie mit den neuen Substanzen ist auch für „Risikopatienten“ (chromosonale Abweichungen z.B. eine Translokation tp 4/14 = Verschiebung ist wesentlicher als eine q13 Deletion = Fehlen eines Armes an diesem Chromosom) vorteilhaft. Der ungünstige Verlauf bei den angesprochenen zytogenetischen Faktoren kann durch Velcade-haltige Kombinationstherapien überwunden werden; dafür liegen Daten sowohl für Patienten mit rediziviertem MM (Rückfall-Patienten) als auch in der Erstlinientherapie vor. Durch den raschen Wirkungseintritt kann eine Verbesserung der Nierenfunktion bei MM-Patienten erreicht werden, die ein akutes Nierenversagen als Komplikation des MM erlitten haben. Erste Ergebnisse von Revlimid (z.B. MP-Rev) sprechen ebenfalls für die Wirksamkeit dieser Therapie bei MM-Patienten mit Risikofaktoren.

Die Deutsche Studiengruppe Multiples Myelom (DSMM) präsentierte aktualisierte Daten zum **RAD-Schema** (Revlimid+Adriamycin+Dexamethason) als Therapie für das redizivierte MM. 78% Ansprechrates (darunter 22% komplette Remissionen, 52% sehr gute partielle Remissionen)) wurden beobachtet. Die Nebenwirkungen waren hauptsächlich gut beherrschbare Blutbildveränderungen. Da es sich um stark vorbehandelte Patienten handelt sind diese Ergebnisse sehr eindrucksvoll.

Eine Reihe von Präsentationen beschäftigten sich auch mit der Substanz **Bendamustin (Ersatz z.B. für Melphalan)**. In Kombination mit Prednisolon bzw. Dexamethason

wurde das Ansprechen bei vorbehandeltem MM gezeigt. Auch hier sind Kombinationen mit den neuen Substanzen möglich (z.B. Bendamustin+Prednisolon +Velcade = BPV) und laut den ersten Daten vielversprechend.

Bei der Erhaltungstherapie gab es keine eindeutige Meinung unter den Experten. Ob man nur beobachtet bis zu einem Rückfall, niedrig dosiertes Thalidomid gibt, Velcade in niedrigerer Dosis und in größeren Abständen verabreicht, alle Optionen werden angewandt. Es gibt noch keine relevanten Studienergebnisse hierzu. Eines wurde nur von allen Seiten bestätigt, dass **Interferon** nicht hilfreich ist.

Für die **Bisphosphonate** (Aredia, Zometa, Bondronat) gilt, was schon länger bekannt ist. Um Osteonekrosen zu vermeiden sollte bei größeren Eingriffen im Kiefer vorher und nachher pausiert werden mit der Infusion. Wenn nach Therapie-Ende eine komplette Remission erreicht ist und keine Knochenbeschwerden vorliegen, kann der 4-Wochen-Rhythmus auf drei Monate ausgedehnt werden. Nach 1 Jahr ist auch eine Absetzung möglich. Wichtig ist Zahnarzt, Kieferorthopäden usw. rechtzeitig auf die Bisphosphonatgabe hinzuweisen und besonderen Wert auf Zahnhygiene zu legen.

V. F., Leiter der Myelom-Hilfe München, MHM

18.10.07

Quelle: z.T. inhaltlich angelehnt an Beitrag von Prof. Drach, Wien auf [www.myelom.at](http://www.myelom.at)