



Ergänzende Stichpunkte vom 29. Deutschen Krebskongress der Deutschen Krebsgesellschaft (24. – 27. Februar 2010 in Berlin)

Erstlinientherapie junger Patient

- Bei der Induktionstherapie vor einer Hochdosistherapie haben sich Bortezomib oder Thalidomid-haltige Regimes etabliert
- Kombinationstherapien verbessern die Remissionsraten und Remissionstiefen
- Toxizität kann durch eine Dosisreduktion von Bortezomib in der Kombination verringert werden

Erstlinientherapie älterer Patient

- MP-Therapie
 - MPT (Melphalan/Prednison/Thalidomid)
 - VMP (Bortezomib/Melphalan /Prednison)
 - MPR (Melphalan/Prednison/Lenalidomid)
- sind Therapiestandards bei älteren Patienten

Dosisreduktionen der neueren Substanzen sind ohne großen Wirkverlust möglich bei besserer Verträglichkeit.

Stammzelltransplantation

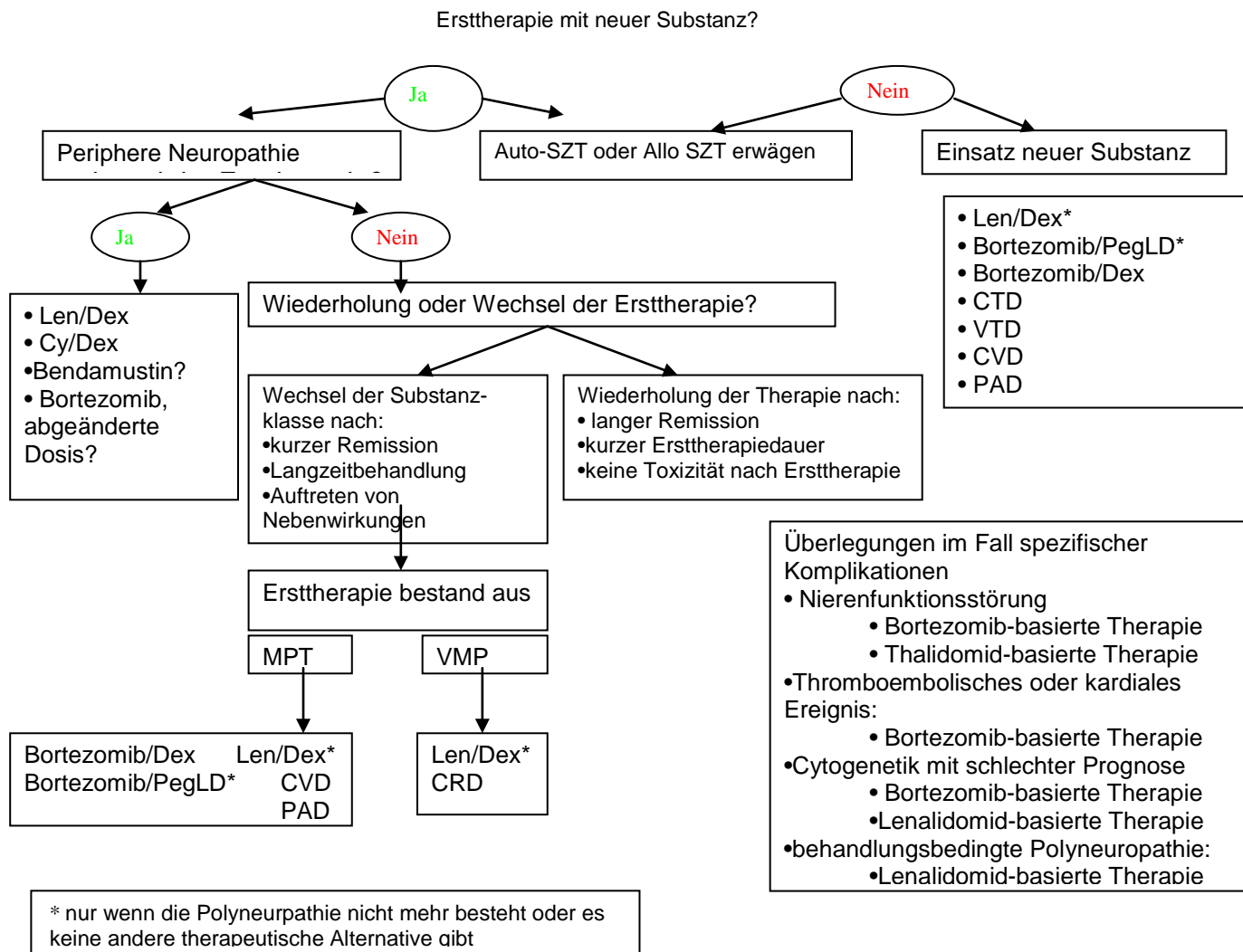
- Standard ist immer noch die autologe Stammzelltransplantation
- Sie zeigt immer noch Vorteile gegenüber einer „konservativen„ Therapie. Das Erreichen einer kompletten Remission (CR, definiert durch eine negative Immunfixation) ist Voraussetzung für ein Langzeitüberleben, unklar ist noch der beste Zeitpunkt der SZT, ob primär oder erst im 1. Rezidiv
- Doppelhochdosistherapie in Studien, außerhalb von Studien nur, wenn nach der ersten Hochdosistherapie keine komplette Remission bzw. eine sehr gute partielle Remission erreicht wurde.

Erhaltungstherapie

- Bisherige Ergebnisse zeigen, dass eine Erhaltungstherapie nach Hochdosistherapie gute und länger anhaltende Remissionen bringen kann(wobei es unterschiedliche Regime mit Lenalidomid oder Bortezomib gibt). Es laufen weitere Studien dazu, die zeigen sollen, ob die sich die höhere Remissionsrate auch in ein längeres Gesamtüberleben übertragen lässt.

Rezidivtherapie

- In den Vorträgen zur Rezidivtherapie wurde mehrfach der Algorithmus zitiert, den die European Myeloma Network unter Federführung von Prof. Ludwig im Oncologist zu Beginn dieses Jahres veröffentlicht haben, den ich hier abbilde:



Algorithmus nach Ludwig, Oncologist, 2010, 15. 6-25

CTD- Cyclophosphamid/Thalidomid/Dexamethason
 VTD- Velcade/Thalidomid/Dexamethason
 CVD- Cyclophosphamid/Velcade/Dexamethason
 MPT- Melphalan/Prednison/Thalidomid
 VMP- Velcade/Melphalan/Prednison
 PAD- Velcade(Bortezomib)/Doxorubicin/Dexamethason
 CRD- Cyclophosphamid/Lenalidomid/Dexamethason

Nierenbeteiligung (Dr. Lapau, Würzburg)

- Ca. 30% aller Myelomkranken haben im Verlauf ihrer Erkrankung ein nephrologisches Problem
- Wichtig ist eine grundlegende Myelomtherapie, ohne die eine rein nephrologische Therapie nicht sinnvoll ist.
- Bortezomib-haltige Therapien sind sehr erfolgsversprechend mit raschem Ansprechen
- Wichtig ist, die Amyloidose herauszufiltern. Diese Patienten zeigen ein nephrotisches Syndrom, d

Knochenbeteiligung (Prof. Sezer, Würzburg)

- 80-90% der Patienten entwickeln Osteolysen, bei ca. 50% treten sogenannte Skelett ereignisse im Sinne pathologischer Frakturen auf, die zur Notwendigkeit von Bestrahlung oder Operation führen und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen
- Eine erhöhte Knochenresorption schränkt nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Lebenserwartung ein
- Die derzeitige Empfehlung ist, bei Knochenproblemen Bisphosphonate zu geben.
- Die Konzentration von DKK1 im Serum korreliert mit dem Grad der Osteolysen, d.h. Hemmung der DKK1 wäre ein therapeutischer Ansatzpunkt - > Studie geplant

Kieferosteonekrose unter Bisphosphonattherapie (Prof. Kübler, Würzburg)

- Vorkommen bei ca 10% der Patienten, die Bisphosphonate erhalten
- Präventive Maßnahmen vor/während und nach Bisphosphonattherapie senken das Risiko (halbjährlicher Zahnarztbesuch, halbjährliche professionelle Zahnreinigung, Antibiotikagabe bei zahnärztlichem Eingriff)

Therapieansätze bei medikamentös bedingter Neuropathie (Prof. M. Engelhardt, Freiburg)

- Vitamin B₆, B₁₂, E
 - Alpha-Liponsäure, Folsäure
 - Acetyl-L-Carnitin
 - L-Glutamin
 - Magnesium, Kalium, Tonic-Water
- Ärztlich verordnet:
- Gabapentin
 - Tricyclische Antidepressiva
 - NMDA-Antagonisten

Amyloidose

- Melphalan/Dexamethason bleibt Standard, CTD (Cylophosphamid/Thalidomid/Dexamethason) verbessert das Organansprechen, aber nicht das Langzeitüberleben

- Bei jungen Patienten ist die autologe Stammzelltransplantation indiziert

Patienten mit Smouldering Myelom

- Die frühzeitige Behandlung von Patienten mit Smouldering Myelom, die ein hohes Risiko für eine Progression in ein MM aufweisen, führt zu einer hohen Remissionsrate und verzögert die Progression. Die Behandlung sollte innerhalb klinischer Studien erfolgen

Sabine Schock, März 2010

Radiologische Untersuchungen (Prof. M. Horger , Tübingen)

- Im Moment fehlender Konsens und fehlende Standardisierung bildgebender Verfahren beim MM
- Das konventionelle Röntgen nach „Pariser Schema“ übersieht 70% der Läsionen, kann keine extraossären Läsionen darstellen
- Alternativ bietet sich das CT an, welches auch millimetergroße Läsionen noch darstellt, man kann zwischen aktiven und inaktiven Läsionen unterscheiden, jetzt auch in Low dose Technik verfügbar und sehr schnell
- Alternativ MRT mit hoher Sensitivität, ohne Strahlenbelastung, Differenzierung maligne vs. Benigne Läsionen möglich. Nachteil: hohe Kosten, zeitaufwendig, niedrig maligne, diffuse Infiltrationen entziehen sich dieser Technik.
- PET: kostenintensiv, wenig sensitiv, sehr zeitintensiv, hohe Strahlenbelastung
- → low dose CT zur Diagnose und Verlaufskontrolle empfohlen

Zusammenfassung der wichtigsten Substanzen/Modalitäten

- Thalidomid
- Bortezomib
- Lenalidomid
- Dexamethason/Prednison
- Cealyx (liposomales Doxorubicin)
- Bendamustin
- Autologe Transplantation
- Allogene Transplantation
- Neue Substanzen: Vorinostat, Panobinostat, Carfilzomab, Everolimus etc.