



Arbeitsgemeinschaft Plasmozytom/Multiples Myelom (APMM)
Ein Zusammenschluss deutschsprachiger Selbsthilfegruppen in
Belgien, Deutschland, Österreich, Schweiz

ASH 2011 Multiples Myelom-Update - Tag Vier

Vom Myeloma Beacon Team, übersetzt von Sabine Schock, APMM

Am vierten und letzten Tag der 2011-Jahresversammlung der amerikanischen Gesellschaft für Hämatologie (ASH) gab es eine Sitzung am Morgen mit mehreren wichtigen Vorträgen über das multiple Myelom.

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Vorträge werden in diesem Artikel zusammengefasst.

Behandlung von „schwelendem“ Myelom mit hohem Risiko

Dr. María-Victoria Mateos vom Universitätskrankenhaus in Salamanca eröffnete die Sitzung.

Sie hielt einen Vortrag über eine Phase 3-Studie, die sie und ihre Kollegen über die Behandlung von risikoreichen Patienten mit schwelendem Myelom mit Revlimid (Lenalidomid) und Dexamethason durchgeführt haben.

Dr. Mateos diskutierte die vorläufigen Ergebnisse dieser Studie mit Dr. Sagar Lonial von der Emory Universität bereits auf dem Internationalen Myelom-Workshop, der im Mai diesen Jahres abgehalten wurde (siehe verwandte Nachrichten und die ausführliche Berichterstattung im Diskussionsforum von Myeloma Beacon. Hierzu gibt es auch eine APMM-Übersetzung unter Mai/2011).

Die Studie, die Dr. Mateos und ihre Kollegen durchführen, vergleicht zwei alternative Therapieansätze für das risikoreiche schwelende Myelom.

Patienten im ersten Studienarm erhalten eine anfängliche Behandlung mit Revlimid und Dexamethason, die von einer Revlimid-Erhaltungstherapie gefolgt ist.

Die Patienten im anderen Arm erhalten keine aktive Behandlung (dies ist zurzeit der Behandlungsstandard).

Bisher haben sich 119 Patienten mit risikoreichem schwelendem Myelom in die Studie eingeschrieben.

Patienten im aktiven Behandlungsarm der Studie erhalten neun vierwöchige Zyklen der Induktionstherapie mit Revlimid und Dexamethason, gefolgt von einer Revlimid-Erhaltung bis zum Krankheitsprogress.

Nach der Induktionstherapie sprachen 86 Prozent der Patienten auf die Behandlung an, davon erreichten 14 Prozent eine stringente komplette/komplette Remission, 11 Prozent eine sehr gute teilweise Remission und 61 Prozent eine teilweise Remission. Nach einer mittleren Anzahl von 15 Zyklen Erhaltungstherapie stieg die stringente komplette/komplette Remissionsrate auf 28 Prozent.

Nach einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 22 Monaten bekamen 15 Prozent der Patienten, die Revlimid-Dexamethason erhielten, eine symptomatische Erkrankung im Vergleich zu 59 Prozent der Patienten, die keine aktive Behandlung erhielten.

Die mittlere Zeit bis zum Krankheitsprogress betrug 23 Monate für Patienten im Arm "keine aktive Behandlung"; die mittlere Zeit zum Krankheitsprogress ist für mit Revlimid behandelte Patienten noch nicht erreicht worden.

Die geschätzte dreijährige Gesamtüberlebensrate beträgt 93 Prozent für die Patienten, die Revlimid erhielten, und 76 Prozent für Patienten, die keine Behandlung erhielten.

Dr. Mateos schlussfolgerte, dass der Revlimid Behandlungsansatz die Zeit bis zu einem symptomatischem Myelom deutlich verlängert und auch das Überleben zu verlängern scheint. Dieses geschieht ohne ein hohes Risiko an schweren Nebenwirkungen.

Sechsjährige Ergebnisse von der Myelom IX Studie

Der zweite Vortrag wurde von Dr. Gareth Morgan vom Institute for Cancer Research in London gehalten. Er berichtete über den neuesten Stand der Ergebnisse nach einer sechsjährigen Nachbeobachtungszeit der so genannten Myeloma IX Studie- die größte klinische Myelomstudie, die jemals durchgeführt wurde (Zusammenfassung).

Die Teilnehmer der Myeloma IX –Studie waren neu diagnostizierte Myelompatienten aller Altersstufen.

Die Studie umfasste zwei breite Behandlungsarme.

Der erste war für jüngere, fittere Patienten (der "intensive" Arm). Er enthielt zwei Gruppen von Patienten. Eine Gruppe erhielt eine Induktionstherapie mit Cyclophosphamid (Cytosan), Thalidomid und Dexamethason ("CTD"). Die andere Gruppe erhielt eine Induktionstherapie mit Cyclophosphamid, Vincristin, Doxorubicin (Adriamycin) und Dexamethason ("CVAD").

Die meisten Patienten im intensiven Arm setzten ihre Behandlung mit einer Stammzelltransplantation nach ihrer Induktionstherapie fort.

Der zweite Arm, der für ältere, weniger physisch belastbare Patienten war (der "nichtintensive" Arm), wurde auch in zwei Patientengruppen aufgeteilt: Eine erhielt initial mit Melphalan (Alkeran) und Prednison ("MP") und die andere erhielt eine Induktionstherapie mit einer abgeschwächten CTD Kombination ("CTDa").

Alle Studienpatienten erhielten, unabhängig vom Arm, entweder Zometa (Zoledronsäure) oder Bonefos (Clodronat) als Behandlung für Knochenerkrankung.

In beiden Armen wurden die Patienten nach ihrer Induktionstherapie entweder in eine niedrig dosierte Thalidomid-Erhaltungstherapie oder keine Erhaltungstherapie randomisiert.

Die Ergebnisse nach der erweiterten Nachbeobachtungszeit (5,8 Jahre) zeigen, dass Zometa mit einem längeren Gesamt- und mittlerem progressionsfreien Überleben (19 und 51 Monate) als Bonefos (18 und 46 Monate) verbunden ist.

Für den nichtintensiven Arm verbesserte die auf Thalidomid basierte Induktionstherapie das progressionsfreie Überleben im Vergleich zur MP-Therapie (13 Monate versus 12 Monate), aber es gab keinen Vorteil in Bezug auf das Gesamtüberleben.

Im intensiven Arm gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied im progressionsfreien und Gesamtüberleben zwischen den zwei Induktionstherapien.

Die Thalidomid-Erhaltungstherapie verbesserte das progressionsfreie Überleben im Vergleich zu keiner Erhaltungstherapie (22 Monate gegen 16 Monate) deutlich. Jedoch beeinflusste es das Gesamtüberleben nicht.

Der Vorteil Thalidomids beim progressionsfreien Überleben wurde hauptsächlich bei Patienten mit günstigen chromosomalen Abnormitäten gesehen.

Chromosomale Abnormitäten bei älteren Myelompatienten

Dr. Hervé Avet-Loiseau vom Universitätskrankenhaus in Nantes präsentierte als nächster seine Ergebnisse einer retrospektiven Analyse. Diese beschäftigte sich mit dem Vorkommen und dem Einfluss von chromosomalen Abnormitäten bei älteren Myelompatienten (d. h. Patienten über 65 Jahre).

Die Analyse beruht auf Daten von 1890 Myelompatienten über 65 Jahren. Die meisten Patienten waren aus Frankreich.

Dr. Avet-Loiseau und seine Kollegen teilten die Patienten in zwei Gruppen ein: Patienten im Alter von 66 bis 74 Jahren (1.239 Patienten) und Patienten mit mehr als 75 Jahren (651 Patienten).

Die Forscher analysierten zuerst das Vorkommen der del (13), del (17p), und t (4; 14) Abnormitäten.

Del (13) kam in 44 Prozent der Patienten im Alter von 66 bis 74 Jahren und in 37 Prozent der Patienten über 75 Jahren vor.

Für del (17p) betragen die Raten 6 Prozent in beiden Gruppen.

Für t (4; 14) betragen die Raten 11, beziehungsweise 8 Prozent.

Beim Vergleich der Ergebnisse für die älteren Patienten in dieser Analyse zu Ergebnissen für Patienten unter 65 Jahren, beobachteten die Forscher eine niedrigere Rate von t (4; 14) bei älteren Patienten (14 Prozent gegen 11 Prozent gegen 8 Prozent). Für del (13) und del (17p) gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Altersgruppen.

Behandlungs- und Anschlussdaten waren für 1.095 Patienten verfügbar. Die Analyse dieser Daten zeigte dass, wie bei jüngeren Patienten, t (4; 14) und del (17p) sowohl das progressionsfreie Überleben als auch das Gesamtüberleben negativ beeinflussen.

Sekundäre Malignome

Der letzte Vortrag des Morgens wurde von Dr. Antonio Palumbo von der Universität in Turin gehalten. Er fasste die Ergebnisse einer rückblickenden Analyse über das Risiko eines Zweitmalignoms zusammen, das mit einer Revlimid und Thalidomid-Behandlung verbunden ist.

Ein Myelompatient hat ein "Zweitmalignom", wenn er oder sie eine andere Krebsart nach der vorhergehenden Myelom-Diagnose entwickelt.

Das Thema „Zweitmalignom“ wurde bei der 2010 ASH-Tagung zum ersten Mal zu einem Diskussionssthema für die Myelomgemeinschaft.

Auf dieser Sitzung zeigten Ergebnisse aus mehreren klinischen Studien, dass die Behandlung mit Revlimid das Risiko eines Myelompatienten vergrößern kann, ein Zweitmalignom zu entwickeln (siehe verwandte Nachrichten von Myeloma Beacon).

In der Studie, die Dr. Palumbo am vierten Tag der diesjährigen ASH-Sitzung zusammenfasste, untersuchten er und seine Kollegen die Zweitmalignomraten bei 2.283, neu diagnostizierten Myelompatienten, die an neun verschiedenen europäischen klinischen Studien teilgenommen hatten.

Die mittlere Nachbeobachtungszeit für die Patienten in dieser Analyse betrug 29 Monate. Das mittlere Patientenalter betrug 69 Jahre.

Bei 2.283 Patienten wurden insgesamt 48 Zweitmalignome beobachtet, davon waren 10 Blutkrebserkrankungen und 38 solide Geschwülste.

Für mit Revlimid behandelte Patienten betragen die Zweitmalignomraten pro 100 Patientenbehandlungsjahre 0,4 Prozent für Patienten, die zusätzlich mit Dexamethason und/oder Cyclophosphamid behandelt worden waren und 0,95 für Patienten, die zusätzlich Melphalan erhielten.

Für Patienten, die mit dem Thalidomid und auch mit Melphalan behandelt wurden, betrug die Zweitmalignomrate 1,05 pro 100 Patientenjahre.

Die Zweitmalignomrate für Patienten, die nur mit Melphalan - und nicht Revlimid oder Thalidomid - behandelt worden waren, betrug 0,42 pro 100 Patientenjahre.

Diese Daten zeigen, dass die Behandlung mit Revlimid das Risiko von sekundären Malignomen nicht vergrößert.

Stattdessen kann es eine Wechselwirkung zwischen der Behandlung mit Melphalan und der Behandlung mit Revlimid (oder Thalidomid) sein, die das Risiko eines Patienten vergrößert, ein Zweitmalignom zu entwickeln.

Dr. Palumbo präsentierte auch Daten, die zeigten, dass die Zweitmalignomrate bei Revlimid-behandelten Patienten sich nicht viel von der alterskorrigierten Krebsrate in der Allgemeinbevölkerung unterscheidet. Außerdem ist das Risiko, ein Zweitmalignom zu entwickeln, niedriger als die Gefahr mehrerer ernster Nebenwirkungen, die während einer Myelombehandlung vorkommen können.

Weitere ASH-Berichterstattung

Das ist die letzte der "täglichen Myeloma Beacon Updates" von Vorträgen auf der 2011 ASH-Jahresversammlung, die das Myelom betreffen.

Jedoch werden in den nächsten Wochen zusätzliche Artikel mit weiterer, ausführlicher Berichterstattung der auf der Sitzung präsentierten Forschung auf der Website von Myeloma Beacon in Englisch veröffentlicht.

