



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

Vom 7.6.2011 aus The Myeloma Beacon

ASCO 2011 Update Multiple Myeloma – Tag 3 Teil 2

Vom Myeloma Beacon Team, übersetzt von Sabine Schock; APMM

Der letzte Sonntag war der dritte Tag der Jahresversammlung 2011 der amerikanischen Gesellschaft für klinische Onkologie (ASCO) und es war ein besonders voller Tag für Teilnehmer, die am multiplem Myelom interessiert sind.

Myeloma Beacon hat bereits eine Zusammenfassung veröffentlicht, die zwei Drittel der am Sonntagmorgen gehaltenen Vorträge über das multiple Myelom abdeckt. Dieser Artikel betrifft die Vorträge, die sich mit der Knochenbeteiligung beim multiplen Myelom beschäftigen, sowie Material von einer Fortbildungssitzung über das multiple Myelom, die am Nachmittag stattfand.

Knochenbeteiligung beim multiplen Myelom

Die Vorträge während der Sitzung, die die Knochenbeteiligung beim multiplen Myelom zum Thema hatte, fokussierten insbesondere auf die Gabe von Bisphosphonaten bei Behandlung der Knochenbeteiligung. Die Vorträge konzentrierten auch auf Ergebnisse von der britischen "Myeloma IX"-Studie, die zwei Gruppen von Patienten einschloss, die mit verschiedenen Bisphosphonaten behandelt wurden, um zu sehen, ob diese Medikamente eine unterschiedliche Wirkung auf die Patienten haben. Bisphosphonate sind eine Klasse von Medikamenten, die Knochenauflösung reduzieren.

In der Myeloma IX-Studie erhielt eine Gruppe von Myelompatienten das Bisphosphonat Zometa (Zoledronsäure), während die andere Gruppe Bonafos (Clodronat) erhielt. Beide Gruppen von Patienten erhielten daneben auch Medikamente zur spezifischen Behandlung des Myeloms.

Bisher veröffentlichte Ergebnisse der Myeloma IX-Studie haben gezeigt, dass die Patienten, die Zometa erhielten, nicht nur weniger Skelettkomplikationen (skeletal-related events oder SREs) sondern auch höhere Gesamtüberlebensraten hatten als die Patienten, die mit Bonafos behandelt wurden. SREs schließen Knochenbrüche, Rückenmarkskompression und starke Knochenschmerzen ein, die chirurgische Intervention oder Strahlenbehandlung erfordern (Siehe verwandte Artikel von Myeloma Beacon in Englisch auf der Seite Myeloma Bone-disease).

Die zwei Vorträge über die Knochenbeteiligung beim Myelom auf der ASCO Sitzung am Sonntag gaben aktuelle Einblicke in die Ergebnisse der Myeloma IX-Studie.

Als Erster präsentierte Dr. Gareth Morgan vom Royal Marsden Hospital in London Daten zur Beantwortung der folgenden Frage: Sollten alle Myelompatienten mit

Bisphosphonaten behandelt werden oder nur Patienten, die eine Knochenbeteiligung haben?

Dr. Morgan berichtete, dass in der Myeloma IX-Studie Zometa zu einer Verbesserung im Überleben gegenüber Bonafos bei den Patienten führte, die zum Zeitpunkt der Diagnose eine Knochenbeteiligung hatten. Es gab keine Beweise eines Überlebensvorteils für Zometa bei Patienten, die zum Zeitpunkt der Diagnose keine Knochenbeteiligung hatten.

Im Gegensatz dazu zeigte Zometa gegenüber Bonafos in beiden Patientengruppen, d.h. sowohl bei Patienten mit als auch ohne Knochenbeteiligung bei Diagnosestellung, einen Vorteil in Bezug auf SREs, die die Patienten während des ersten Behandlungsjahres hatten.

Patienten mit Knochenbeteiligung, die Zometa erhielten, hatten ein um 20 Prozent niedrigeres Risiko, SREs im ersten Jahr zu entwickeln, als Patienten mit Knochenbeteiligung, die mit Bonafos behandelt wurden. Bei Patienten ohne Knochenbeteiligung bei Diagnosestellung reduzierte Zometa das Risiko von SREs im ersten Jahr um 40 Prozent gegenüber Bonafos.

Dr. Morgan folgerte, dass aufgrund dieser Ergebnisse alle neu diagnostizierten Myelompatienten mit Zometa behandelt werden sollten.

Der zweite Vortrag wurde von Dr. Faith Davies vom britischen Institute of Cancer Research gehalten. Dr. Davies besprach ebenfalls Ergebnisse der Myeloma IX-Studie und konzentrierte sich auf den zeitlichen Einsatz von Zometa bei Myelompatienten.

Die von Dr. Davies präsentierten Ergebnisse zeigen, dass der Überlebensvorteil von Zometa gegen Bonafos bereits nach zwei Behandlungsmonaten deutlich wurde und nach vier Behandlungsmonaten sehr deutlich war. So meint auch Dr. Davies, dass Zometa Myelompatienten sehr schnell nach Diagnosestellung gegeben werden sollte.

Dr. Davies präsentierte ebenfalls Ergebnisse, die zeigen, dass der Vorteil von Zometa bei der Reduzierung von SREs über viele Behandlungsjahre andauerte. Sie glaubt, dass dies für eine dauerhafte Behandlung von Myelompatienten mit Zometa spricht.

Im Anschluss an die Vorträge von Dr. Morgan und Dr. Davies präsentierte Dr. David Roodman von der Universität Pittsburgh eine Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.

Dr. Roodman begann seinen Vortrag mit der Bemerkung, dass, obwohl die Myeloma IX-Studie darauf hinweist, dass Zometa einen Anti-Myelom-Effekt hat, eine frühere Studie zeigte, dass Zometa bei der Behandlung von Patienten mit schwelendem Myelom keinen Einfluss auf die Zeit bis zur Krankheitsprogression zum aktivem multiplen Myelom hatte. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Zometa keine Anti-Myelom-Wirkung hat.

Hinsichtlich der Frage, ob alle neu diagnostizierten Patienten mit Zometa behandelt werden sollten, erinnerte Dr. Roodman das Publikum, dass Zometa keinen Überlebensvorteil bei Patienten zeigt, die bei Diagnosestellung keine Knochenbeteiligung hatten. Obwohl Zometa das Risiko von SREs bei Patienten ohne Knochenbeteiligung reduziert, ist die absolute Verminderung dieses Risikos relativ klein und die Behandlung von Patienten mit Zometa bedeutet, dass sie dem Risiko unterliegen, eine Kieferosteonekrose zu bekommen, eine Nebenwirkung der Bisphosphonat-Behandlung, bei der Teile des Kieferknochens absterben.

Aus diesen Gründen glaubt Dr. Roodman, dass es immer noch keine endgültige Antwort auf die Frage gibt, ob alle neu diagnostizierten Patienten mit einem Bisphosphonat behandelt werden sollten.

Dr. Roodman besprach dann, ob die Behandlung mit Zometa auf unbestimmte Zeit fortgesetzt werden sollte. Er gibt zu, dass ein langfristiger Vorteil der Zometa-Behandlung gezeigt worden ist. Trotz der Verminderung der Kieferosteonekrose, die in den letzten Jahren durch die verbesserte Überwachung und vorbeugende Maßnahmen erreicht worden ist, wird die längere Behandlung mit Zometa das Risiko eines Patienten vergrößern, eine Kieferosteonekrose zu bekommen.

Dr. Roodman schloss seine Zusammenfassung mit drei Fragen, die seiner Ansicht nach weitere Aufmerksamkeit verdienen:

- Reduzieren Myelombehandlungen, die die Knochenbeteiligung vermindern, wie z.B. Velcade (Bortezomib) auch den Vorteil der Bisphosphonat-Behandlung?
- Wäre es besser, Myelompatienten, die keine Knochenbeteiligung haben, mit Zometa in niedrigerer Frequenz zu behandeln oder mit einem Bisphosphonat, das mit einem verminderten Risiko von Kieferosteonekrose verbunden ist?
- Bleibt das niedrigere Risiko der Kieferosteonekrose, das durch vorbeugende Maßnahmen erreicht worden ist, bestehen, wenn die Patienten eine langfristige Behandlung mit Zometa erhalten?

Weil die drei Vorträge während der nächsten Fortbildungssitzung Forschungsergebnisse zusammenfassten, die bereits veröffentlicht oder auf vorherigen Konferenzen präsentiert worden sind, wird sich diese Aktualisierung auf die Hauptthemen der Vorträge konzentrieren. Das Forum von Myeloma Beacon hält jedoch wesentliche Zusammenfassungen dieser Vorträge in Englisch bereit.

Schwelendes multiples Myelom

Ein schwelendes multiples Myelom ist ein Übergangsstadium zwischen MGUS und dem Multiplen Myelom. Das Blutserum enthält mehr als 30 g/l Paraproteine und das Knochenmark mehr als 10 Prozent geschädigte Plasmazellen. Die für das Multiple Myelom typischen Krankheitszeichen fehlen.

Der erste Vortrag während der Fortbildungssitzung wurde von Dr. Ivan Borrello von der Johns Hopkins Universität gehalten, der über das schwelende Myelom sprach.

Ein Kernthema des Vortrags von Dr. Borrello war, dass Ärzte und Patienten nicht mehr nur von einer Art schwelendem multiplen Myelom ausgehen sollten. Patienten mit einem schwelenden Myelom sollten mindestens in eine Gruppe mit niedrigem oder hohem Risiko eingeteilt werden. Es gibt mindestens zwei verschiedene,

verfügbare Methoden zur Klassifikation; eine von der Mayo Klinik und eine andere von der spanischen Myelomgruppe.

Eine kritische Frage ist momentan, ob risikoreiche schwelende Myelompatienten aktiv behandelt werden sollten. Es gibt Beweise von einer laufenden klinischen Studie in Spanien, dass risikoreiche schwelende Myelompatienten, die mit Revlimid (Lenalidomid) behandelt werden, einen Überlebensvorteil haben können. Derzeit ist jedoch der Standard, dass schwelende Myelompatienten nicht aktiv behandelt werden sollten.

Neu diagnostizierte schwelende Myelompatienten sollten eine Basis-Knochenmarks-Biopsie und eine bildgebende Diagnostik ihrer Knochen erhalten und alle 2 bis 3 Monate kontrolliert werden. Wenn der Krankheitsstatus des Patienten stabil bleibt, sollte die Kontrolle alle 4 bis 6 Monate über ein Jahr fortgeführt werden. Wenn der Patient dann immer noch stabil ist, sollte die Kontrolle dann alle 6 bis 12 Monate wiederholt werden.

Mehr über die Knochenbeteiligung beim Myelom

Der folgende Vortrag von Dr. David Roodman von der Universität Pittsburgh sprach über die "Knochenerkrankung und ihr Management beim multiplen Myelom."

Dr. Roodman begann seinen Vortrag mit der Bemerkung, dass es eine Vielfalt von Optionen gibt, um die Knochenbeteiligung beim multiplen Myelom zu behandeln, einschließlich Lebensstiländerungen (Sport, Kalziumergänzung und Vermeidung von Stürzen), Strahlentherapie, Chirurgie (Vertebroplastie, Kyphoplastie und andere Optionen), Vitamin D Gabe, Behandlung mit einem Bisphosphonat und die Behandlung des Myeloms an sich.

Nach einer kurzen Besprechung von Vor- und Nachteilen mehrerer dieser Optionen widmete Dr. Roodman den Grossteil seines Vortrages dem Thema Bisphosphonate und Knochenbeteiligung, was bereits vorher Thema war.

Er bemerkte zum Beispiel, dass Aredia (Pamidronat) und Zometa, zwei Bisphosphonate, die in den Vereinigten Staaten Myelompatienten verschrieben werden, SRE's im Vergleich zu einem Placebo gleich gut reduzieren. Außerdem verzögern sowohl Aredia als auch Zometa in gleichem Maße die Zeit eines typischen Patienten zum ersten SRE.

Eine wichtige Entwicklung für den Einsatz von Bisphosphonaten bei der Knochenbeteiligung beim Myelom ist der Beweis, dass die Medikamente - besonders Zometa - eine Anti-Myelom-Wirkung haben können.

Diese Beweise stammen jedoch hauptsächlich von der britischen Myeloma IX-Studie, und Dr. Roodman bemerkte, dass die Behandlung des multiplen Myeloms in Großbritannien als nicht so aggressiv wahrgenommen wird wie in den Vereinigten Staaten. Er stellt sich die Frage, ob die in den britischen Daten beobachtete Anti-Myelom-Wirkung auch in Daten einer amerikanisch-basierten Studie gesehen würde. Das ist ein Grund dafür, warum er weiterhin zögert, allen Myelompatienten zu empfehlen, mit Bisphosphonaten behandelt zu werden.

Dr. Roodman schloss seinen Vortrag mit der Betonung, dass es wichtig ist, neue Therapien für die Knochenbeteiligung beim Myelom zu entwickeln.

In dieser Beziehung glaubt er, dass es mehrere potenzielle Optionen gibt.

Es konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass Xgeva (Denosumab) wirksamer bei der Verhinderung von SREs ist als Zometa. Die Nebenwirkungen von Xgeva sind Zometa einschließlich des Risikos von ONJ ähnlich. Außerdem wird Xgeva subkutan statt intravenös gegeben, und Xgeva scheint keine negativen Auswirkungen auf die Nieren zu haben, was bei Zometa gelegentlich vorkommen kann.

Dr. Roodman glaubt, dass mehrere andere Substanzen Potenzial für die Behandlung der Knochenerkrankung beim Myelom haben, einschließlich BHQ880 und RAP 011.

Management der Myelomtherapie-Komplikationen

Der letzte Vortrag am Sonntag wurde von Dr. Sikander Ailawadhi von der University of Southern California gehalten. Er sprach über "Komplikationen von Myelomtherapien."

Der Vortrag von Dr. Ailawadhi deckte eine Liste von Komplikationen ab, die sich bei der Myelombehandlung entwickeln können. Diese schließen reduzierte Blutzell- und Thrombozytenwerte, periphere Neuropathie, Thrombosen, Bakterien- und Virusinfektionen, gastrointestinale Probleme und Kieferosteonekrose ein.

Für jede dieser potenziellen Nebenwirkungen besprach Dr. Ailawadhi die damit verbundenen Behandlungen und Strategien, um Nebenwirkungen zu reduzieren oder zu vermeiden. Er bemerkte auch, dass im Allgemeinen das Risiko von Nebenwirkungen mit der Anzahl von Myelommedikamenten, die ein Patient nimmt, ansteigt. Kombinationsbehandlungen können vielversprechend in Bezug auf ihre Wirkung bei der Behandlung des Myelom sein, sie vergrößern jedoch auch deutlich die Herausforderung, Nebenwirkungen bei der Behandlung kontrollieren zu müssen.

Für die Berichterstattung über das Myelom vom letzten Tag auf dem ASCO-Meeting, siehe die Diskussionsforen auf Myeloma Beacon. Die Myelomvorträge dieses Tages werden auch in einem Update-Artikel zusammengefasst. Zusätzliche Berichte über die Hauptthemen werden im Laufe der Woche veröffentlicht.

Englisches Original: ASCO 2011 Multiple Myeloma Update – Day 3 Part 2

© Light Knowledge Resources