



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

Die Rolle der Stammzelltransplantation beim multiplen Myelom (ASCO 2012)

Von Virginia Li, übersetzt von Sabine Schock, APMM

Während des zweiten Tages der Jahresversammlung der amerikanischen Gesellschaft für klinische Onkologie (ASCO) in Chicago im Juni dieses Jahres hat Dr. Amrita Krishnan vom City of Hope National Medical Center in Duarte, Kalifornien, einen Vortrag über den aktuellen Stand der Stammzelltransplantation bei der Behandlung des multiplen Myeloms gehalten.

Dr. Krishnan leitete ihren Vortrag mit der Bemerkung ein, dass in den Vereinigten Staaten Myelompatienten die größte Gruppe an Krebspatienten sind, die eine Stammzelltransplantation erhalten.

Die autologe Stammzelltransplantation ist ein Verfahren, bei dem Stammzellen von einem Patienten vor einer Hochdosischemotherapie gesammelt und später in den Körper des Patienten zurückinfundiert werden, um die Zellen zu ersetzen, die während der Chemotherapie zerstört wurden.

Autologe Stammzelltransplantationen sind die häufigsten Transplantationen, die bei Myelompatienten durchgeführt werden, und sie sind der Transplantationstyp, der im Allgemeinen bei der Diskussion über Transplantation und Myelom gemeint ist.

Anfängliche klinische Studien haben gezeigt, dass die Hochdosischemotherapie, gefolgt von einer Stammzelltransplantation, das Überleben bei Myelompatienten verbessert.

Jedoch hat Dr. Krishnan während ihres Vortrages darauf hingewiesen, dass diese Studien durchgeführt wurden, bevor die neuen Substanzen wie Revlimid (Lenalidomid), Thalidomid und Velcade (Bortezomib) für die Myelombehandlung verfügbar waren. Im letzten Jahrzehnt hat die Einführung dieser Substanzen zu einer weiteren Verbesserung im Überleben geführt.

In ihrem Vortrag hat Dr. Krishnan die Frage darauf gerichtet, wie man die Behandlung mit den neuen Substanzen in ein Therapiekonzept aufnimmt, dass die Stammzelltransplantation einschließt. Sie konzentrierte sich dabei auf die folgenden Fragen: Wann sollte eine Transplantation durchgeführt werden? Wie bestimmt man die Transplantationseignung? Welche Transplantations- und Posttransplantationstherapie eignet sich am besten für besondere Gruppen von Patienten?

Laut Dr. Krishnan besteht zurzeit keine Einigkeit darüber, wie viele Zyklen der einleitenden Therapie, auch Induktionstherapie genannt, ein Patient vor dem Erhalt der Hochdosischemotherapie und der Stammzelltransplantation erhalten sollte. Sie wies darauf hin, dass vier Zyklen der Induktionstherapie zurzeit normal sind und minimale Nebenwirkungen und hohe Ansprechraten haben.

Darüber hinaus erwähnte Dr. Krishnan eine Studie, in der 75 Prozent der rezidierten Patienten, die eine Induktionstherapie mit Revlimid, Velcade und Dexamethason erhalten haben, bessere Ansprechraten nach sechs oder acht Zyklen der Induktionstherapie hatten. Frühere Ergebnisse von klinischen Studien weisen darauf hin, dass eine tiefere Remission vor einer Transplantation mit einem verbesserten progressionsfreien Überleben nach Transplantation verbunden ist.

Dr. Krishnan zitierte eine spanische Studie, die vor der Einführung der neuen Substanzen durchgeführt wurde, deren Ergebnisse zeigen, dass "Patienten, die eine komplette Remission vor der Transplantation erreichten, ein besseres ereignisfreies und Gesamtüberleben hatten als Patienten, die nur eine teilweise Remission erreichten," sagte Dr. Krishnan. "Das war noch nicht statistisch bedeutend, aber es gab eine Tendenz dahin."

Dr. Krishnan zufolge gibt es nicht genügend Daten darüber, ob ein Patient eine Transplantation direkt nach der ersten Runde Induktionstherapie erhalten sollte oder ob er bis zum Rezidiv warten und erst eine zweite Runde Induktionstherapie erhalten sollte.

Sie wies darauf hin, dass zurzeit eine klinische Studie durchgeführt wird, die früh durchgeführte und verzögerte Transplantationen bei neu diagnostizierten Patienten vergleicht, die eine Induktionstherapie mit Revlimid, Velcade und Dexamethason erhielten.

Die zweite Frage, die Dr. Krishnan in ihrem Vortrag besprach, bestand darin, wie man die Transplantationseignung bestimmt. Sie wies darauf hin, dass das mittlere Alter eines Myelompatienten ungefähr 70 Jahre beträgt, aber dass Stammzelltransplantation normalerweise für Patienten unter 65 Jahren vorgesehen sind.

Sie erklärte jedoch, dass "Eine Transplantation bei einem älteren Patienten in Betracht gezogen werden kann. Die Sterblichkeit kann mit einer angepassten Melphalandomie reduziert werden."

Neuere Forschungen haben gezeigt, dass das Alter nicht der alleinige Faktor für die Transplantationseignung sein sollte.

"Alter allein ist nicht ein absoluter Indikator [für eine Stammzelltransplantation]," erklärte Dr. Krishnan.

Faktoren wie Organfunktionen, andere Erkrankungen und eine geriatrische Bewertung sollten in Betracht gezogen werden, wenn man entscheidet, ob ein Patient für eine Transplantation in Frage kommt.

"Bei älteren Patienten sollten wir an die Gebrechlichkeit, Dinge wie Schwäche, Ausdauer, Gehgeschwindigkeit, Gewichtsabnahme und Komorbiditäten denken," fügte Dr. Krishnan hinzu.

Zuletzt besprach Dr. Krishnan die Behandlung von Hochrisiko-Patienten.

Myelompatienten mit risikoreichen chromosomalen Abnormalitäten — einschließlich der Translokation t (4,14), Translokation t (14,16), Deletion 13 oder Deletion 17 p — haben

normalerweise niedrige Remissionsraten bei den verfügbaren Induktionsbehandlungen und benötigen ein anderes Therapiekonzept.

Die Forschung konnte zeigen, dass eine Velcade-basierte Induktionstherapie besonders Patienten mit der Translokation t (4,14) nützt, aber für Patienten mit der Translokation 17p-ungenügend ist.

Dagegen hat eine andere Studie gezeigt, dass Patienten mit der 17p Translokation, die sowohl während der Induktionstherapie, als auch während der Erhaltungsperiode mit Velcade behandelt wurden, ein besseres progressionsfreies und Gesamtüberleben hatten als Patienten, die mit Vincristin, Doxorubicin und Dexamethason (VAD) behandelt wurden.

"Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass nicht nur die Induktion [die anfängliche Therapie], sondern die Dauer der Behandlung mit Bortezomib [Velcade] wichtig sein kann," sagte Dr. Krishnan.

Laut Dr. Krishnan kann eine Spender (allogene) Stammzelltransplantation auch für Patienten mit risikoreichem Myelom in Betracht gezogen werden. Jedoch wies Dr. Krishnan darauf hin, dass dieses Verfahren umstritten ist und dass klinische Studien widersprüchliche Ergebnisse bezüglich des potenziellen Vorteils einer allogenen gegenüber einer autologen Transplantation gezeigt haben.

Dr. Krishnan erwähnte, dass es zurzeit keinen Standard bezüglich der Post-transplantationstherapie gibt. Es gibt folgende Optionen: keine Therapie, eine zweite Transplantation, Erhaltungstherapie oder Konsolidierungstherapie, die aus einer zusätzlichen, (gewöhnlich intensiven) Therapie über einen im voraus bestimmten Zeitraum besteht.

Eine laufende Studie vergleicht die Vorteile der Konsolidierungstherapie gegenüber einer zweiten Transplantation oder Erhaltungstherapie.

Für weitere Informationen, siehe bitte den Artikel (pdf), den Dr. Krishnan auf Englisch als Anlage zu ihrem Vortrag geschrieben hat.

© [Light Knowledge Resources](#)