

## NEWSLETTER 2017/1

Liebe Patientinnen und Patienten,  
liebe Angehörige,

ergänzend zu den bereits auf unserer Homepage veröffentlichten Informationen zum ASH-Kongress im Dezember 2016<sup>1)</sup> haben wir Professor Einsele in Würzburg, gebeten, uns weitere Neuigkeiten auf den Weg zu geben zu Fragen wie :

- steigende Lebenserwartung oder sogar Heilung?
- Behandlung mit und ohne Stammzelltransplantation
- Behandlung im 2. oder 3. Rezidiv

Hier seine Antworten:

1. Die Hochdosistherapie und autologe Stammzelltransplantation ist nach wie vor Standard in der Therapie des Patienten mit multiplem Myelom bis zum 70 ggf. 75 Lebensjahr, falls er oder sie für eine Transplantation geeignet ist und keine erheblichen Störungen der Organfunktion aufweist.

Die Daten verdichten sich, dass eine autologe Stammzelltransplantation, insbesondere eine Doppeltransplantation, bei einem Teil der Patienten eine langfristige Tumorkontrolle ermöglicht.

Vor allem bei den Patienten, bei denen eine komplette Remission oder in Zukunft eine MRD Negativität, d.h. kein Nachweis von Tumorzellen auch mit empfindlichsten Methoden, erreicht werden kann, profitieren von der autologen Stammzelltransplantation mit einem langfristigen Tumorfrem-Überleben, sehr wahrscheinlich in einem Teil der Fälle auch Heilung. In mehreren großen Studien konnte gezeigt werden, dass bei Pati-

enten, die 11 – 15 Jahre nach Stammzelltransplantation immer noch krankheitsfrei sind, keine Rückfälle mehr auftreten.

2. Vor allem Daten aus Großbritannien unterstützen eine Lenalidomid Erhaltungstherapie sowohl beim älteren Patienten, z.B. mit Revlimid/Dexamethason bis zum Progress (v. a. bei Patienten die gut ansprechen) oder auch beim jüngeren Patienten mit 10 mg Lenalidomid Erhaltung nach autologer Stammzelltransplantation für mindestens 2 Jahre.

3. Die Immuntherapie wird beim Myelom immer mehr eingesetzt. Neben den bekannten Daten zum Elotuzumab, welche sich nochmals bestätigt haben, gibt es vor allem jetzt sehr spannende Daten zur Kombination zu Daratumumab mit Revlimid/Dexamethason oder Bortezomib/Dexamethason, die belegen, dass zukünftig wahrscheinlich Daratumumab sehr stark in der Zweitlinientherapie präsent sein wird. Auch bei den älteren Patienten, vor allem bei Patienten unter 75 Jahren, die für eine Transplantation nicht in Frage kommen oder eine solche nicht in Anspruch nehmen wollen, ist die Kombination der neuen Substanzen zu empfehlen.

Spannend waren die spanischen Daten mit VMP<sup>2)</sup> und RD<sup>3)</sup> im Wechsel oder auch die jetzt im Lancet publizierten Daten von Brian Durie<sup>4)</sup>, der gezeigt hat, dass VRD<sup>5)</sup> eine Überlegenheit in der Ansprechrate im progressionsfreien und im Gesamtüberleben im Vergleich zu RD bringt. Allerdings war die Neurotoxizität dieser Kombination auch höher. Aber vor allem Patienten mit ungünstigem Risikoprofil, Zytogenetik, Niereninsuffizienz oder extramedulärer Erkrankung sollten sicher die Kombination von VRD erhalten.

4. Die Therapiestrategie im 2. oder 3. Rückfall wird zunehmend schwieriger, da wir aber über immer effektivere Kombinationen verfügen und diese fast nie miteinander verglichen werden. Insgesamt sollte aber bei einem jüngeren Patienten im 2. oder 3. Rückfall eine 3er Kombination unter Einschluss von Substanzen, welche der Patient bisher noch nicht erhalten hat erfolgen Bsp: KRd, IxARd, Rd-Dara, VD-Dara, Rd-Elo<sup>6)</sup>.

Insbesondere bei Patienten, welche 2 oder 3 Jahre nach Stammzelltransplantation progressionsfrei waren, kann die autologe Stammzelltransplantation nochmals wiederholt werden. Bei jüngeren Patienten die einen aggressiven Rückfall haben, würde ich nach entsprechender Vortherapie mit einer 3er Kombination z. B. auch (Dara RD oder KRd), eine allogene Stammzelltransplantation diskutieren, insbesondere wenn ein komplett HLA gematchter Spender verfügbar ist.

Anmerkungen:

1) Link zu bisherigen Ergebnissen <https://www.myelom.org/diagnose-therapie/weiterfuehrende-informationen/neues-aus-der-medizin/2016/384-neues-vom-ash-2016> )

2) VMP: Velcade (Bortezomib) + Melphalan + Prednison

3) RD: Revlimid + Dexamethason

4) Eine Zusammenfassung der Ergebnisse, allerdings nur in Englisch finden Sie z.B. unter <http://www.ascopost.com/issues/january-25-2016/study-confirms-benefit-of-triplet-vs-doublet-in-newly-diagnosed-multiple-myeloma/>

5) VRD: Velcade (Bortezomib) + Revlimid + Dexamethason

6) K=Carfilzomib, Ixa= Ixazomib, Dara= Daratumumab, Elo=Elotuzumab

Unterstützen Sie unsere Arbeit, über jede Spende freuen wir uns.