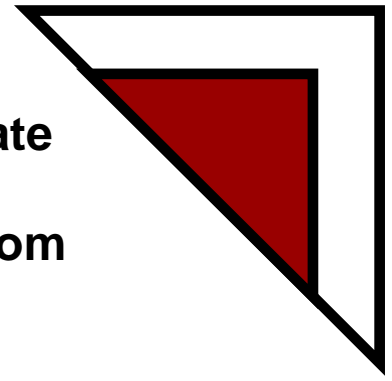




Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe

Bundesverband der Selbsthilfeorganisationen
zur Unterstützung von Erwachsenen mit
Leukämien und Lymphomen e.V.

Bisphosphonate beim Multiplen Myelom (2024)



Bisphosphonate beim Multiplen Myelom

Prof. Dr. Orhan Sezer (Autor der Erstauflage). Aktualisiert in 2024 durch PD Dr. Iris Breitzkreutz.

Beim Multiplen Myelom kommt es sehr häufig (d.h. in ca. 80 - 95% der Fälle) zu einer Knochenbeteiligung, ca. 60% der Patienten erleiden sog. Skelettereignisse. Diese umfassen pathologische Frakturen (Knochenbrüche, die unter normalen Umständen nicht auftreten würden), eine Kompression des Rückenmarks, die Notwendigkeit einer Bestrahlung oder Operation des Knochens und eine Erhöhung des Kalziumspiegels im Blut. Die durch die Knochenbeteiligung bedingten Schmerzen können die Lebensqualität der Patienten erheblich beeinträchtigen.

Bisphosphonate können myelombedingten Knochenkomplikationen vorbeugen bzw. sie reduzieren oder verzögern. Intravenöses Pamidronat und Zoledronat sowie Clodronat zur Einnahme als Tablette sind zugelassen. Es sind allerdings Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen, insbesondere im Hinblick auf Osteonekrosen des Kiefers [Knochenuntergang im Kieferknochen].

Bisphosphonate sollten bei Vorliegen von Osteolysen [Knochenherden mit Abbau von Knochen substanz] zur Anwendung kommen. Außerdem ist die Verabreichung von Bisphosphonaten bei Vorliegen einer myelombedingten erheblichen Verminderung der Knochen substanz sinnvoll, die wie eine „Osteoporose“ in Erscheinung treten kann. Bisphosphonate werden hingegen nicht zur Behandlung der „Monoklonalen Gammopathie Unbestimmter Signifikanz“ (MGUS), des Plasmozytoms oder des asymptomatischen Multiplen Myeloms empfohlen.

Bisphosphonate sollten 12 Monate alle vier Wochen, hiernach bei Ansprechen unter der Therapie alle drei Monate verabreicht werden. Über die langfristige Fortführung der Bisphosphonattherapie muss individuell entschieden werden. Hierbei spielt u.a. die erreichte Krankheitskontrolle eine Rolle. Bei einer Krankheitszunahme im Knochenbereich sollte die Bisphosphonattherapie fortgesetzt bzw. wieder aufgenommen werden.

Zur Darstellung des Skelettsystems ist die Ganzkörper-CT ohne Kontrastmittelgabe die Standarduntersuchung. Des Weiteren kann überlegt werden, eine Kernspintomographie (MRT) der Wirbelsäule durchzuführen. Die MRT ergänzt die erstgenannte Untersuchung, ersetzt sie jedoch nicht.

Eine intravenöse Bisphosphonattherapie wird in Europa zur Behandlung des Multiplen Myeloms am häufigsten eingesetzt. Eine Bisphosphonattherapie in Tablettenform kann unter anderem bei Patienten in Frage kommen, die für die Bisphosphonattherapie nicht ein Krankenhaus bzw. ein Versorgungszentrum aufsuchen können. Bei der Verabreichung von Bisphosphonaten als Tablette sollten Patienten auf besondere Vorgaben zur Vermeidung von Nebenwirkungen im Magen-Darm-Trakt wie Durchfall, Übelkeit und Bauchschmerzen achten (Einnahme auf nüchternen Magen eine Stunde vor oder zwei Stunden nach dem Essen mit Wasser - nicht mit Milch!). Die Patienten müssen darüber aufgeklärt werden, dass es für den Erfolg der Therapie notwendig ist,

das Bisphosphonat wie vorgegeben einzunehmen. Die intravenöse Gabe ist jedoch aufgrund der besseren Wirksamkeit, was neuere Daten belegen, zu bevorzugen.

Vorübergehende, so genannte Akute-Phase-Reaktionen, d.h. Entzündungsreaktionen mit grippeähnlichen Symptomen, wie Fieber, Übelkeit, Muskel und Gelenkschmerzen, können mit Paracetamol behandelt werden und sind kein Grund, mit der Therapie aufzuhören. Bei einer Bisphosphonattherapie ist die begleitende Einnahme von Kalzium und Vitamin D erforderlich, um einem Ungleichgewicht bei den Elektrolyten [Blutsalze wie Kalzium] vorzubeugen. Bei allen Patienten sollten die Nierenfunktionswerte, die Elektrolyte und das Albumin regelmäßig überprüft werden. Bei Patienten mit Nierenschädigung sollten nierenverträgliche Bisphosphonate verabreicht werden, deren Dosis entsprechend der Nierenfunktion vom behandelnden Arzt reduziert werden kann.

Patienten sollten vor Beginn einer Bisphosphonattherapie umfassend zahnärztlich untersucht und in optimaler Zahn- und Mundhygiene unterwiesen werden. Auffällige Befunde sollten zahnärztlich behandelt werden, bevor mit der Bisphosphonattherapie begonnen wird. Nach Beginn der Bisphosphonattherapie sollten invasive Eingriffe wie Zahnextraktionen möglichst vermieden werden, und mindestens halbjährlich sollte eine zahnärztliche Kontrolle erfolgen. Wenn zahnärztliche Eingriffe notwendig werden, sollte möglichst zahnerhaltend vorgegangen werden. Wichtig ist auch die Kommunikation zwischen dem behandelnden Zahnarzt und dem Onkologen. Wenn invasive Eingriffe wie Zahnextraktionen unumgänglich sind, sollte die Bisphosphonattherapie vier Wochen vorher unterbrochen und erst drei Monate nach der Zahnbehandlung und dem Abschluss der Wundheilung wieder aufgenommen werden. Es wurde gezeigt, dass diese einfachen Maßnahmen die Rate der Kieferosteonekrosen auf ein Viertel senken.

Bei Auftreten von Kieferosteonekrosen sollten diese möglichst schonend von erfahrenen Zahnärzten und / oder Kieferchirurgen behandelt werden (wie u.a. mit Antibiotika und Mundspülungen, gegebenenfalls mit schonenden Operationstechniken). Auch in diesem Fall sollte die Bisphosphonattherapie zwingend bis zur Abheilung unterbrochen werden. Die Entscheidung, ob mit einer Bisphosphonattherapie erneut begonnen werden kann, muss auf individueller Basis erfolgen.

Autorenkontakt

PD Dr. Iris Breitzkreutz, Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinische Klinik V, E-Mail: iris.breitzkreutz@med.uni-heidelberg.de