

Hämatologie/Onkologie im Dialog Meet the Expert: Das Multiple Myelom mit Prof. Goldschmidt

Fortbildungsveranstaltung
Johanniterkrankenhaus Bonn /Prof. Ko
30. November 2022



Dr. Franz-Josef Heidgen

Zentrum für Ambulante Hämatologie und Onkologie

Standort 53721 Siegburg, Humperdinckstr. 10-14

Fallvorstellung

- Aktuell 53-jähriger Patient
- 06/2001 ED eines Multiplen Myelom (Patientenalter zum Zeitpunkt der Diagnose 32 Jahre)
 - Typ IgG Kappa Stadium IIIA Durie und Salmon
 - Befall 8. und 12. Rippe rechts und Rippe rechts, kraniale Osteolysen
- Induktionstherapie: 4 x Idarubicin und Dexamethason;
- 11/2001 Hochdosis-CTX mit autologer PBSCT mit guter PR
- Im Anschluß Erhaltungstherapie mit Interferon

Fallvorstellung

- 07/2003 Rezidiv und hochdosierte Thalidomid-Therapie 800 mg/Tag mit einer im Laufe der Jahre einsetzenden kompletten Remission
- Zoledronat seit 2002 monatliche Gabe bis 2009, dann 3-monatliche Gabe bis 2018
- Seit 03/2010 schrittweise Reduktion der Thalidomid Dosierung auf 50 mg/Tag bei stabiler Remission aber zunehmender Polyneuropathie
- 2015 Wohnort- und Behandlerwechsel
- 10/2015 Nachweis multipler Osteolysen in nahezu allen Skelettanteilen ohne Nachweis einer pathologischen Fraktur und ohne Stabilitätsgefährdungen mit Randsklerosierungen
- laborchemisch weiterhin komplette Remission;
- Absetzen von Thalidomid bei schwerer Neuropathie 10/2017

Fallvorstellung

- 11/2019 erstmalig wieder V.a. Monoklonale Gammopathie in der IFE, V.a. BJ Paraproteinurie
 - IGA=105; IGG=1310; IGM=45
 - **Kappfr.S=25.9 mg/l +**; Lambfr.S=20.6 mg/l; QKL.S=1.26 Ratio;
 - **Kappfr.U=55.3 mg/l +**; Lambfr.u=3.46 mg/l; **QKL.U=16.0 Ratio +**
 - WBC = 4.4 10e3/æL, HGB = 14.9 g/dL, PLT = 215 10e3/æL

- 04/2021 Nachweis einer Monoklonalen Gammopathie und einer BJ-Paraproteinurie
 - IGA=111; **IGG=1540**; IGM=56
 - Kappfr.S=22.5 mg/l +; Lambfr.S=14.4 mg/l; QKL.S=1.56 Ratio;
 - **Kappfr.U=102.5 mg/l +**; Lambfr.u=7.36 mg/l +; **QKL.U=13.9 Ratio +**;
 - WBC = 4.1 10e3/æL, HGB = 14.7 g/dL, PLT = 230 10e3/æL

Fallvorstellung

- 02/2022 Anstieg der Parameter
 - IGA=85; **IGG=2310** +; IGM=44
 - **Kappfr.S=93.7 mg/l** +; Lambfr.S=16.4 mg/l; **QKL.S=5.71 Ratio** +;
 - **Kappfr.u=527.4 mg/l** +; Lambfr.u=10.02 mg/l +; **QKL.U=52.6 Ratio**
 - WBC = 5.7 $10^3/\mu\text{L}$, HGB = 15.1 g/dL, PLT = 209 $10^3/\mu\text{L}$
- 02/2022 Low dose Ganzkörper CT:
 - neuaufgetretene Auftreibung der 7. Rippe links bei ansonsten unveränderten Osteolysen

- 03/2022: KM-Punktion:
- KM-Histologie:
 - 10-prozentige Knochenmarkinfiltration durch das klinisch bekannte, reifzellige, multiple Myelom mit monoklonaler Leichtkettenexpression vom Typ K der Immunglobuline
- Zytogenetik:
 - in 57% der analysierten Kerne eine Trisomie 5p15/9q22 bei gleichzeitiger Tetrasomie 15q22
 - in 32% eine Trisomie 11q13 und
 - in 11% eine CKS1B- Amplifikation in **1q21** mit 3 Kopien
 - Beurteilung: Hyderdiploidie (günstig) 1q21 ungünstig

- 04/2022 Vorstellung Johanniterkrankenhaus:
 - Empfehlung einer Rezidivtherapie (4 x Daratumumab, Bortezomib und Dexamethason / DVD-Schema), anschließend eine erneute Stammzellmobilisation sowie nachfolgende Hochdosis-Chemotherapie mit Melphalan
- 04-07/2022: 4 Zyklen DVD bei guter Verträglichkeit
- 06/2022 Labor:
 - IGA=15 -; IGG=947; IGM=22 -
 - Kappfr.S=14.8 mg/l; Lambfr.S=7.3 mg/l; QKL.S=2.04 Ratio+
 - Kappfr.u=67.4 mg/l +; Lambfr.u=2.80 mg/l; QKL.U=24.1 Ratio +
 - WBC = 5.8 10e3/æL, HGB = 12.5 g/dL, PLT = 56 10e3/æL

Fallvorstellung

- 08/2022 Kontrolle KM-Biopsie mit Remission der Erkrankung und Mobilisierungs-Chemotherapie mit Cyclophosphamid
- 09/2022: Gedeckt perforierte Sigmadivertikulitis in der Leukopenie-Phase
 - Sepsis in Agranulozytose (6 d) durch E. coli und Pseudomonas aeruginosa
 - Kutane und subkutane septische Streuherde durch E. coli und Enterococcus faecium
 - Links renal und splenisch septisch-embolische Läsion
- Keine Stammzellsammlung
- In der Folge Erholung, aber noch reduzierter AZ, ^bei ambulanter WV noch im Rollstuhl sitzend

Neurologische Untersuchung 06/2022:

- Unsicherer Romberg Stehversuch, Zehen-Hackenstand nicht durchführbar
- MER lebhaft, ASR erloschen
- Fussheberparese bds, rechts betont
- Distal betonte sockenförmige Hypästhesie, bis über die Knie reichend, distale Pallanaesthesia
- Axonale sensomotorische Polyneuropathie mit noch normwertiger mNLG des N. tibialis bds, leicht progredient im Vergleich zur Voruntersuchung 01/2021

Fallvorstellung

- Weiteres Procedere?
 - Jahrelanger Verlauf eines smouldering myeloms, andererseits ungünstiges zytogenetisches Risiko
 - Wiederaufnahme APSCT?
 - Revlimidgabe bei jahrelang gutem Ansprechen auf Thalidomid? Neuropathie?
 - Kombinationstherapie?
 - z.B. Ixazomib, Lenalidomid, Dexamethason oder
 - Daratumumab, Lenalidomid, Dexamethason
- Wunsch des Patienten:
 - Lenalidomid