BULLETIN MULTIPLES MYELOM
INFORMATIONEN FÜR BETROFFENE –1– 2010

ASH 2009 – 51. Kongress der American Society of Hematology 5.-8. Dezember 2009, New Orleans

Autoren:

PD Dr. Kai Neben

Dr. med.
Marc-S. Raab,

Dr. med.
Jens Hillengass

Der 51. Kongress der Amerikanischen Gesellschaft für Hämatologie wurde vom 5. bis 8. Dezember 2009 in New Orleans abgehalten. Der ASH ist sicherlich der Höhepunkt der Kongresse zum Thema Hämatologie. Über 20‘000 Hämatologen/Onkologen aus aller Welt trafen sich auch dieses Jahr in den USA.

Zum Thema multiples Myelom und anderen Plasmazell-Erkrankungen wurden mehr als 400 Abstracts angenommen.

Wir sind sehr froh, Ihnen nachfolgend einen Kongressbericht von PD Dr. Kai Neben, Dr. med. Marc-S. Raab und Dr. med. Jens Hillengass zu präsentieren.

Dieses Jahr stand der Kongress ganz im Fokus des Multiplen Myeloms. Zeitweise fanden bis zu vier Veranstaltungen parallel statt, so dass es manchmal schwierig war, die richtige Wahl zu treffen. Insgesamt handelt es sich aber für Patienten mit einem Multiplen Myelom um eine erfreuliche Entwicklung, da sich zahlreiche viel versprechende neue Substanzen in

EDITORIAL

Ruth Bähler
Präsidentin der MKgS

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Wieder ist ein neues Jahr angebrochen. Dies ist ein Moment, um innezuhalten und in Gedanken und Bildern die hinter uns liegenden 12 Monate noch einmal vorbeiziehen zu lassen.

Wir alle haben Zeiten des Glücks und der Zufriedenheit erlebt, wenn es uns gut ging, wenn Therapien ansprachen und die Lebensqualität gut war. Wir mussten im Laufe dieses Jahres aber auch mit weniger guten Zeiten zurechtkommen, wenn uns Schmerzen quälten, wenn Krankheitssymptome wieder auftraten, die wir schon überwunden glaubten. Und wir mussten Abschied nehmen von Mitbetroffenen, die den Kampf gegen unsere Krankheit verloren haben.

Glück, Freude und Zufriedenheit liegen oft nahe bei Schmerz, Angst und Trauer. Das alles umfasst unser Leben mit dieser Krankheit.
Die Anteilnahme und das Interesse füreinander, die freundschaftliche Wärme, die wir uns gegenseitig geben, macht es für uns alle leichter, die Krankheit anzunehmen und damit – so gut es geht – zu leben, weiterzuleben. In den Selbsthilfegruppen bemühen wir uns, dieses Miteinander für Sie alle zu gestalten.

BULLETIN MULTIPLES

In dieser Ausgabe des Bulletins haben wir wieder einen bunten Mix von Themen zusammengestellt. Einen Bericht vom ASH 2009 in New Orleans, Informationen zur Misteltherapie und zur Bekämpfung von Neuropathien. Wir hoffen, Ihren Geschmack getroffen zu haben.

Ich danke Ihnen für Ihre Spenden, die für unsere Gruppenarbeit sehr wichtig sind. Ich danke auch unseren Sponsoren, Donatoren und Helfern die uns unterstützen und die Realisierung mancher unserer Projekte erst möglich machen. Mein Dank gilt aber auch allen Ärztinnen und Ärzten, und allen anderen Fachleuten aus dem Umfeld unserer Krankheit, die uns ihre Zeit schenken, sei es, um bei unseren Patientenseminaren oder Gruppentreffen als ReferentInnen oder für Patientenanfragen zur Verfügung zu stehen.

Ich wünsche Ihnen, Ihren Familien und Freunden ein glückliches Neues Jahr mit viel Gesundheit, Lebensfreude und Zufriedenheit!

Herzlich, Ihre

Ruth Bähler

der klinischen Entwicklung befinden.

Phase III Studien:

Als einer der „Best Abtracts“ wurde der Beitrag von Frau Mateos et al. (Abstract #3) ausgewählt. Im Rahmen der VISTA-Studie konnte bereits letztes Jahr die Überlegenheit einer Therapie mit Bortezomib/Melphalan/Prednison (VMP; „V“ steht für Velcade =Bortezomib) gegenüber Melphalan/Prednison (MP) gezeigt werden. Frau Mateos berichtete nun über eine Phase-III-Studie der spanischen Myelom-Gruppe, die der Frage nachging, mit welchen Kombinationspartnern Bortezomib die besten Ergebnisse erbringt: einem Alkylanz (Melphalan) oder einem Immunmodulator (Thalidomid). In der randomisierten Studie wurde das schon in der VISTA-Studie angewandte Therapieschema VMP (s.o.) mit der Kombination Bortezomib/Thalidomid/Prednison (VTP) verglichen. Eingeschlossen wurden 260 Patienten mit Multiplen Myelom. Bei Studieneinschluss mussten die Patienten älter als 65 Jahre sein und durften keine Vortherapien erhalten haben. Nach 6 Zyklen einer Therapie VMP bzw. VTP erfolgte eine zweite Randomisierung und es wurde bis zu 3 Jahre lang eine Erhaltungstherapie mit Bortezomib/Prednison (VP) bzw. Bortezomib/Thalidomid (VT) begonnen. Das beste Ergebnis wurde erzielt, wenn die Patienten zunächst mit 6 Zyklen VMP gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit VT behandelt wurden. Diese Patienten erzielten eine hohe Rate an kompletten Remissionen von 40%. Die Therapie stellte sich als gut verträglich heraus, die Rate an Polyneuropathien (Nervenschäden) vom Grad 3 und 4 war mit <10% tolerierbar, was darauf zurück geführt wurde, dass die Patienten im Gegensatz zur VISTA-Studie nur im 1. Zyklus VMP mit Bortezomib 2 x wöchentlich behandelt wurden (Zyklus 2-6: Bortezomib 1 x wöchentlich). Eine längere Nachbeobachtungszeit muss klären, ob das Gesamtüberleben durch eine Therapie mit 6 x MPV und anschliessender Erhaltungstherapie mit VT signifikant gebessert wird bevor es als neuer Standard betrachtet werden kann.

Herr Palumbo aus Italien stellte die Ergebnisse einer zweiten grossen Phase III Studie vor (MM 015 Studie mit 459 Patienten), in der der Stellenwert der Lenalidomid-haltigen Primärtherapie Melphalan/Prednison/Lenalidomid (MPR; „R“ steht für Revlimid = Lenalidomid) bei Patienten in einem Alter von ≥65 Jahren untersucht wurde (Abstract #613). Es handelt sich um eine 3-armige Studie (MP mit Plazebo-Erhaltungstherapie vs. MPR mit Plazebo-Erhaltungstherapie vs. MPR mit Lenalidomid-Erhaltungstherapie). Es stellte sich heraus, dass die MPR-Therapie gut und sicher durchzuführen ist. Als bester Behandlungsarm stellte sich MPR gefolgt von einer Lenalidomid-Erhaltungstherapie heraus (progressionsfreies Überleben: 13 Monate, Rate an kompletten Remissionen: 13%, bezüglich des Gesamtüberlebens gibt es in den 3 Behandlungsarmen noch keine Unterschiede). Es bleibt zu hoffen, dass die Studie nach einem längeren Follow-up zu einer Zulassung von Lenalidomid in der Primärtherapie führen wird, um älteren Patienten neben MPT oder MPV eine weitere Therapieoption anbieten zu können.

Stammzelltransplantation

Herr San-Miguel hat in seinem Übersichtvortrag auf die nach wie vor zentrale Bedeutung der Hochdosis-Chemotherapie mit Melphalan gefolgt von einer autologen Blutstammzelltransplantation für jüngere Patienten hingewiesen. Allerdings wird heutzutage kontrovers diskutiert, ob eine solche Transplantation Bestandteil einer Primärtherapie sein muss oder ob durch eine spätere Transplantation im 1. Rezidiv möglicherweise genauso gute Ergebnisse zu erzielen sind. Herr Kumar aus der Mayo Klinik zeigte anhand einer retrospektiven Auswertung, dass nach einer Primärtherapie mit Lenalidomid kein Unterschied in Hinblick auf das Gesamtüberleben nach einer frühen (im Rahmen der Primärtherapie) im Vergleich zu einer

späten (im 1. Rezidiv) nachzuweisen ist (Abstract #956).

Herr Goldschmidt aus Heidelberg stellte die Ergebnisse einer retrospektiven Analyse vor, in der die Bedeutung des Remissionsstatus unmittelbar vor der 1. Stammzelltransplantation bzw. 150 Tage nach der 1. Stammzelltransplantation in Hinblick auf das progressionsfreie Überleben und Gesamtüberleben untersucht wurde (Abstract #3400). In die Untersuchung gingen 994 Patienten ein, die zwischen Juni 1992 und Februar 2009 in Heidelberg autolog transplantiert worden waren. Für das gesamte Patientenkollektiv betrug das progressionsfreie Überleben 2,2 Jahre und das Gesamtüberleben 5,7 Jahre (von der Transplantation aus gerechnet). Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einer kompletten Remission nach der 1. Stammzelltransplantation ein um 35% besseres Gesamtüberleben haben. Eine besonders gute Prognose haben die Patienten, bei denen die komplette Remission mindestens 3 Jahre erhalten bleibt. Patienten, die innerhalb der ersten 3 Jahre nach Transplantation ein Rezidiv aus kompletter Remission entwickeln, haben eine besonders schlechte Prognose. Die Prognose dieser Patienten ist schlechter als die von den Patienten, die nie eine komplette Remission erreichen. Diese Ergebnisse legen nahe, dass Anschlusskonzepte wie eine Konsolidierungs- oder Erhaltungstherapie erforderlich sind, um die Prognose von Patienten nach Stammzelltransplantation weiter zu verbessern.

Herr Attal stellte die Ergebnisse der französischen IFM 2005-02 Studie vor, in der der Stellenwert einer Lenalidomid-Erhaltungstherapie nach autologer Stammzelltransplantation geprüft wurde (Abstract #529). Die Patienten erhielten nach der Stammzelltransplantation zunächst 2 Zyklen einer normal dosierten Lenalidomid-Therapie (25 mg täglich für 21 Tage, anschliessend 7 Tage Pause) im Rahmen einer Konsolidierungstherapie. Anschliessend wurde Lenalidomid in einer niedrigeren Dosis von 10-15 mg täglich als Erhaltungstherapie bis zum Progress verabreicht. Durch die Konsolidierungs- und Erhaltungstherapie konnten 15% aller Patienten ihren nach der Stammzelltransplantation erreichten Remissionsstatus verbessern. Dies wird sich langfristig möglicherweise in einem verbesserten Gesamtüberleben niederschlagen.

Zytogenetik:

Herr Avet Loiseau aus Frankreich untersuchte innerhalb der IFM 2005-01 Studie den Stellenwert einer Bortezomib-haltigen Induktionstherapie in Abhängigkeit von zytogenetischen Aberrationen (Veränderungen), die mittels Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH) untersucht wurden (Abstract #957). Seit einigen Jahren ist bekannt, dass Patienten mit einer Translokation t(4;14) oder Deletion 17p eine schlechtere Prognose haben, wenn sie mit konventioneller Chemotherapie und Hochdosis-Chemotherapie behandelt werden. Im Rahmen der französischen Studie erhielt die eine Hälfte der Patienten eine Induktionstherapie mit VAD (Vincristin/Adriamycin/Dexamethason), während die andere Hälfte mit 4 Zyklen Bortezomib und Dexamethason behandelt wurde. Anschliessend erhielten alle Patienten unabhängig von der Vortherapie 2 Zyklen einer Hochdosis-Chemotherapie mit Melphalan gefolgt von einer autologen Blutstammzelltransplantation. Es stellte sich heraus, dass Bortezomib zu einem Teil in der Lage ist, die Prognose von Patienten mit einer t(4;14) zu verbessern, nicht aber die Prognose für Patienten mit einer Deletion 17p. Diese Beobachtung steht im Gegensatz zu den ersten Ergebnissen der VISTA-Studie, in der das progressionsfreie Überleben und das Gesamtüberleben unabhängig von zytogenetischen Hochrisikoaberrationen war. Es wurde daher diskutiert, ob Patienten mit einer Translokation t(4;14) bzw. Deletion 17p mit mehr als nur 4 Zyklen Bortezomib-haltiger Primärtherapie behandelt werden sollten.

Herr Avet-Loiseau stellte stellvertretend für die International Myeloma Working Group (IMWG) noch eine weitere Studie vor, in der es um die prognostische Bedeutung von chromosomalen Aberrationen in Abhängigkeit vom ISS-Score (ISS = International Staging System: Stadieneinteilung in Abhängigkeit von Beta2-Mikroglobulin und Albumin) ging (Abstract #732). Es wurde ein grosses Patientenkollektiv von 9857 Patienten untersucht. Die Daten stammen aus 17 internationalen Zentren. Die Ergebnisse zeigen, dass man das progressionsfreie Überleben und Gesamtüberleben sehr gut prognostizieren kann, wenn der ISS-Score mit den beiden zytogenetischen Hochrisikoaberrationen Translokation t(4;14) und Deletion 17p kombiniert wird. Momentan wird an einer Risikoklassifikation gearbeitet, die sich aus diesen Variablen zusammensetzt und in Zukunft eine Verbesserung gegenüber dem alleinigen ISS-Score bedeuten könnte.

Neue Substanzen:

Thalidomid, Lenalidomid und Bortezomib wurden lange Zeit als „Neue Substanzen“ bezeichnet, mittlerweilen sind sie jedoch bereits zugelassen. Weiterhin werden sie zunehmend als etablierter Partner für Kombinationen mit den tatsächlich NEUEN Wirkstoffen eingesetzt, die nun aus den Laboratorien in die klinische Prüfung drängen. Unter diesen, letztgenannten Substanzen fielen dieses Jahr insbesondere Ergebnisse zu Carfilzomib, Pomalidomid, Temsirolimus und Elotuzumab auf.

Carfilzomib, ein neuer Proteasomen-Inhibitor der 2. Generation, hatte bereits als Einzelsubstanz und in Kombination mit Dexamethason eine bemerkenswerte Wirkung gezeigt. Nun berichtete Ruben Niesvitzky von einer Studie des Multiple Myeloma Research Consortiums (MMRC), die eine Kombination von Carfilzomib mit Lenalidomid und niedrig dosiertem Dexamethason untersuchte (Abstract #304). Diese Phase-I-Studie sollte zunächst die beste verträgliche Dosie-

rung herausfinden und erste Eindrücke über Ansprechraten bei Patienten mit 1-3 vorherigen unterschiedlichen Therapien geben. Anhand der ersten 26 auswertbaren Patientenverläufe zeigte sich, dass selbst die volle Dosierung von Lenalidomid (25mg an 21 von 28 Tagen) zusammen mit 20 mg/m^2 Carfilzomib noch keine unakzeptablen Nebenwirkungen verursachte. Entsprechend werden derzeit noch höhere Dosierungen von Carfilzomib untersucht. Erfreulicherweise konnte jedoch bereits mit der bisherigen Behandlungsform eine eindrückliche Ansprechrate erzielt werden (mindestens PR (PR = partielle Remission): 55%). Im Gegensatz zu Bortezomib scheint dieser Proteasomen-Inhibitor keine Nervenschädigungen zu verursachen. Aufgrund der ermutigenden Ergebnisse ist nun eine grosse Phase-III-Studie mit dieser Wirkstoffkombination geplant, die auch in Deutschland durchgeführt werden wird.

Pomalidomid, eine sog. immunmodulatorische Substanz (wie z.B. Thalidomid und Lenalidomid), hat bereits seine Wirksamkeit in Kombination mit Dexamethason bei rezidivierten Patienten bewiesen (Lacy M. et al, JCO 2009). Aktuell präsentierte die Gruppe der Mayo Clinic eine neue Studie (Abstract #429), die ausschliesslich Patienten enthielt, die zuvor auf Lenalidomid nicht mehr angesprochen hatten. Trotz dieser anspruchsvollen Vorbedingungen konnte in 79% der Patienten zumindest eine Stabilisierung des Krankheitsverlaufes erzielt werden, in 26% aller Patienten sogar eine partielle Remission. Die Nebenwirkungen waren überwiegend ähnlich zu Lenalidomid mit Knochenmarksuppression und einem geringen Anteil an Nervenschäden.

Temsirolimus ist eine Substanz aus der Gruppe der sog. mTOR-Inhibitoren, die in letzter Zeit insbesondere bei bestimmten Formen des Non-Hodgkin-Lymphoms für gute Behandlungsergebnisse sorgen. Die klinische Untersuchung bei Patienten mit Multiplen Myelom, unter Leitung der Mitarbeiter des Dana-Farber Cancer Institutes in Boston, umfasst derzeit 19 Patienten mit ausgeprägter Vortherapie von durchschnittlich 4 Therapien. In dieser stark vorbehandelten Patientengruppe konnte ein zumindest leichter Rückgang der Krankheitsaktivität bei 15 (79%) Studienteilnehmern und eine PR bei knapp der Hälfte (49%) aller Patienten erzielt werden. Bzgl. der Nebenwirkungen stand die hämatologische Toxizität im Vordergrund mit Blutarmut und Leukopenie sowie Thrombozytopenie.

Mit **Elotuzumab,** einem humanisierten Antikörper gegen CS-1, stellt sich nun auch eine immuntherapeutische Substanz der Evaluation beim Multiplen Myelom. Dieser Antikörper ist gegen das Oberflächenmolekül CS-1 gerichtet, das auf Myelomzellen in grosser Menge vorhanden ist und in anderen Gewebetypen kaum oder überhaupt nicht zu finden ist. Ähnlich dem bei B-Zellerkrankungen sehr erfolgreichen Rituximab wird es wöchentlich als Infusion verabreicht. Herr Lonial aus Atlanta berichtete über die ersten Ergebnisse von Elotuzumab in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason in einer Phase-I-Studie mit Patienten nach durchschnittlich 3 vorangegangenen Therapielinien (Abstract #432). Diese Kombination konnte in dieser Patientengruppe mit intensiv vorbehandelter Erkrankung eine äusserst beeindruckende Rate an (mindestens) partiellen Remissionen von über 80% erreichen. Die Nebenwirkungen über die gesamte Behandlung hinweg erscheinen überwiegend durch Lenalidomid bedingt, während akute Komplikation während der Infusion des Antikörpers Elotuzumab durch vorbeugende Gabe von Begleitmedikamenten beherrschbar erschienen. Aufbauend auf diese vielversprechenden Daten ist nun eine Phase-II-Studie kurz vor der Eröffnung, die auch an wenigen Zentren in Deutschland aktiv sein wird.

Molekulares Monitoring

Seit Einführung von Bortezomib und Lenalidomid in die primäre Therapie des Multiplen Myeloms ist das Konzept der Konsolidierung nach Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation wieder in den Mittelpunkt gerückt. Eine Konsolidierungstherapie ist eine Kombination von Substanzen die als weiterer Schritt nach Abschluss der Hochdosistherapie angeschlossen wird. Das Ziel ist, die durch die vorangegangenen Therapieschritte erzielte Remission, weiter zu vertiefen, wenn möglich jenseits der bisherigen kompletten Remission. Dies wird dann als stringente oder auch molekulare Remission bezeichnet, abhängig vom Verfahren der Bestimmung. Einen solchen Ansatz hat auch die Gruppe um Herrn Ladetto aus Turin gewählt (Abstract #960), um mit einem PCR-basierten (PCR = Polymerase-Kettenreaktion) Verfahren die Grenze der Nachweisbarkeit von übrig gebliebenen Myelomzellen im Knochenmark weiter zu verfeinern. Hierdurch konnte er zeigen, dass 4 Zyklen Bortezomib, Thalidomid und Dexamethason nach mindestens sehr guter partieller Remission durch eine vorherige Hochdosistherapie und autologe Transplantation bei 6 von 39 Patienten eine molekulare Remission ermöglichten. Weiterhin erwies sich bereits ein Rückgang des Anteils von Myelomzellen im Knochenmark auf sehr niedrige, jedoch noch nachweisbare Werte als ein aussagekräftiger prognostischer Parameter für ein langes therapiefreies Intervall. Im Gegensatz hierzu bekamen Patienten trotz eines sehr guten Ansprechens auf die Therapie häufig ein frühes Rezidiv, wenn auf molekularer Ebene kein ausreichend tiefes Ansprechen zu verzeichnen war. Insgesamt stellen diese sensitiven (und aufwändigen) Methoden einen wertvollen Ansatz zur Beurteilung der Strategie einer Konsolidierung nach Hochdosistherapie dar. Ein ähnlicher Ansatz wird auch in der neuen multizentrischen Studie der GMMG Studiengruppe unter Leitung von Herrn Goldschmidt verfolgt und untersucht.

Bildgebung

Das Thema Bildgebung beim Multiplen Myelom im weiteren Sinne wurde

beim zurückliegenden Kongress nur in wenigen Beiträgen behandelt.

Die Studie einer griechischen Arbeitsgruppe untersuchte die prognostische Bedeutung der Verteilung von Myelomzellen im Knochenmark nachgewiesen durch Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie = MRT) bei 82 Patienten mit therapiepflichtigem Multiplem Myelom. Darüber hinaus wurde die Korrelation mit klinischen Parametern, Markern des Knochenstoffwechsels und der Blutgefässneubildung (Angiogenese) im Serum und Befunden der Knochenmark-Histologie berechnet. Es zeigten sich erhöhte Marker der Angiogenese insbesondere bei Myelompatienten, bei denen sich ein diffuser Befall des Knochenmarks im MRT zeigte. Patienten mit Auffälligkeiten im MRT zeigten erhöhte Marker des Knochenabbaus. Diffuse und gemischte Infiltrationsmuster waren mit einer höheren Plasmazellinfiltration des Knochenmarks und einem erhöhten ISS-Stadium vergesellschaftet. Von prognostischer Bedeutung waren bei der aktuellen Studie nur die MRT-Muster und der ISS-Score. Patienten mit unauffälligem MRT-Befund zeigten die längsten Überlebenszeiten. Die Autoren betonten in ihrer Arbeit die hohe prognostische Bedeutung der MRT bei Patienten mit Multiplem Myelom.

Die Autoren

PD Dr. Kai Neben
Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie am Universitätsklinikum Heidelberg

Dr. med. Marc-Steffen Raab
Leiter der „Innovativen Myelom-Therapie“ am Universitätsklinikum Heidelberg

Dr. med. Jens Hillengass
Leiter der Arbeitsgruppe „Bildgebung beim Multiplen Myelom“ am Universitätsklinikum Heidelberg

Wirkstoffe zur Bekämpfung von Neuropathien

Viele Patientinnen und Patienten mit Multiplem Myelom, welche eine Chemotherapie erhalten, leiden als Nebenwirkung der Therapie, unter Neuropathien. Diese sind sehr lästig und die Lebensqualität leidet.
Nachfolgend finden Sie interessante Informationen zu Wirkstoffen, welche die Neuropathien bekämpfen können.

Die folgenden Nahrungsergänzungsmittel wurden auf verschiedenen Patientenseminaren der International Myeloma Foundation empfohlen (2004 Ft. Lauderdale, Florida; 2006 Portland, Oregon; 2009 Minneapolis, Minnesota). Alle sollen zu Mahlzeiten genommen werden. Die Angaben unterschieden sich bei den Seminaren teilweise geringfügig.

Vitamin B6	50 mg zweimal pro Tag / 50 mg morgens und 100 mg abends
Vitamin B12	1 mg pro Tag
Vitamin E	600 mg pro Tag / 400 IE pro Tag
Alpha-Liponsäure	800 – 1800 mg pro Tag / 600 – 1000 mg pro Tag
Folsäure	1 – 2 mg pro Tag
Acetyl-L-Carnitin	500 mg zweimal pro Tag / maximal 2000 mg pro Tag
L-Glutamin	10 g pro Tag 1 Woche, dann 1 g dreimal pro Tag
Magnesium	250 mg zweimal pro Tag
Kalium	2 Teelöffel Apfelessig, Bananen, Orangen
Tonic Water	1Glas am Abend, weitere bei Krämpfen
Capsaicincreme	auf Finger, Zehen Füße einmal täglich auftragen
Kakaobutter	betroffene Bereiche zweimal täglich einreiben und leicht einmassieren

Darüber hinaus können vom Arzt Medikamente wie z.B. Gabapentin verschrieben werden. Bitte konsultieren Sie Ihren behandelnden Arzt, und fragen Sie ihn auch, ob die angegebenen Mengen an Zusatzstoffen für Sie persönlich richtig sind.
Quelle: pmm aktuell Dezember 2009; hrg. pmm NRW (Plasmozytom/Multiples Myelom Selbsthilfegruppe NRW e.V.)

Grundlagen der Anthroposophischen Medizin und Mistelbehandlung als prominentes Therapiebeispiel

Kurt Bodenmüller
Kommunikationsverantwortlicher Wissenschaftliches Sekretariat, Krebsliga Schweiz, kurt.bodenmueller@krebsliga.ch

Komplementärmedizinische Angebote entsprechen einem Bedürfnis vieler Schweizerinnen und Schweizer. Das Ergebnis der Volksabstimmung vom 17. Mai 2009 über die Komplementärmedizin mit 67% Ja-Stimmenden zeigte den Rückhalt in der Bevölkerung eindrücklich. Doch was sind die Gründe, weshalb gerade auch Patientinnen und Patienten mit Krebs diese Form der Medizin wünschen? In einer Umfrage von 1991 gaben 51% der Befragten an, selber einen Beitrag zu ihrem Genesungsprozess leisten zu wollen. Nur 7% führten als Motivationsgrund auf, von der Schulmedizin enttäuscht zu sein.

Ein Zweig der Komplementärmedizin

Zu Beginn ihres Referats hielt Dr. med. Ursula Wolf fest, dass die Komplementärmedizin – im Gegensatz zur Alternativmedizin – ergänzend zu den Therapiemöglichkeiten der klassischen Schulmedizin eingesetzt wird. Ein Grundsatz, den auch die Krebsliga vertritt. Ursula Wolf ist studierte Ärztin mit Facharzttitel FMH für Allgemeinmedizin und Fähigkeitsausweis Anthroposophische Medizin FMH. Sie ist Dozentin an der Kollegialen Instanz für Komplementärmedizin KIKOM der Universität Bern, wo sie die Abteilung Anthroposophische Medizin leitet. Die Anthroposophische Medizin ist eine komplementärmedizinische Richtung, deren Grundlagen auf die Arbeiten von Rudolf Steiner (1861–1925) zurückgehen. Sie setzt ein universitäres Medizinstudium voraus und folgt einem ähnlichen Vorgehen zum Erkenntnisgewinn wie die Schulmedizin: durch genaues

Beobachten Gesetzmässigkeiten zu finden. Anders als die Schulmedizin erweitert die Anthroposophische Medizin ihre Sicht auf die nicht-materiellen Bereiche des Menschen: das Lebendige, das Seelische und das Geistige.

Die vier Ebenen des Menschen
Konkret geht die Anthroposophische Medizin von einer Vier-Gliederung des Menschen aus. Die folgenden vier Ebenen stehen in reger Interaktion miteinander und beeinflussen sich gegenseitig:

Ebene	Eigenschaften	Lokalisation
Physischer Leib	Stabilität, Form	im ganzen Organismus verteilt
Lebensleib	Regeneration, Fortpflanzung	Schwerpunkt in Organen unterhalb des Zwerchfells
		und in Gliedmassen
Seelenleib	Gefühl, Instinkt, Bewusstsein	Schwerpunkt in Organen
		innerhalb des Brustkorbs
Ich-Organismus	Sprache, Denken, Ich-Bewusstsein	Schwerpunkt im Kopfbereich

Die Anthroposophische Medizin versucht, die Symptome eines Patienten bzw. einer Patientin den einzelnen Ebenen zuzuordnen, um zu verstehen, wo die Verschiebung des Gleichgewichts liegt. Basierend darauf ergibt sich dann die Therapie: Einerseits mit Medikamenten pflanzlichen, tierischen oder mineralischen Ursprungs, die durch Verdünnen oder Verschütteln potenziert werden können. Oder andererseits durch Behandlungen wie Musiktherapie, Malen, Sprachgestaltung, Plastizieren, Heileurythmie oder äussere Anwendungen (z.B. Massage).

Anwendung der Misteltherapie bei Krebs

Das bekannteste Arzneimittel der Anthroposophischen Medizin ist die Mistel. Die Therapie basiert auf Extrakten der weissberigen Mistel (Viscum album), die zumeist unter die Haut gespritzt werden. Präparat, Dosierung, Anwendungshäufigkeit und -dauer werden für jeden Patienten individuell bestimmt. Insbesondere aufgrund ihrer Analogien zu Tumoren (beides sind „Organismen“ mit einem Eigenleben, die einen «Wirt» für sich nutzen) werden Mistelpflanzen seit vielen Jahrzehnten bei Krebskranken angewendet – allerdings nur adjuvant, d.h. begleitend zu den schulmedizinischen Therapien. Grundsätzlich ist eine Misteltherapie bei allen Tumorarten und in allen Stadien der Krebserkrankung möglich.

Aktuelle Fakten und offene Fragen

Die bisher durchgeführten wissenschaftlichen Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit von Mistelpräparaten verleihen kein eindeutiges Bild. Die wichtigsten Erkenntnisse fasste Ursula Wolf wie folgt zusammen: Mistelextrakte können das Wachstum von Tumorzellen verlangsamen. Für eine Tumorremission reichen die verabreichten, sehr niedrigen Konzentrationen jedoch nicht aus. Eine Misteltherapie kann helfen, Lebensqualität, Allgemeinbefinden und Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Und sie vermag die Nebenwirkungen von Chemotherapien oder Bestrahlungen zu reduzieren. Für diese beiden Wirkungen, so Wolf, sei die wissenschaftliche Evidenz am besten. Mistelextrakte sind meist gut verträglich und sicher. Zu möglichen Nebenwirkungen zählen Malaise, Niedergeschlagenheit, Kopfschmerzen oder Schlafstörungen. Nicht bewiesen ist bisher, ob die Misteltherapie die Überlebenszeit der Patientinnen und Patienten verlängert. Weiterer Forschungsbedarf ist also angezeigt.

Die MKgS braucht Ihre Unterstützung

So wie wir für die Betroffenen da sind, so sind wir auch auf Ihre Unterstützung angewiesen um die vielfältigen Aufgaben der MKgS zu bewältigen. Zur Verstärkung im Vorstand und zur Unterstützung in administrativen Belangen sowie auch bei der Gestaltung unserer Bulletins, suchen wir eine oder einen Betroffene/n oder auch einen engagierten Angehörigen.
Ich gebe Ihnen gerne persönlich Auskunft über die Aufgaben und den zu erwartenden Aufwand. Sie erreichen mich telefonisch unter 061 701 57 19.
Ich freue mich auf Ihren Anruf.

Ihre Ruth Bähler

Myelom Kontaktgruppe Schweiz

Ansprechpartner der regionalen Selbsthilfegruppen

Basel
Ruth Bähler
Obesunneweg 9, 4144 Arlesheim
Tel.: 061 701 57 19

Bern
Fritz Maier,
Alpenstrasse 46, 3073 Gümligen,
Tel.: 031 951 10 55

Graubünden
Hansruedi Boller
Aegerta 49F, 7215 Fanas
Tel.: 079 407 56 23

St. Gallen
Rudolf Gamp
Geerackerweg 24, 8408 Winterthur
Tel.: 052 222 41 48

Zentralschweiz / Luzern
Helene Sigrist
Allmendstrasse 16, 6062 Wilen
Tel.: 041 666 29 92

Zürich
Heini Zingg
Löwenstrasse 15, 8400 Winterthur
Tel.: 052 222 47 31

BULLETIN MULTIPLES

MKgS

Myelom Kontaktgruppe Schweiz

Ruth Bähler
Präsidentin

Obesunneweg 9
4144 Arlesheim
Tel. 061 701 57 19

e-mail: r.u.baehler@bluewin.ch
www.multiples-myelom.ch
Spendenkonto: 90-754194-6

IMPRESSUM

Unterstützt durch einen Unrestricted Educational Grant der Janssen-Cilag AG und Novartis Pharma Schweiz AG.