

KLARTEXT

Experten-Sprechstunde
Montag, 18.09.2006, 19 – 21 Uhr

Antikörpertherapie: Lichtblick für Lymphompatienten

Experte:



Klinikum der Universität zu Köln
Priv.-Doz. Dr. med. Marcel Reiser
Klinik I für Innere Medizin
Joseph-Stelzmann-Str. 9
50924 Köln

Tel.: 0221 / 478 44 30

Fax: 0221 / 478 44 66

E-Mail: Marcel.Reiser@uni-koeln.de

Internet: <http://www.klinisches-studienzentrum.de/med1/>

<http://www.lymphome.de>

Klinikum der Universität zu Köln
Priv.-Doz. Dr. med. Marcel Reiser
Klinik I für Innere Medizin
Joseph-Stelzmann-Str. 9
50924 Köln

Tel.: 0221 / 478 44 30

Fax: 0221 / 478 44 66

E-Mail: Marcel.Reiser@uni-koeln.de

Internet: <http://www.klinisches-studienzentrum.de/med1/>

<http://www.lyphome.de>

Schwerpunkte

- Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
- Diagnostik und Therapie maligner Lymphome
- Antikörpertherapie
- Radioimmuntherapie
- Diagnostik und Therapie der Chronisch lymphatischen Leukämie (CLL)
- Durchführung klinischer Studien auf dem Gebiet der Hämatologie und Onkologie

Aktives Mitglied der Deutschen Studiengruppe hochmaligne NHL (DSHNHL)

Aktives Mitglied der Deutschen Studiengruppe niedrigmaligne NHL (GLSG)

Beginn der Sprechstunde auf der folgenden Seite:

PROTOKOLL

Antikörpertherapie: Lichtblick für Lymphompatienten

Mijas

Ist die Menge der Lymphome ausschlaggebend oder die Größe?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Die Größe der Lymphome kann ausschlaggebend sein, insbesondere, wenn die Lymphome größer 7,5 cm sind oder aufgrund ihrer Größe andere Organe beeinträchtigen. Grundsätzlich gilt jedoch, dass unterschieden werden muss zwischen aggressiven und niedrigmalignen Lymphomen.

Jöni

Meine Leistenlymphknoten sind seit 8 Wochen vergrößert und ich hatte eine Leukopenie. Meine Leukozyten schwanken ständig zwischen 2.5 und 4.8. Der Onkologe sagt, solange die Lymphknoten sich nicht vergrößern, (jetzt ca. 0,5 cm) bestünde kein Handlungsbedarf. Frage: Wie ist Ihre Meinung dazu und sollten noch weitere Untersuchungen eingeleitet werden? Wenn ja, welche?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Wichtig ist zu wissen, ob es sich um ein niedrigmalignes Lymphom handelt. Da Ihr Onkologe sagt, dass kein Handlungsbedarf besteht, gehe ich davon aus, dass es ein niedrigmalignes Lymphom ist. Dann ist eine diskrete Größenzunahme der Lymphknoten, wenn sie keine Beschwerden machen, in der Tat kein Grund eine Behandlung einzuleiten. Bei niedrigmalignen Non-Hodgkin-Lymphomen (NHL) besteht eine Therapienotwendigkeit, wenn eine deutliche Größenzunahme der Lymphknoten vorliegt, Allgemeinbeschwerden bestehen oder andere Organe beeinträchtigt werden.

anonym

Was ist ein schleichendes NHL? Was bedeutet das? Eine Verwandte von mir hat das jetzt und ich weiß überhaupt nicht, was das genau ist. Wird sie daran sterben?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Mit einem schleichenden NHL ist wahrscheinlich ein niedrigmalignes oder auch indolentes NHL gemeint. Das bedeutet, dass dieses Malignom nicht sehr aggressiv verläuft und bei vielen Patienten über viele Jahre nicht behandelt werden muss.

August06

Was weiß man über die Ursache des NHL (follikuläres Lymphom)? Haben hier chemische Substanzen für die Entstehung eine Bedeutung?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Leider ist über die Ursache der NHL wenig bekannt. Wir wissen sicher, dass radioaktive Strahlung für die Entstehung von NHL verantwortlich ist. Auch können bestimmte chemische Stoffe eine Entstehung begünstigen. Eine definitive Klärung dieser Frage wird von Studien erwartet, jedoch ist es derzeit zu früh, sich auf eine bestimmte Ursache für die Entstehung festzulegen.

Accord

Bin NHL folliculär erkrankt, mir wurden 6 x Chemo sowie 6 x Antikörper verordnet. Vor dem 3. Zyklus waren fast keine Lymphknoten mehr tastbar. Nach dem 6. Zyklus soll ich die Antikörper 2 Jahre alle 3 Monate weiter bekommen!! Habe schon von Behandlungen über den Zeitraum von 5 Jahren gelesen - was macht mehr Sinn! Welche Erfahrungen gibt es über die Antikörper schon über so einen langen Zeitraum?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Der Antikörper Mabthera ist soeben für die Erhaltungstherapie über zwei Jahre alle drei Monate eine Infusion zugelassen worden. Mehrere Studien konnten einen Überlebensvorteil für Patienten zeigen, die eine Erhaltungstherapie erhalten haben. Im Vergleich zu Patienten, die nur beobachtet wurden. Die Studien zeigten, dass Infektionen nicht häufiger während der Erhaltungstherapie auftreten. Studienergebnisse für einen Zeitraum länger als fünf Jahre sind mir nicht bekannt.

Johann

Ersetzt Rituximab eine Strahlentherapie?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Nein, das kann man so nicht sagen. Für niedrigmaligne Patienten gilt, dass in lokalisierten Stadien (ein oder zwei Lymphknotenregionen sind befallen) die alleinige Strahlentherapie nach wie vor Standard ist. Ob in dieser Situation eine zusätzliche Rituximab-Gabe sinnvoll ist, werden zukünftige klinische Studien prüfen. Bei aggressiven Lymphomen wird die Strahlentherapie heute angewandt, wenn nicht Lymphknotenareale befallen sind (Extranodal Befall) oder nach der Chemotherapie ein Restlymphom übrig geblieben ist sowie wenn das Lymphom vor Chemotherapie besonders groß war (größer 7,5 cm).

Petersen4

Was ist der Unterschied zwischen NHL und Leukämie?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Dieser Unterschied kann sehr fließend sein. Sehr aggressive NHL (lymphoblastische NHL) sind kaum von einer Leukämie abzugrenzen. Im Allgemeinen gilt, ist das Knochenmark zu mehr als 20 % durch das NHL befallen, spricht man definitionsgemäß von einer Leukämie. Sehr aggressive NHL werden daher auch wie Leukämien behandelt.

anonym

Was heißt eigentlich Überlebensvorteil bei folliculären NHL. Gibt es genauere Studien mit Erhaltungstherapie?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Überlebensvorteil bedeutet, dass in einer klinischen Studie gezeigt werden kann, dass Patienten mit einer Erhaltungstherapie statistisch gesehen länger leben, wie Patienten, die keine Erhaltungstherapie erhalten. Dieser Überlebensvorteil konnte auch für Patienten gezeigt werden, die im Rahmen einer klinischen Studie Chemotherapie in Kombination mit Antikörpertherapie erhalten haben. Andere Patienten erhielten als Vergleich Chemotherapie alleine. Auch hier zeigte sich ein Überlebensvorteil für Patienten mit der Kombination Antikörper- + Chemotherapie.

anonym

Am 27. Februar 2005 erkrankte mein 67-jähriger Vater an Darmkrebs. Es fand eine OP mit anschließender Chemotherapie statt. Ein Jahr war mein Vater beschwerdefrei. Anfang Mai

diesen Jahres wurde ein vergrößerter Lymphknoten im Hals entdeckt, der keinen Zusammenhang mit dem Darmkrebs haben soll. Nach mehreren Gewebeprobe war die Diagnose Krebs mit Namens Hodgkin. 1. Ist es tatsächlich möglich, dass der Hodgkinkrebs unabhängig von dem Darmkrebs entstanden ist? 2. Der Tumor ist Kirschkern groß. Er soll mit starker Chemo und Bestrahlung verkleinert werden. Könnte der Experte evtl. etwas zu den Heilungschancen sagen? 3. Es gibt ja unterschiedliche Chemotherapien, welche ist die beste? Gibt es alternative Therapien bzw. helfende und unterstützende Maßnahmen?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Dies ist sicherlich ein sehr ungewöhnlicher Fall aber trotzdem ist es möglich, dass zwei Krebsarten gleichzeitig auftreten oder in engem zeitlichem Zusammenhang. Ich empfehle dringend, dass die Gewebeprobe von einem Lymphopathologen (Referenzpathologen) zusätzlich begutachtet wird. Sollte sich die Diagnose Hodgkin-Lymphom bestätigen, ist es notwendig, eine genaue Ausbreitungsdiagnostik (Staging) durchzuführen. Sollte tatsächlich nur ein einziger Lymphknoten befallen sein, bestehen sehr gute Heilungschancen mit einer kombinierten Chemo- und Strahlentherapie, wie sie von der Hodgkin-Studiengruppe in Köln empfohlen wird.

Cassy

Mein Arzt hat bei mir erhöhte IgM-Werte (680) festgestellt in Verbindung mit einer hohen Blutsenkung (40/60). Was kann ich tun, um den Ausbruch eines Lymphoms hinauszuzögern oder zu verhindern. Ich habe gehört, durch Einnahme von das Immunsystem fördernder Stoffe könnten auch die bösartigen Plasmazellen unterstützt werden?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Aus Ihrer Frage wird leider nicht klar, ob Sie an einem Morbus Waldenström (NHL) oder einem Plasmozytom erkrankt sind. Grundsätzlich raten wir bei beiden Erkrankungen von der Einnahme immunstimulierender Substanzen ab. Beide Erkrankungen betreffen das Immunsystem und eine Immunstimulation kann daher den Ausbruch der Erkrankung beschleunigen.

anonym

Gibt es in Zukunft Alternativen zum Antikörper oder ist es auf lange Sicht das Beste? Gibt es neue Erkenntnisse?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Der Antikörper Mabthera hat erhebliche Fortschritte in der Behandlung der NHL erzielt. Es gibt Versuche, den Antikörper mit einer Strahlenquelle zu koppeln (Radioimmuntherapie). Dies scheint in bestimmten Fällen eine noch effektivere Therapie zu ermöglichen. Hier sind jedoch weitere klinische Studien notwendig. Darüber hinaus werden natürlich weitere Chemotherapeutika getestet, von denen man sich noch bessere Therapieergebnisse erhofft. Aufgrund der guten Erfahrungen mit dem Antikörper Mabthera kommt hier jedoch in der Regel eine Kombinationstherapie zur Anwendung (Chemo-Immuntherapie).

Camillo

Warum bekomme ich die Erhaltungstherapie mit Mabthera nur 2 Jahre begrenzt? Wäre ein längerer Zyklus nicht mit größerem Heilungserfolg verbunden? (Lymphdrüsenkrebs folliculär)

PD DR. MED. MARCEL REISER

Diese Frage kann zurzeit nicht beantwortet werden, da der Antikörper in den klinischen Studien über zwei Jahre eingesetzt wurde, erfolgte die Zulassung des Medikamentes auch für diesen Zeitraum. Es ist zurzeit nicht klar, ob eine längere Anwendung auch eine bessere Kontrolle der Erkrankung ermöglicht oder ob dann nicht Nebenwirkungen auftreten, die unter einer zweijährigen Therapie nicht beobachtet werden.

anonym

Bin 69 Jahre alt, im April diesen Jahres wurde eine CLL festgestellt. Die Leukozyten liegen bei ca.15500. Kann schon vorbeugend mit Medikamenten eingegriffen werden oder erst später mit Chemo?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Wenn die Leukozytenzahl das einzige Krankheitssymptom ist und somit eine CLL im Stadium Binet A vorliegt, ist die Standardempfehlung, keine Therapie durchzuführen. Vielmehr sollte der Patient regelmäßig kontrolliert und nur bei zusätzlichen Symptomen mit einer Chemotherapie begonnen werden. Es gibt jedoch zur Zeit Studien der deutschen Studiengruppe CLL, die prüfen, ob bei Vorliegen von Risikofaktoren eine sofortige Chemotherapie von Vorteil ist. Die Bestimmung dieser Risikofaktoren ist jedoch sehr aufwändig und teuer, so dass sie nach Möglichkeit nur im Rahmen von klinischen Studien durchgeführt werden sollte. Fragen Sie Ihren behandelnden Arzt, ob Sie in einer solche Studie eingeschlossen werden können.

Carstensen

Was ist schwerwiegender für einen ehemaligen Lymphompatienten – sich einer Grippeimpfung auszusetzen (wäre jetzt wieder dran im Herbst) oder Grippe zu bekommen?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Grundsätzlich raten wir zu einer Gripeschutzimpfung im Herbst, da bei Patienten, die bereits eine Chemotherapie erhalten haben, häufig eine gewisse Immunschwäche besteht. Eine Gripeschutzimpfung hat hier Vorteile und es bestehen keine medizinischen Bedenken, eine solche Impfung bei Lymphompatienten durchzuführen. Fraglich ist jedoch, ob eine Grippeimpfung bei Patienten mit aktiver Lymphomerkkrankung oder kurz nach einer durchgeführten Chemotherapie überhaupt wirksam ist. Für eine erfolgreiche Impfung ist nämlich ein relativ funktionierendes Immunsystem notwendig.

Afrika

Gibt es durch die Antikörpertherapie bei Patienten in jüngeren Jahren die Möglichkeit, die Erkrankung nicht nur zurückzudrängen, sondern auszuheilen?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Diese Frage ist schwierig zu beantworten und kommt auf die Diagnose an. Bei Patienten mit aggressiven Lymphomen wird durch die kombinierte Antikörper- + Chemotherapie die langfristige Heilungschance deutlich verbessert. Bei niedrigmalignen NHL werden die Therapieergebnisse durch die Kombination auch deutlich verbessert. Ob dabei auch eine langfristige Heilungschance besteht, kann zurzeit noch nicht beurteilt werden, da hier die Beobachtungszeiten noch zu kurz sind. Grundsätzlich gilt jedoch, dass auch nach einer kombinierten Chemo-Immun-Therapie mit Rückfällen der Erkrankung zu rechnen ist.

EURO

Wie sind die Erfahrungen mit Lymphomen im Gehirn? Mein Mann wurde Ende März operiert (NHL B-Zell, niedrig maligne) und bekam anschließend Hochdosis MTX nach Thiel. Der Tumor hat sein Gesichtsfeld stark eingeschränkt, außerdem leidet er erheblich unter Gleichgewichtsstörungen. Kann man davon ausgehen, dass sich diese Behinderungen bessern?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Bei der Therapie der Lymphome im Gehirn (primäre ZNS-NHL) konnte in den letzten Jahren auch ein erheblicher Fortschritt erzielt werden. Insbesondere durch die Anwendung

hochdosierter Chemotherapeutika, die in das Gehirn eindringen, zum Teil kombiniert mit Strahlentherapie, konnten die Heilungschancen verbessert werden. Leider kann man nicht mit Sicherheit sagen, ob sich die Beschwerden Ihres Mannes komplett zurückbilden. Dies ist abhängig davon, ob Teile des Gehirns durch den Lymphombefall geschädigt worden sind. Hier muss der Verlauf abgewartet werden und Besserung der Symptome sind auch noch nach Monaten zu erwarten.

B_Borkum

Ich bin auch an NHL erkrankt, bin im 3. Zyklus, weiß aber nicht genau was ich bekomme in der Zusammensetzung. Vor kurzem habe ich im Fernsehen einen Bericht gesehen über den Schauspieler Michael Lesch, der durch die Chemotherapie jetzt eine kaputte Hüfte hat. Was sind das für Substanzen, die den Knochen zersetzen. Passiert das auch an anderer Stelle, ist das eine häufige Nebenwirkung, kann ich dem entgegenwirken? Es gibt doch eine Behandlung bei der man länger symptomfrei bleibt. Das ist doch ein neueres Medikament, hat das auch solche Auswirkungen? Bin total beunruhigt. Bitte antworten Sie mir. Vielen Dank für Ihre Mühe.

PD DR. MED. MARCEL REISER

Die bei der Chemotherapie gegebenen Medikamente, insbesondere das Cortison, kann zu Veränderungen am Knochen führen. Insbesondere längere Cortisoneinnahmen können zu Hüftkopfnekrosen führen. Einen sicheren Schutz gibt es hier nicht. Werden nur wenige Chemotherapiezyklen gegeben, ist das Risiko nicht sehr hoch, eine solche Nebenwirkung zu erleiden. Inwieweit die prophylaktische Einnahme von Calcium und Vitamin D einer Hüftkopfnekrose entgegenwirken kann, bleibt unklar. Es wird zur Zeit routinemäßig nicht empfohlen, Calcium und Vitamin D zur Chemotherapie zu geben. Dies kann im Einzelfall jedoch vom behandelnden Arzt zusätzlich verordnet werden.

anonym

Was für Diagnostik ist erforderlich um NHL sicher zu diagnostizieren? Gibt es Standards?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Es gibt Standards zur sicheren Diagnose eines NHL. Insbesondere, wenn der Patient im Rahmen einer klinischen Studie behandelt wird, kann er sicher sein, dass Standards zur Diagnose eingehalten werden. Grundsätzlich gilt, dass zur sicheren Diagnose eine Gewebeprobe notwendig ist. Hier ist häufig die alleinige Punktion mit einer dünnen Nadel nicht ausreichend. Sicherer ist die komplette Entnahme eines Lymphknotens durch den Chirurgen. Hat der Pathologe die Diagnose NHL gestellt, wird im Rahmen einer klinischen Studie immer die Zweitbegutachtung durch einen Lymphom-Pathologen veranlasst. Zur Komplettierung der Diagnose gehört dann auch eine Ausbreitungsdiagnostik (Staging). Hier werden in der Regel Computertomographien (CT) von Hals, Brust und Bauch durchgeführt. Um einen NHL-Befall des Knochenmarks zu diagnostizieren, ist es notwendig, eine Knochenmarkbiopsie durchzuführen. Bei aggressiven Lymphomen ist es u. U. notwendig, zusätzlich eine Punktion des Nervenwassers durchzuführen. Ob zusätzliche Untersuchungen des Magens und des Darms durchgeführt werden müssen, entscheidet der Arzt nach der Form des NHLs, die vorliegt und nach den klinischen Symptomen.

Kllinck

Ich habe Rituximab (plus Chop) bekommen und möchte jetzt gern eine Reise machen. Bin ich anfälliger gegen Erkrankungen, die in Deutschland nicht auftauchen, also an die mein Körper nicht gewöhnt ist? Ich würde sehr gern endlich wieder einmal in der Türkei Urlaub machen, will aber auf keinen Fall ein Risiko eingehen. Mein behandelnder Arzt ist nicht begeistert von der Idee, ein Mitpatienten allerdings hat mir Mut gemacht, weil er das auch schon gemacht hat.

PD DR. MED. MARCEL REISER

Wenn Sie sich nach der Chemotherapie + Rituximab wieder erholt haben, insbesondere Ihre Blutwerte wieder normalisiert haben, spricht nichts gegen eine Reise in die Türkei. Es ist zwar richtig, dass nach durchgeführter Antikörpertherapie eine Immunschwäche besteht. Wir gehen jedoch davon aus, dass dies nicht mit einem erhöhten Risiko einhergeht, an schweren Infektionen zu erkranken.

anonym

Vor 4. Zyklus Chemo (NHL) wurde ein MRT durchgeführt. Lymphknoten fast weg, nur Milz unverändert groß, ist das normal?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Hierzu müsste man wissen, welches NHL vorliegt. Grundsätzlich gilt, dass mit einer Therapie sich auch die Milz wieder auf eine normale Größe zurückbilden sollte. Ist die Milz jedoch zu Beginn sehr groß, kann die Rückbildung u. U. mit Verzögerung eintreten und bei manchen Patienten u. U. auch keine Normalgröße erreicht werden. Ob dann noch eine Krankheitsaktivität vorliegt, ist u. U. schwierig zu entscheiden und manchmal auch nur im Verlauf zu beurteilen.

Richard

Ich habe eine CLL im Anfangsstadium (ca. 15000 Leukozyten) warum kann man nicht vorbeugend mit Medikamenten die Leukozyten niedrig halten. Das wäre doch sicherlich für den Patienten von Vorteil als später mit Chemo einzuschreiten.

PD DR. MED. MARCEL REISER

Diese Frage habe ich schon weiter oben beantwortet. Wir wissen nicht, ob es vorteilhaft ist, sofort mit einer Chemo zu beginnen. Dies wird jedoch in Studien geprüft, z. B. in der CLL 7-Studie der deutschen Studiengruppe CLL in Köln.

Biggo

Nach NHL (behandelt mit Chop und Bestrahlung, es gab damals noch keine Antikörpertherapie) habe ich vor einem Jahr nach 4 Jahren einen Rückfall erlitten. Dieser wurde erfolgreich behandelt mit 2 x Chop und 4 x Mabthera + orale Mittel, weil nach Ansicht des Arztes mehr Chops und Bestrahlung nicht tragbar gewesen wären. Jetzt (Alter 75) fürchte ich natürlich einen weiteren Rückfall. Was dann? Wäre Mabthera als Prophylaxe in meinem Fall angebracht?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Es ist leider nicht ganz klar, welche Histologie vorliegt. Wenn ein niedrigmalignes NHL vorliegt, kann Mabthera als Erhaltung eingesetzt werden. Es ist seit zwei Monaten genau für diesen Fall zugelassen. Empfohlen wird die Gabe von einer Infusion Mabthera alle drei Monate über zwei Jahre. Liegt jedoch ein aggressives Lymphom vor, kann zur Zeit die Gabe von Mabthera als Prophylaxe nicht empfohlen werden.

Bendiks

Kann es sein, dass zwei Pathologen an unterschiedlichen Instituten zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen und wie entstehen derart unterschiedliche Einschätzungen?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Ja, das kann leider sein. Grundsätzlich empfehlen wir die Einholung des Rates eines Lymphom-Pathologen. NHL sind relativ seltene Erkrankungen, die von den Pathologen nicht sehr häufig diagnostiziert werden müssen. Ein Lymphom-Pathologe hat deutlich mehr Erfahrung und verfügt über speziellere diagnostische Möglichkeiten. Manchmal ist jedoch die

Probe in einem schlechten Zustand oder nicht ausreichend groß, so dass selbst für den Spezialisten die Diagnose schwierig bleibt. Hier ist dann ggf. eine erneute Probenentnahme durch den Chirurgen notwendig.

Stoltenberg

Es gibt ja kaum noch einen ärztlichen Kongress oder irgendeine Äußerung von Krankenkassen oder Politikern in den Medien, wo es nicht um Qualitätsverbesserung oder evidence based medicine geht. Aus meiner Sicht ist da doch viel Geplapper bei, aber als ehemaliger NHL-Patient (2003) mache ich mir sehr viele Gedanken, ob dieses Gerede wirklich den Patienten dient. In der Regel soll so eher ein Mangel überdeckt werden. Ist für die Zukunft die Versorgung von NHL-Patienten auf höchstem Niveau wirklich noch gesichert mit all den Einschnitten und Reduzierungen, die es bereits gibt? Was sagt der wirklich ehrliche Experte dazu?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Ich glaube, dass die Versorgung von NHL-Patienten auf höchstem Niveau in Deutschland trotz aller Sparmaßnahmen gesichert ist. Dies ist auch der Arbeit der Studiengruppen niedrigmaligne und hochmaligne NHL zu verdanken. Durch die durchgeführten Studien konnten Ergebnisse erzielt werden, die eine Qualitätsverbesserung erzielt haben und die gerade eine starke Evidenz für den Einsatz auch teurer Medikamente gegeben hat. Dies hat dazu geführt, dass NHL-Patienten ein Anrecht auf den Einsatz dieser Medikamente haben, der ihnen meiner Meinung nach auch nicht mehr genommen werden kann.

Jule

Mein Vater ist an einem aggressiven NHL erkrankt. Wir wissen das erst seit einer Woche. Ich suche jetzt für ihn einen Spezialisten im Frankfurter Raum. Könnte Herr Dr. Reiser mir da evtl. weiterhelfen?

PD DR. MED. MARCEL REISER

In Frankfurt ist sicherlich die Uniklinik Abteilung Professor Hoelzer eine gute Adresse. Daneben gibt es aber auch mehrere niedergelassene Onkologen, die ein aggressives NHL entsprechend den Standards behandeln können.

sielaff

Würden Sie bei einem Marginalzonenlymphom nach sechsmaliger Gabe von CHOP-Therapie + acht Mal Rituximab eine Erhaltungstherapie mit Rituximab empfehlen? Welches sind die Risiken, bzw. Chancen?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Eine Erhaltungstherapie mit Rituximab ist zur Zeit nur im Rezidiv der Erkrankung zugelassen. Wenn es sich also um eine Erstbehandlung handelt und am Ende der Therapie eine komplette Remission (vollständige Rückbildung aller Krankheitssymptome) vorliegt, gibt es keinen Hinweis, dass eine Erhaltungstherapie mit Rituximab von Vorteil ist. Hier müssen erst Studienergebnisse zur Erhaltungstherapie mit Rituximab in der Erstbehandlung abgewartet werden.

BabsStefan

Sind gelegentliche Kopfschmerzen bei einer AML ein Hinweis auf zu wenig Hämoglobin?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Das ist so nicht zu beantworten. Grundsätzlich kann ein zu niedriger Hämoglobinwert auch Kopfschmerzsymptome bereiten. Hier können aber auch andere Ursachen vorliegen und das muss daher vom behandelnden Arzt beurteilt werden.

Dreckmann

Kann bei Verdacht auf MEN 1-Syndrom auch Leukämie entstehen?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Ob bei diesem Syndrom ein erhöhtes Leukämierisiko besteht, ist mir nicht bekannt. Hierzu müsste eine Literaturrecherche erfolgen.

sielaff

Es liegt keine Komplettremission vor, aber die Lymphome sind zurückgegangen. Nun hat mir mein behandelnder Arzt diese Therapie empfohlen.

PD DR. MED. MARCEL REISER

In diesem Fall kann eine Rituximab-Erhaltungstherapie durchgeführt werden. Dies entspricht zwar nicht der Zulassung für das Medikament, jedoch kann bei Restlymphomen davon ausgegangen werden, dass die Fortführung der Antikörpertherapie den Therapieerfolg verbessert. Bisher sind keine Nebenwirkungen einer verlängerten Antikörpertherapie bekannt. Grundsätzlich ist zwar davon auszugehen, dass unter der Erhaltungstherapie eine Immunschwäche besteht, dies führt jedoch nicht zu einer erhöhten Infektionsrate.

anonym

Was sind eigentlich die Symptome von NHL oder CLL? Woran merkt man, dass man das hat?

PD DR. MED. MARCEL REISER

NHL-Lymphome gehen in der Regel mit einer Vergrößerung von Lymphknoten einher. Bei aggressiven Lymphomen sind diese Vergrößerungen rasch fortschreitend, bei niedrigmalignen NHL u. U. über Jahre langsam fortschreitend. Neben den Lymphknotenstationen können aber auch andere Organe, der Knochen oder die Haut von einem NHL befallen werden. Dies führt in der Regel zu organspezifischen Symptomen. Bei vielen Patienten werden auch unspezifische Allgemeinsymptome wie Fieber, Nachtschweiß oder Gewichtsverlust von mehr als 10 % des Körpergewichts beobachtet. Grundsätzlich gilt, dass jede krankhafte Lymphknotenvergrößerung, die länger als vier Wochen besteht, durch eine Gewebeprobe abgeklärt werden sollte. Bei der CLL kann als einziges Symptom über viele Jahre eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen, speziell der Lymphozyten, beobachtet werden. Erst im weiteren Verlauf kommen dann Lymphknotenvergrößerungen oder eine Vergrößerung der Milz sowie eine Verschlechterung der peripheren Blutwerte (Hb, Thrombozyten) hinzu.

anonym

Hallo, ich hätte eine Frage zum Thema AML, an dem meine 49 jährige Schwägerin erkrankt ist. Sie hatte vor einem Jahr einen Hypophysentumor, der entfernt wurde. Kann ein Zusammenhang der Erkrankungen bestehen?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Dies erscheint mir sehr unwahrscheinlich, insbesondere, wenn es sich um einen gutartigen Hypophysentumor gehandelt hat und nur eine Operation durchgeführt wurde.

Becker

Bei meinem Vater (jetzt 65 J.) wurde im Juni 2004 Mantelzelllymphom Stadium 4 festgestellt. Er erhielt 6 x Bendamustin + Rituximab (Studie Dr. Rummel, Frankfurt). Letzte Gabe erfolgte im Dezember 2004. Am 01.03.05 erfolgte Stammzellentnahme - komplette Remission. Es wurde keine weitere Behandlung durchgeführt. Bei Kontrolluntersuchung letzte Woche

wurden im Halsbereich beim Sono erneut Lymphknotenvergrößerungen festgestellt. Welche Behandlung sollte nach neuesten Erkenntnissen nun erfolgen? Falls neue Erkenntnisse vorliegen, die in der Studie nicht berücksichtigt werden, sollte man dann aus der Studie aussteigen?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Leider ist klinisch von einem Rückfall (Rezidiv) der Erkrankung auszugehen. Ggf. muss hier eine erneute Sicherung des Rückfalls durch eine Gewebeprobe erfolgen. Dies wäre in dieser Situation durch eine Lymphknotenentnahme am Hals sicherlich leicht möglich. Ich würde in dieser Situation eine Hochdosistherapie empfehlen. Offensichtlich ist bereits nach Abschluss der Behandlung im Rahmen der Bendamustin-Studie eine Stammzellenentnahme erfolgt. Diese Stammzellen könnten im Anschluss an eine Hochdosistherapie zurücktransfundiert werden, um die Nebenwirkung der Hochdosistherapie abzumildern. Hier gibt es verschiedene Therapieprotokolle, die jedoch in der Regel stationär durchgeführt werden müssen.

Flender

Bin 68 Jahre alt. Bei mir wurde Anfang 2005 MDS festgestellt. Es wird nicht viel gemacht. Gegenwärtig beschränkt sich die Behandlung auf Bluttransfusionen. Ich komme damit einigermaßen zurecht. Warum wird nicht mehr gemacht? Liegt das an meinem Alter? Gibt es Heilung? Wie schnell entwickelt sich das weiter?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Bei einem MDS (Myelodysplastischen Syndrom) kommt es auf die Risikogruppen an. Aufgrund verschiedener Faktoren kann ein Risikoprofil erstellt werden. Liegt ein niedriges Risikoprofil vor, ist eine Behandlung mit Bluttransfusionen ausreichend. Wichtig ist jedoch, dass auf jeden Fall eine Spezialanalyse des Knochenmarks erfolgen sollte. Zum einen muss der Anteil der Blasten (unreife Vorläuferzellen) festgestellt werden, aber auch das Vorliegen von Chromosomenveränderungen untersucht werden. Bei speziellen Formen (Del (5q)) kann ein Therapieversuch mit Lenalidomide erfolgen. Außerdem sollte der Epo-Spiegel untersucht werden. Liegt dieser unter 200, kann ein Therapieversuch mit Epo erfolgen, um die Transfusionshäufigkeit zu verringern. Wichtig ist, dass Sie von einem Spezialisten (Hämatologen) behandelt werden, der sich mit der Therapie des MDS auskennt.

Axel

Was halten Sie von der MabCampat (Alemtuzumab)-Therapie und für welchen Patiententypus ist diese Therapie nach Ihrer Meinung geeignet?

PD DR. MED. MARCEL REISER

MabCampath ist für die Therapie der CLL zugelassen. Der Antikörper kann alleine oder in Kombination mit Chemotherapie eingesetzt werden. Insbesondere nach Versagen einer Standardtherapie und bei Patienten mit prognostisch ungünstigen Chromosomenveränderungen ist die MabCampath-Therapie sehr effektiv. Bei NHL-Patienten wird der Einsatz bei Patienten mit T-Zell-Lymphomen in klinischen Studien untersucht. Hier scheint eine Kombination mit Chop effektiv zu sein.

T_Lender

Seit Herbst 2005 habe ich CLL. Vor 4 Monaten habe ich zwei Bypässe bekommen. Kann ich trotzdem in eine Studie aufgenommen werden? Welche Auswirkungen hat die Herzoperation auf die CLL? Eine Behandlung ist bisher nicht nötig. Woran merke ich/mein Arzt wann eine Behandlung notwendig ist?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Wenn nach Ihrer Bypass-Operation keine Symptomatik am Herzen mehr besteht, können Sie in der Regel in eine klinische Studie aufgenommen werden. Die durchgeführte Herzoperation hat keine Auswirkungen auf die CLL. Allerdings sollte Ihr behandelnder Arzt darauf achten, dass im weiteren Verlauf der Hämoglobin-Gehalt des Blutes nicht deutlich abfallen sollte. Hier besteht die Gefahr, dass die Sauerstoffversorgung des Herzmuskels dann nicht mehr ausreicht. Ggf. ist bei Ihnen eine Therapienotwendigkeit früher gegeben als bei anderen Patienten. In der Regel wird über eine Behandlung der CLL nachgedacht, wenn der Hb unter 10 g/dl absinkt. Bei Patienten nach Bypass-Operationen können jedoch schon früher Beschwerden auftreten. Daher ist eine engmaschige Kontrolle Ihrer Blutwerte notwendig.

JürgenHeller

Ich habe TBC und Bronchoskopie gehabt. Nachts habe ich brennende und stechende Schmerzen. Ist das immer so, oder weil ich durch eine aggressive Non-Hodgkin-Lymphom-Erkrankung geschwächt bin?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Dies kann ich leider ohne weitere klinische Angaben und ohne Sie zu untersuchen nicht beantworten. Bitte fragen Sie Ihren behandelnden Arzt.

Hirte

Gibt es für Rituximab demnächst noch weitere Studien für die noch Teilnehmer gesucht werden? Wo müsste ich mich melden?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Ja, diese Studien gibt es. Sie können unter www.lymphome.de die Ansprechpartner der einzelnen Studiengruppen erfahren. Die Studienzentralen vermitteln Ihnen auch Ärzte in Ihrer Nähe, die an den klinischen Studien teilnehmen.

Lutz_Schalk

Stammzelltransplantation (7/2003). Aktuelle Probleme: Sehr schmerzhafte Hüftkopfzerstörung - bereits bestrahlt; Hb 8,6; kreatinin 3,5; bence jones plasmocytom; Alter 53. Gibt es dazu Erfahrungen? Was empfiehlt der Experte?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Hier gibt es verschiedene Behandlungsoptionen. Wichtig ist jedoch zu wissen, wie gut Sie auf die letzte Stammzelltransplantation angesprochen haben. Ich empfehle Ihnen, sich an einem Transplantationszentrum vorzustellen. Ggf. kann eine erneute Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation erfolgen. Aufgrund Ihres Alters sollte jedoch auch die Möglichkeit einer Fremdtransplantation mit Ihnen diskutiert werden. Wichtig ist jedoch, den genauen klinischen Verlauf zu kennen, um Ihnen eine genaue Therapieempfehlung zu geben.

Hobart

Gibt es eine Klinik, die im Besonderen spezialisiert ist auf die Behandlung von Non Hodgkin?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Ja, hier gibt es mehrere Zentren in Deutschland, die sich auf Therapie von NHL-Patienten spezialisiert haben. Das nächste Zentrum können Sie unter www.lymphome.de über die jeweilige Studienzentrale erfragen. Große Zentren sind u. a. Uni München, Uni Homburg, Uni Frankfurt und Uni Köln.

Michele

Ich bin 77 Jahre alt und habe in meinen Gliedmaßen schubweise Schmerzen. Gleichzeitig wurde bei einer Blutuntersuchung festgestellt, dass meine Leukozyten erhöht sind. Sind das nicht auch Symptome einer Leukämie?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Hierzu ist ein Differenzialblutbild und ggf. eine Spezialuntersuchung des Blutes notwendig. Eine Leukozytenerhöhung kann auch durch eine Entzündung verursacht werden. Dies kann Ihr behandelnder Arzt jedoch anhand der Art der Zellen feststellen, die bei Ihnen zu einer Vermehrung der Leukozyten geführt hat.

HolkB

Für welche Stadien ist eine Kombitherapie Chemo/Rituximab geeignet?

PD DR. MED. MARCEL REISER

Das kommt auf die Histologie an. Bei aggressiven Lymphomen ist die Kombitherapie sowohl in lokalisierten als in fortgeschrittenen Stadien angezeigt. Bei den niedrigmalignen NHL wird in lokalisierten Stadien aktuell nur eine Strahlentherapie empfohlen. Ob hier eine zusätzliche Rituximab-Gabe sinnvoll ist, ist Gegenstand zukünftiger Studien. Im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung ist jedoch die Kombi Chemo/Rituximab heute Standard.

PD DR. MED. MARCEL REISER

Ich danke allen Teilnehmern dieser Experten-Sprechstunde für die vielseitigen und interessanten Fragestellungen und hoffe, die Fragen zu Ihrer Zufriedenheit beantwortet zu haben. Unter www.lymphome.de finden Sie Ansprechpartner zu allen Formen der NHL. Die Studienzentralen können Ihnen auch jederzeit Experten in Ihrer Nähe vermitteln, die Sie kompetent betreuen können. Ich wünsche Ihnen allen einen schönen Abend!