

Hartnäckiger Rückenschmerz

Ist es womöglich ein multiples Myelom?

Klagt ein Patient über anhaltende starke Rückenschmerzen, sollten Sie auch an einen destruierenden Knochenprozess denken: das multiple Myelom. Mit einer konventionellen Röntgen-Aufnahme der Wirbelsäule lässt sich diese Erkrankung weder eindeutig nachweisen noch ausschließen. Dies gelingt nur mittels Laborparameter und eventuell einer Knochenmarkpunktion.

– Das multiple Myelom bzw. Plasmozytom gehört mit einer Inzidenz von fünf Fällen auf 100 000 Personen zu den seltenen hämatologischen Tumorerkrankungen. „Das Problem ist, dass es häufig erst spät diagnostiziert wird, weil es keine spezifischen Symptome gibt“, sagte Prof. Jakob R. Passweg, Universitätsspital in Basel. Unspezifische Initialsymptome sind Rücken- bzw. Skelettschmerzen, unklare Anämie und Verschlechterung des Allgemeinbefindens.

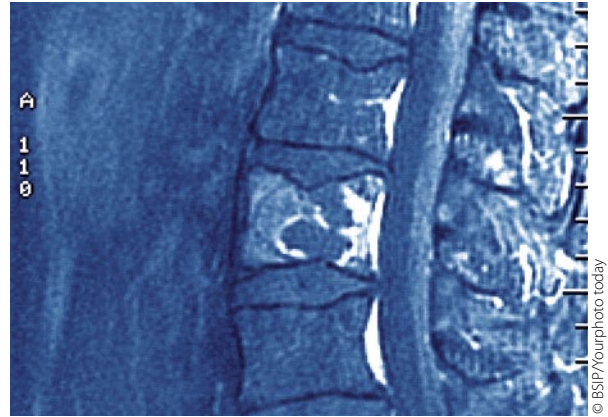
Vielfältige klinische Manifestationen

Zu den klinischen Manifestationen des Plasmozytoms zählen neben Osteolysen bzw. Frakturen eine Hyperkalzämie, Hyperviskosität, Niereninsuffizienz, Antikörpermangel sowie Autoimmunphänomene wie Neuropathie und Gerinnungsstörungen. In fortgeschrittenen Stadien kommt es zu Knochenmarksversagen mit Pancytopenie und zur Ablagerung von Amyloid in verschiedenen Organen mit sich daraus ergebenden Komplikationen wie Herzinsuffizienz oder exsudative Gastroenteropathie mit Durchfällen und Malabsorption.

Fahndung nach Paraprotein

Am Anfang der Diagnostik steht der Nachweis des Paraproteins. Doch nicht jede monoklonale Gammopathie in der Serumelektrophorese beweist ein multiples Myelom. Fehlen sonstige Hinweise für diese Erkrankung, spricht man von einer monoklonalen Gammopathie unklarer Signifikanz. Pro Jahr transformieren 1,5% dieser Patienten zu einem Plasmozytom; nach 25 Jahren sind ca. 30% an dem hämatologischen Tumor erkrankt.

Ist das Paraprotein (M-Protein) nachgewiesen und quantifiziert, müssen auch der Typ des Paraproteins mittels Immundefixation und die Immunglobuline quantitativ bestimmt werden. Überdies ist eine Urin-Elektrophorese nötig, um das Bence-Jones-Protein zu erfassen. Zusätzlich sollte nach freien Leichtketten im Blut gefahndet werden. „Der endgültige Nachweis der Erkrankung gelingt jedoch nur mittels Knochenmarkuntersuchung, um Plasmazellen nachzuwei-



MRT der Lendenwirbelsäule bei multiplem Myelom.

sen und die Knochenmarkfunktion zu beurteilen“, so Passweg.

Wann und wie behandeln?

Nicht jeder Patient mit der Diagnose multiples Myelom muss sofort behandelt werden. Indikationen für eine Therapie sind Hyperkalzämie, Niereninsuffizienz, Anämie und Osteolysen. Um Letztere zu erfassen und v. a. das Risiko einer Querschnittslähmung abzuschätzen, ist ein Skelettstatus mittels CT und/oder MRT (s. Abb.) unverzichtbar.

Während bei älteren Patienten im Allgemeinen nur eine Induktions-Chemotherapie in Frage kommt, steht für jüngere auch die Hochdosis-Therapie mit autologer Stammzelltransplantation zur Verfügung. „Vorteile der Hochdosis-Chemotherapie sind hohe Ansprechraten, niedrige behandlungsbedingte Mortalität, verlängertes progressionsfreies und Gesamtüberleben“, so Passweg. Als Kombinationspartner für Melphalan können Thalidomid und Bortezomib das progressionsfreie Überleben verlängern. „Bei allen Fortschritten, eine Heilung gibt es bisher nicht“, so Passweg. Doch bei rechtzeitiger Diagnostik und adäquater Therapie könne ein signifikanter Gewinn an Lebensqualität und Lebenszeit erreicht werden.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Quelle: medArt Basel, 18.6.1012

– Gefürchtete Notfallkomplikationen des multiplen Myeloms

- Eine plötzlich einsetzende Querschnittssymptomatik erfordert die sofortige Gabe von Dexamethason und eine chirurgische Dekompression.
- Bei Hyperkalzämie steht die Hydrierung mit 3–4 Liter NaCl täglich im Vordergrund bei gleichzeitiger intravenöser Gabe von Schleifendiatretika. Zusätzlich sollten hoch dosiert Glukokortikoide und möglichst rasch Bisphosphonate eingesetzt werden.
- Das Hyperviskositätssyndrom entwickelt sich meist schleichend mit Kopfschmerzen, Seh- und Konzentrationsstörungen. „Diagnoseweisend sind Veränderungen am Augenhintergrund“, so Passweg. Mit dieser Komplikation muss gerechnet werden, wenn das Serum-Gesamtprotein > 100 g/l beträgt. Therapeutisch empfiehlt sich neben der Hydrierung die Plasmapherese, alternativ ein notfallmäßiger Aderlass mit NaCl-Ersatz.