

In der aktuellen Ausgabe der «Schweizer Zeitschrift für Onkologie» mit dem Schwerpunktthema hämatologische Neoplasien werden Standards und Neuerungen für Diagnostik und Therapie bei AL-Amyloidose, Myelofibrose und dem Multiplen Myelom vorgestellt.

Bei allen genannten Erkrankungen führten in den letzten Jahren Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung zu einem besseren Krankheitsverständnis und in der Folge zur Entwicklung wirksamerer Medikamente oder Medikamentenkombinationen, welche bereits heute in der Klinik zum Einsatz kommen. Die Prognose der Patienten mit AL-Amyloidose, Myelofibrose und Multiplem Myelom hat sich dementsprechend deutlich verbessert.

## Besseres Krankheitsverständnis, wirksamere Therapien

Bei der AL-Amyloidose (Seite 6 ff.) ist die initiale Diagnostik und Risikostratifizierung entscheidend für die Therapiewahl. Unabhängig von der Eignung für eine Hochdosistherapie kann bei der Mehrzahl der Patienten mit AL-Amyloidose mit einer angepassten Behandlung eine hämatologische Remission erzielt werden. Dies ist die Voraussetzung für die angestrebte Rückbildung der Amyloid-Ablagerungen im Gewebe und somit der möglichen Organantwort. Auch bei ungenügendem Therapieansprechen oder Rezidiv gibt es heute Therapiemöglichkeiten.

Bei der Myelofibrose (Seite 14 ff.) berücksichtigen die prognostischen Scoring-Systeme die klinische Symptomatik, Blutwerte und genetische Befunde. Je nach Risikoprofil reicht die initiale Therapie von einer Verlaufsbeobachtung über eine medikamentöse Therapie bis zu einer allo-



genen Stammzelltransplantation. Die Mehrzahl der Patienten wird im Verlauf eine medikamentöse Therapie benötigen. Dabei wird meist der JAK1/2-Inhibitor Ruxolitinib eingesetzt. Neuere JAK-Inhibitoren sind eine Option nach Ruxolitinib-Versagen.

Die S3-Leitlinie für Diagnostik und Therapie des Multiplen Myeloms wurde kürzlich aktualisiert (Seite 20 ff.). Mit einer Kombinationstherapie entsprechend den aktuellen Empfehlungen kann ein medianes Ansprechen von etwa 5 Jahren erwartet werden. Die Mehrzahl der Patienten in der Praxis sind aber Patienten mit rezidivierter Erkrankung, welche ihre Erstlinientherapie erhielten, als die heutigen Kombinationstherapien noch nicht zur Verfügung standen, und bei denen wirksamere Substanzen erst im Rezidiv sequenziell eingesetzt wurden. Für diese Patienten bietet eine Therapie mit CAR-T-Zellen eine neue Behandlungsoption, welche ein häufigeres Ansprechen und eine längere Ansprechdauer als bisherige Therapien erzielt (ab Seite 23).

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.  
Michael Gregor