

## CAR-T-Zell-Therapie beim Multiplen Myelom: Weitere Chance nach mehreren Rezidiven

**Trotz großer Fortschritte in der Behandlung gibt es immer noch Patienten z.B. mit mehrfach rezidiviertem Multiplem Myelom (MM), deren Prognose nicht gut ist. Denn mit jeder weiteren Therapielinie sinkt die Überlebenswahrscheinlichkeit (OS) von median 68,3 Monaten bei First line-Therapie auf 14,7 Monate bei Beginn des vierten Regimes. Die CAR T-Zell-Therapie könnte in dieser Situation eine zusätzliche Option bieten.**

MM-Patienten werden in der Regel nacheinander mit immunmodulierenden Substanzen, monoklonalen Antikörpern und Proteaseinhibitoren behandelt. Sind alle drei Substanzklassen ausgeschöpft, verschlechtern sich die Aussichten. Dies hat die MAMMOTH-Studie gezeigt, erläuterte Prof. Dr. Xavier Leleu, Poitiers/Frankreich, in einem BMS-Symposium im Rahmen des 47. EBMT-Meetings und unterstrich damit den Medical Need für MM-Patienten im Rezidiv.

### [Expertengespräch: Update 2020 Diagnostik und Therapie des Multiplen Myeloms – DKG-Thesen 2020/2021](#)

Expertengespräch, Update 2020 Diagnostik und Therapie des Multiplen Myeloms – DKG-Thesen 2020/2021  
© David A Litman – stock.adobe.com

Im Rahmen des Annual Meetings der American Society of Hematology (ASH 2019) und des Europäischen Hämatologenkongresses (EHA 2020) diskutierten Experten die aktuellen Therapieempfehlungen für das Multiple Myelom (MM) und die vorherigen MM-Thesen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). Ziel des interdisziplinären Expertengesprächs war es, auf Basis der publizierten und der auf dem ASH/EHA präsentierten Daten sowie... Da das MM mit immunologischer Dysfunktion einhergeht, bieten innovative immuntherapeutische [Lesen Sie mehr!](#) Strategien wie z.B. bispezifische Antikörper oder Cereblon E3 Ligase-Modulatoren eine gute Perspektive, sagte Prof. Dr. Niels van de Donk, Amsterdam. Diese neue Substanzklasse unterscheidet sich von den bisherigen Immunmodulatoren.

Bei der CAR-T-Zell-Therapie (Chimärer Antigen-Rezeptor) wird der T-Zell-Rezeptor gentechnisch so verändert, dass die CAR-T-Zelle CD19-exprimierende Zellen erkennen und an sie binden kann. Dadurch werden Signalkaskaden aktiviert und zytotoxisch aktive T-Zellen treiben die gebundenen B-Lymphozyten in die Apoptose. Der praktische Ablauf der Therapie beginnt mit der Leukapherese, gefolgt von der Bearbeitung und Expansion der gewonnenen Zellen und schließlich der Rückinfusion der gentechnisch veränderten CAR T-Zellen.

Als vielversprechendes Ziel für CAR-Strategien bezeichnete Prof. Nikhil C. Munshi, Harvard/Boston, das B-Cell Maturation Antigen (BCMA), das eine Schlüsselrolle in der Reifung und Differenzierung von B-Zellen spielt und spezifisch von Plasmazellen und Myelomzellen exprimiert wird - und zwar von letzteren stärker. Erste klinische Erfahrungen mit BCMA CAR T-Zell-Therapie sind laut Prof. Munshi vielversprechend verlaufen.

Bisher wurden nur MM-Patienten zur CAR T-Zell-Therapie ausgewählt, die zuvor mindestens drei Behandlungsregimes erhalten hatten, darunter einen Proteaseinhibitor, eine immunmodulatorische Substanz

(ImiD) und einen anti-CD38 monoklonalen Antikörper. Das Alter der Patienten spielt für die Auswahl zur CAR T-Zell-Therapie im Unterschied zur Stammzelltransplantation eine untergeordnete Rolle, berichtete Prof. Leleu. Außerdem ist keine Induktionstherapie notwendig, und die Erholungszeit nach der Prozedur sei kürzer.

*Dr. Barbara Voll*

*Quelle: Industriesymposium: „Targeting the immune system in multiple myeloma: CAR T-cell therapy and beyond“ anlässlich des 47th Annual Meeting of the EBMT, 14. März 2021; Veranstalter: BMS/Celgene*