

ITP: Weniger Blutungsereignisse unter Romiplostim

Bei einer Immunthrombozytopenie (ITP), einer seltenen Autoimmunerkrankung, kommt es zu einer Abnahme der Thrombozytenzahlen und einem erhöhten Blutungsrisiko. Die Behandlung zielt darauf ab, die für die Betroffenen belastende, erhöhte Blutungsneigung dauerhaft zu verringern und, wenn möglich, eine dauerhafte Remission zu erreichen. Dafür ist in der Regel ein Algorithmus zur Therapiesequenz erforderlich, wie Experten anlässlich eines Symposiums von Amgen beim diesjährigen Jahreskongress der GTH (Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e. V.) in Bremen deutlich machten. In der Zweitlinienbehandlung der ITP hat Romiplostim (Nplate®)* einen hohen Stellenwert: Der Thrombopoetin-Rezeptoragonist (TRA) führte in Studien zu einem raschen Anstieg der Thrombozytenzahl und zu lang anhaltenden Remissionen auch nach Absetzen der Therapie (1).

Die Blutungsneigung bei einer ITP ist individuell sehr unterschiedlich und kann sogar gänzlich fehlen, wie PD Dr. Oliver Meyer, Berlin, erklärte: „Etwa 10% der Kinder und bis zu 30% der Erwachsenen mit ITP haben keine Blutungen.“ Weitere mögliche Symptome, die die Lebensqualität der Patienten erheblich beeinträchtigen, sind ein erhöhtes Infektionsrisiko, Eisenmangelanämie sowie Fatigue oder depressive Störungen.

Ausschlussdiagnose ITP

Die ITP ist eine Ausschlussdiagnose (2). Hilfreich sind neben basisdiagnostischen Maßnahmen wie Anamnese und körperlicher Untersuchung auch die Betrachtung der Thrombozytengröße, die bei ITP in der Regel normal ist. „Die Thrombozytenzahl sollte im frischen Blut direkt nach der Entnahme gemessen werden, um korrekte Werte zu bekommen“, konstatierte Prof. Dr. Carl-Erik Dempfle, Mannheim.

Kriterien für die Therapieentscheidung

Die Therapieentscheidung sollte sich neben der Blutungsneigung und der Thrombozytenzahl auch am Krankheitsstadium und -verlauf sowie an individuellen Faktoren wie z.B. Lebensumständen orientieren. „Schweregrad und Blutungsrisiko adäquat zu quantifizieren und zu objektivieren verlangt eine große praktische Erfahrung der Ärzte“, erläuterte PD Dr. Mario von Depka Prondzinski, Hannover. Bei fehlender bis leichter Blutungsneigung (WHO Grad 0-II) und Thrombozytenzahl $>20\text{-}30 \times 10^9/l$ ist „Watch and Wait“ eine Option; bei geringerer Thrombozytenzahl sind Steroide Mittel der ersten Wahl, so die einheitliche Empfehlung aktueller Leitlinien (2-4). Zum Einsatz kommen Prednisolon und Dexamethason, die als gleichwertig gelten. Mit Dexamethason könne aber häufig ein schnelleres Ansprechen erreicht werden, so Meyer (2, 5). Unter beiden Steroiden steigen die Thrombozyten initial meist rasch an, jedoch häufig ohne dass der Effekt dauerhaft ist. Bei Ansprechen der Thrombozytenzahlen sollte gemäß neuester Leitlinien der American Society of Hematology (ASH) und entsprechend den Empfehlungen einer internationalen Expertengruppe die Dauer der Steroidgabe 6 Wochen (inkl. Ausschleichen) nicht überschreiten. Wenn die Thrombozyten auf Steroide innerhalb von 2 Wochen nicht ansprechen, sollten diese über eine Woche rasch ausgeschlichen und gestoppt werden (3, 4). Über Nebenwirkungen der Steroidtherapie sind die Patienten sorgfältig aufzuklären; als vorbeugende Maßnahmen sollten zum Beispiel Ernährungsberatung und Sport erfolgen. Vor allem schwere Blutungsereignisse (WHO Grad III-IV) sind für ITP-Patienten besonders belastend und können sogar lebensbedrohlich sein. Hier werden für die Erstlinientherapie beispielsweise intravenöse Immunglobuline empfohlen, deren Wirkung aber meist relativ

schnell nachlässt.

Remission als mögliches Therapieziel

Für die Zweitlinientherapie bei persistierender oder chronischer ITP sind TRA die Behandlung der Wahl. In Deutschland ist mit Romiplostim seit mehr als 10 Jahren ein Medikament für chronische ITP-Patienten verfügbar, mit dem ein rascher Anstieg der Thrombozytenzahl und lang anhaltende Remissionen auch nach Absetzen der Therapie erreicht werden können (1, 8, 9). Die Splenektomie bleibt Patienten mit schweren Blutungen (WHO Grad III-IV) und/oder Versagen anderer Therapien vorbehalten und sollte frühestens im chronischen Stadium erfolgen. Zu beachten ist bei Splenektomie auch eine Mortalitätsrate von 1% (bei Laparotomie) beziehungsweise 0,2% (bei Laparoskopie) (6). Daneben kann es auch nach mehreren Jahren noch zu Komplikationen wie thromboembolischen oder kardiovaskulären Ereignissen kommen (3, 7).

* Fachinformation Nplate[®], Stand Januar 2018-423.

Quelle: Amgen

Literatur:

(1) Kuter DJ et al., *BJH* 2013; 161(3): 411.

(2) Matzdorff A et al. www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/immunthrombozytopenie-itp. Abgerufen am 27.02.2020.

(3) Neunert C et al., *Blood Adv* 2019; 3(23): 3829-3866.

(4) Provan D et al., *Blood Adv* 2019; 3(22): 3780-3817.

(5) Matschke J et al., *Acta Haematol* 2016; 136(2): 101-107.

(6) Kojouri K et al., *Blood* 2004; 104(9): 2623-34.

(7) Provan D et al., *Adv Ther* 2015; 32: 875-887.

(8) Chalmers S et Tarantino MD, *J Blood Med* 2015; 6: 37-44.

(9) Lozano ML et al. *Sci Rep.* 2019; 9(1): 16680.