

Vortrag von Herrn PD Dr. Rummel anlässlich des 15. Haarzell-Leukämie-Treffens am 5. Mai 2007 in Goslar

Die Krankheit „Haarzell-Leukämie“ ist eine langsam fortschreitende, bösartige Erkrankung der B-Lymphozyten. Sie wird zu den chronischen Leukämien bzw. zu den niedrig malignen Non-Hodgkin-Lymphomen gezählt.

Sie eine seltene Unterform, die manchmal „indolent“ auftritt, d.h. ohne daß der Patient über Schmerzen klagt. Aus diesem Grunde wird die Erkrankung manchmal durch Zufall entdeckt. Häufig haben die Patienten jedoch Krankheitssymptome wie Fieber, Müdigkeit, blaue Flecken oder auch Infektionen. Oft ist auch die Milz vergrößert.

Um die **Diagnose** bzw. den Ausprägungsgrad der Erkrankung festzustellen, müssen verschiedene Untersuchungen erfolgen: Blut- und Ultraschall, manchmal auch Computertomografie und immer eine Knochenmarkspunktion.

Bei dieser Untersuchung wird ein kleiner Stanzzylinder, den der Arzt dem Knochenmark entnimmt, von einem Pathologen in dünne Scheibchen aufgeschnitten und unter dem Mikroskop untersucht. In Deutschland gibt es 6 „Referenzpathologen“, die sich auf solche Untersuchungen spezialisiert haben. Der Hämatologe untersucht das Knochenmarksblut parallel mikroskopisch bei starker Vergrößerung und untersucht: Wie sehen die einzelnen Zellen aus? Ist die Blutbildung normal? Sind Haarzellen erkennbar?

Wir können die Haarzellen im Knochenmark sehen, im Blut sind sie eher weniger häufig zu erkennen. Häufig jedoch können wir das Knochenmarkblut nicht aus dem Knochenmark aspirieren, da dieses bei HZL-Patienten häufig „verknöchert“, also mit Bindegewebe durchsetzt ist. Ein erfahrener Arzt denkt in einem solchen Falle dann auch gleich an eine HZL.

Bei einer weiteren Spezialuntersuchung des Blutes oder des Knochenmarksblutes kann der Arzt feststellen, daß diese positiv für bestimmte immunologischen Marker sind. Den entscheidenden Beweis liefert der Marker CD 103, welcher aussagt: Das ist Haarzell-Leukämie!

Wie therapiert man die HZL? Früher wurde die Milz entfernt, heute macht man das sehr selten. Dann gibt es Interferon, das Sie evtl. selbst kennen. Nun, nach 1990, kamen die beiden Chemotherapeutika Cladribin und Pentostatin auf den deutschen Markt. Man hat damals mehr oder weniger per Zufall entdeckt, dass sie bei der HZL gut wirken.

Die Patienten haben von der Milzentfernung und Interferonbehandlung häufig gut profitiert. (Wir haben in früheren Jahren schon ausführlicher darüber berichtet).

In Deutschland bzw. in der ganzen Welt werden 2 Medikamente am meisten angewendet: Das Cladribin (2-CdA), so heißt der medikamentöse Wirkstoff, ein Medikament der Fa. Ortho-Biotech, früher Janssen-Cilag, ist seit 1993 zugelassen und zwar als Dauerinfusion für 7 Tage. Dies ist heute eine veraltet anmutende Dosierungsart, aber so ist nun mal die Zulassung formuliert, eine Änderung dieser Zulassung würde viele Untersuchungen erfordern und noch mehr Geld kosten.

Die Forschung hat dann andere Darreichungsformen untersucht und die volle Wirksamkeit für die subkutane Form, also die Spritze unter die Haut (z. B. Bauchdecke) entwickelt. So hat die europäische Zulassungsbehörde im Jahr 2004 das Medikament LITAK® in einer zeitgerechten und patientenfreundlichen Form zugelassen; dazu ist es so noch preiswerter.

Die Schweizer Pharmafirma Lipomed hat für die HZL-Patienten diese subkutane Form, die an 5 Tagen ambulant verabreicht wird, entwickelt.

In der größten Therapiestudie, einer Langzeitbeobachtung von 209 HZL-Patienten in den USA, wurde deutlich, dass die Behandlung mit Cladribin im Durchschnitt eine Remissionsdauer von 98 Monaten erzielt.

Individuell betrachtet gibt es Patienten mit nur 1 Monat Remission, die längste gemessene Zeit waren 172 Monate. Auch unter meinen Patienten haben manche vor 5-8 Jahren Cladribin bekommen und seither nie mehr. Andere Patienten kommen nach kurzer Zeit wieder. Das ist die Realität.

Nun möchte ich Ihnen einen Punkt aus unseren Studien näher erläutern: die **minimale Resterkrankung** bei HZL. Es wird derzeit allgemein empfohlen, einen Zyklus von LITAK bzw. Cladribin zu geben. Die von mir geleitete Studiengruppe StiL hinterfragt dies.

Tatsächlich gibt es nämlich Patienten, die nur kurze Zeit nach 2-CdA Ruhe haben.

Wir möchten im Rahmen unserer Studien untersuchen, ob diejenigen Patienten, die nach einem Zyklus mit 2-CdA noch Reste von Haarzellen im Knochenmark haben, also eine so genannte „minimale Resterkrankung“ aufweisen, von einem 2. Zyklus LITAK profitieren.

Überhaupt möchte ich die Gelegenheit nutzen, Ihnen meine „**Studiengruppe indolente Lymphome**“, **abgekürzt „STIL“** vorstellen: Zu dieser haben sich in Deutschland 70 niedergelassene Praxen, 40 Krankenhäuser und 12 Universitätskliniken, insgesamt also 122 teilnehmende Ärzte zusammengeschlossen. Über 750 Patienten wurden in den letzten 3 Jahren auf diese Weise in Studienprotokolle eingebracht.

Wie eben bereits erwähnt untersuchen wir im Bereich der Haarzell-Leukämie zwei Fragestellungen in zwei verschiedenen Studienprotokollen:

1. HZL in der Ersttherapie mit LITAK® (Cladribin subkutan). Die Frage lautet: Gibt man einen oder besser zwei Zyklen? Es wurden bisher 85 Patienten in dieser Studie behandelt.
2. HZL mit Rückfall oder HZL-Variante. Hier wird LITAK® (Cladribin subkutan) mit dem monoklonalen Antikörper Rituximab (Mabthera®) kombiniert, wir haben hier bisher 34 Patienten behandelt.

Die teilnehmenden Patienten bekommen also innerhalb des Studienprotokolls LITAK.

Der Therapieerfolg wird nach 6 Monaten mit allen gängigen Untersuchungsmethoden gemessen. Bei kompletter Rückbildung bleibt es bei dem einen Zyklus, wir beobachten den Patienten aber weiter. Wenn dieser aber nach 6 Monaten noch Reste von Haarzellen im Knochenmark hat (> 15%), erhält er einen weiteren Zyklus.

Wann wird behandelt? Auch das steht im Protokoll. Bei schlechten Blutwerten: Hb unter 10, Granulozyten unter 1000, Thrombozyten unter 80.000, nach häufigen Infektionen und vergrößerter Milz. Ob die Rückfallwahrscheinlichkeit mit einem 2. Zyklus gesenkt werden kann, können wir dann in einigen Jahren beantworten.

Das Protokoll für den Rückfall-Patienten und die HZL-Variante beinhaltet eine Kombination von LITAK (Cladribin subkutan) und Mabthera® (Rituximab). Die HZL-Variante ist eine schwierig zu erkennende Unterform der HZL. Sie ist sehr selten, nur 10% der HZL-Patienten haben die Variante.

Hier noch einige Bemerkungen zum Antikörper **Mabthera® (Rituximab)**:

Der deutsche Forscher und Nobelpreisträger Paul Ehrlich philosophierte einmal darüber, man müsse Medikamente erfinden, die wie „Zauberkekeln“ wirken und nur die bösartigen Krebszellen attackieren, aber sonst keine anderen sonst gesunden Zellen.

Solche Antikörper sind ca. 100 Jahre später entwickelt worden, einer davon ist Rituximab.

Er ist seit ca. 10 Jahren vorhanden und wurde zuerst gegen andere Non-Hodgkin-Lymphome eingesetzt. Erst seit kurzem weiß man, dass er auch gegen HZL wirkt.

Rituximab besteht aus einer Kombination von Mauseiweiß und menschlichem Eiweiß, bindet an das auf fast allen B-Zellen vorhandene CD20-Antigen und zerstört die bösartige Zelle.

Dieses Medikament ist für die HZL nicht zugelassen, das wird wahrscheinlich auch nie der Fall sein, denn allein der Antrag darauf würde den Hersteller bereits Millionen kosten.

Der vorgeschriebene bürokratische Aufwand für die Zulassung eines Medikamentes ist heutzutage enorm. So wird eine Sache manchmal nicht weiterentwickelt, weil die Kosten zu hoch sind. Der offiziellen Zulassung von Mabthera® (Rituximab) bei der Haarzell-Leukämie steht in diesem Falle die geringe Patientenzahl gegenüber. Diese wenigen Patienten würden die Kosten für die Zulassung nie wieder hereinbringen.

Ein Arzt ist jedoch nur dem Patienten und dem Heilerfolg verpflichtet!

Wenn er also weiß, dass ein Medikament hilft, muß er es geben, sonst macht er sich im Rechtsverhältnis zum Patienten strafbar. Andererseits weigert sich die Krankenkasse manchmal zu zahlen, wenn sie hört, dass mit einem nicht zugelassenen Medikament therapiert wurde. Dies ist ein Widerspruch unseres Gesundheitswesens!

Bei Rechtsstreitigkeiten gab es jedoch noch nie einen Arzt, der diesen verloren hätte, die Gerichte urteilen immer zu Gunsten des Patienten, wenn der Arzt ein nachweisbar wirksames Medikament eingesetzt hat.

Rituximab ist wirksam bei HZL und könnte bei einem Rückfall auch als Einzelsubstanz gegeben werden. Es wirkt jedoch in einer Kombination mit LITAK (Cladribin subkutan) deutlich besser als allein. Diese von meiner Studiengruppe gesammelten Daten werden nach Abschluss der Studie in einem anerkannten medizinischen Journal veröffentlicht werden.

Ich möchte noch einige Erläuterungen zum Thema „**Therapiestudien**“ abgeben:

Diese Aufgaben übernehmen meistens Ärzte an Universitätskliniken. Diese bilden nicht nur Studenten aus und behandeln Patienten, sondern betreiben auch aktive klinische Forschung. Dieses letzte Aufgabengebiet ist Bestandteil unserer Arbeitsverträge und manchmal ist es so, dass man sich berufen fühlt, auch Studien für seltene Erkrankungen ins Leben zu rufen. So war es bei mir, und deshalb kann ich Ihnen heute davon erzählen, und hoffe, Sie können von der Arbeit meiner Studiengruppe profitieren.

Studien sind wichtig und funktionieren folgendermaßen: Der Patient muß vor der Therapie in der Studienzentrale angemeldet werden. Natürlich muß er einverstanden sein, dass seine Therapiedaten in die Studienzentrale, also in diesem Falle nach Gießen weitergereicht werden. Selbstverständlich erfolgt die Weitergabe der Daten anonym. Auf dem Formular des Patienten stehen nur dessen Initialen, sein Geburtsdatum und das ihn behandelnde Krankenhaus, wenn er dort seine LITAK-Spritzen bekommt. Danach wird alles dokumentiert, was im Verlauf der Behandlung Gutes oder Schlechtes passiert. Ihr Arzt kann die Protokolle auf der Internet-Homepage www.stil-info.de einsehen, auch die beiden HZL-Protokolle. Jeder kann auch eine e-mail schreiben und mit der Studiengruppe in Verbindung treten.

Alles, was wir heute wissen, stammt aus Erkenntnissen früherer Studien. Wir wenden diese Erkenntnisse heute an oder haben aus möglichen früheren Misserfolgen gelernt.

Für den einzelnen Patienten, der sowieso eine Therapie machen muß, macht es großen Sinn, innerhalb einer solchen Studie behandelt zu werden, denn auf diese Weise erhält er die bestmögliche Betreuung und gibt uns Ärzten die Möglichkeit, Daten zu erfassen und auf diese Weise neue Erkenntnisse zu sammeln.

Den von uns erstellten Ratgeber, die HZL-Broschüre, haben Sie ja alle bekommen. Diese wird auch sicher aktualisiert werden, wenn neue Erkenntnisse gewonnen wurden, und dort finden Sie auch die nützlichen Adressen, um Kontakt aufzunehmen.

Fragen an Herrn Dr. Rummel:

Patient: Ich habe bereits 3 Therapien hinter mir, wenn ich irgendwann vielleicht Rituximab brauchen sollte, muß ich zuerst die Zustimmung der Krankenkasse haben?

Dr. Rummel: Wie ich schon sagte, ist der Arzt nur dem Patienten verpflichtet. Wenn Sie eine Krankenkasse fragen, wird diese die Therapie ablehnen, weil das Medikament nicht auf deren Liste zur Therapie der HZL steht. Wenn Ihr Arzt die Therapie einfach macht, wird nur in ca. 5-10% der Fälle die Krankenkasse nachgefragt. Ist dies der Fall, muss Ihr Arzt natürlich Stellung nehmen. Da es aber eine Studie gibt, in dessen Protokoll die Hintergründe für den Einsatz genau beschrieben werden, ist das für die meisten Krankenkassen eine akzeptable Begründung für die Therapie. So sind unsere Erfahrungen.

Patient: Wir haben schon viele Berichte über gute Erfolge mit 2-CdA gehört, dass danach die Blutwerte stimmen, so war das auch bei mir. Aber ich bin nicht mehr so leistungsfähig und werde sehr schnell müde. Wie kann ich das verbessern?

Dr. Rummel: Sie haben wohl ein so genanntes „Fatigue-Syndrom“. Damit meint man die Müdigkeit des Patienten nach einer Therapie gegen Krebs. Man fühlt sich nicht so leistungsfähig wie vorher, das kann leider Jahre dauern. Es gibt bisher kein Medikament dagegen, auf großen medizinischen Kongressen befaßt man sich aber mit diesem Problem.

Patient: Ich bin mit Cladribin behandelt worden, jetzt gibt es LITAK. Meine Frage: Mit welchen Nebenwirkungen muß man rechnen, gehört diese Fatigue auch dazu?

Dr. Rummel: Nein, das Fatigue-Syndrom ist keine Nebenwirkung der Cladribin-Therapie, sondern ein Begleitsymptom von Patienten, die erkrankt waren oder noch sind. Auch, wenn die Therapie die Situation verbessert, kann ein Fatigue-Syndrom noch kommen und auch manchmal bleiben. LITAK (Cladribin subkutan) hat Nebenwirkungen wie andere Chemotherapien auch, alles wurde nach den ersten Studien mit damals 209 Patienten angegeben. Wichtig für HZL-Patienten ist zu wissen, dass sie auch bei gutem Blutbild weiterhin eine etwas höhere Infektionsgefahr haben. Dies liegt an der verminderten Zahl der CD4-Lymphozyten, den so genannten T-Helferzellen, die sich nur langsam erholen.

Während der Therapie können Nebenwirkungen auftreten wie Hautrötungen, Juckreiz, auch Fieber, und die Blutwerte sinken noch mal ab, aber auf lange Zeit hat man in der Regel mit einem Zyklus LITAK nicht viel zu befürchten. Die Frage, ob man in späteren Jahren eine zweite Krebserkrankung bekommt, ist so zu beantworten, dass der Körper einfach prädestiniert ist, eine solche Erkrankung zuzulassen. Die Wahrscheinlichkeit ist höher als bei der Normalbevölkerung, das hat aber so gut wie nichts mit LITAK zu tun. Bei anderen Non-Hodgkin-Lymphomen wirkt LITAK übrigens auch, man muß es aber oft geben, bis zu 4-6 Mal. Bei der HZL können wir solche Erfolge mit nur einem Zyklus erreichen. Warum das so ist, wissen wir nicht, es ist aber in der gesamten Krebs-Medizin einmalig.

Patient: Eine Anmerkung zu der Fatigue: Für mich als Angehörige eines HZL-Patienten ist es interessant und wohltuend, davon zu hören. Mein Mann hat im Zuge von Reha- und Rentenantragstellung verschiedene Gutachten von diversen Ärzten bekommen. Es gab viel Unverständnis und sogar Unterstellung von Simulation, wenn er angab, wie schwach und erschöpft er sich fühlte.

Dr. Rummel: Ja, das ist ein bekanntes Problem, ein Riesenanteil der Krebspatienten, vielleicht 30 bis 40% sind davon betroffen. Man kann das Fatigue-Syndrom ja nicht richtig messen, es gibt keine Untersuchungsmethode, keine Beweise.

Patient: Ich hatte bisher 3 Therapien mit 2-CdA von 4/96 bis 6/04, dazwischen hatte ich 7 Jahre Ruhe. Nun wurden bei einer Knochenmarksstanze ca. 30-40% Haarzellen festgestellt. Empfehlung: wieder 2-CdA. Ich habe eine zweite Meinung eingeholt, dieser Arzt empfiehlt eine Behandlung mit Interferon Alpha, wegen eventueller Knochenmarkschäden. Was sagen Sie dazu?

Dr. Rummel: Wie ich schon sagte, werden andere Non-Hodgkin-Patienten z.T. mit 5-6 Zyklen LITAK (Cladribin subkutan) behandelt und das innerhalb von 6 Monaten.

Dies führt nicht automatisch zur Knochenmarksschädigung. Es gibt aber Patienten, bei denen sich das Knochenmark bereits nach 2 oder 3 Zyklen mit einem Zytostatikum erschöpft. Sie haben ja 1996 zwei Zyklen gehabt und dann 7 Jahre Ruhe bis 2004, das sind in 10 Jahren 3 Zyklen, da ist das diesbezügliche Risiko nicht so groß.

Allerdings würde ich jetzt in Kombination mit dem Antikörper therapieren (siehe Therapiestudie). Eventuell könnte man auch Interferon geben, also einen ganz anderen Stoff. Jedoch sind 30% Haarzellen allein kein Grund zu behandeln, wie sind denn Ihre Blutwerte?

Patient: Die Leukos waren auf 1500, die Thrombos 68.000, eine Woche später sind sie gestiegen, die Leukos auf 2300, die Thrombos auf 125.000.

Dr. Rummel: Da könnte bei den Thrombos möglicherweise noch eine Autoimmunkomplikation dabei sein, das müsste man kontrollieren. Wenn aber die Leukos konstant unter 1500 bleiben und die Thrombos unter 80.000, hier geben auch die 30% im Knochenmark einen verdächtigen Hinweis, dann sollte man behandeln. Die Kombinationstherapie ist Standard in der gesamten Hämatologie, Rituximab allein wirkt zwar, aber nicht gut genug.

Patient: Folgende Fragen: Ich habe vor einiger Zeit bei meinem Hausarzt ein Blutbild machen lassen und war erstaunt, dass meine an sich normalen Blutwerte, z.B. die Leukozyten um 1000 unten waren, eine Woche später bei meinem normalen Termin in der Uni-Klinik waren sie wieder top. Ich habe nachgefragt, man sagte mir, dass mein Blut nach der Abnahme im Raum nebenan gleich gemessen wird. In einer Arztpraxis bleibt das Blut noch liegen, bis es im Labor ankommt und dort gemessen wird, hätte der Abbau der Blutzellen begonnen. Ist das richtig?

Dr. Rummel: Ja, das ist richtig. Die Laborröhrchen werden manchmal über Nacht verschickt, liegen im Auto und werden hin- und her geschüttelt, das sind Störgrößen, die nicht zu unterschätzen sind. Man kann die Werte nur miteinander vergleichen, wenn sie immer im selben Labor gemessen werden, denn es gibt ja auch verschiedene Apparate und Zählmaschinen.

Patient: Ich habe eine Unsicherheit, was die Beurteilung von LITAK angeht. Sie sagten ja, dass nach 6 Monaten überprüft werden soll, ob es wirkt und zu einer Remission kommt. Hier wurde ja auch von verschiedentlich von Rezidiven berichtet. Bei mir wurde Ende Mai 2006 behandelt, nach 7 ½ Monaten hatte ich 2800 Leukos und 190.000 Thrombos. Inzwischen sind die Werte gesunken. Gibt es noch andere Einflüsse oder ist das schon ein Hinweis auf einen Rückfall? Ich bin ja auch in Ihrer Studie, ich glaube, ich habe den Kontrolltermin nach 6 Monaten verpaßt.

Dr. Rummel: Ja, die Blutwerte sehen nicht nach bestem Therapieerfolg aus. Man müsste das Knochenmark noch einmal untersuchen. Eventuell könnte die Chemotherapie das Knochenmark in seiner Erholungsfähigkeit geschädigt haben. Viel wahrscheinlicher ist es jedoch, dass nach nur einem Zyklus LITAK noch restliche Haarzellen da sind. Man sollte also das Knochenmark mit allen neuen zur Verfügung stehenden Techniken untersuchen. Im Studienprotokoll steht, dass man nach 6 Monaten eine Knochenmarkspunktion zur Beurteilung des Therapieerfolgs machen sollte.

Patient: Eine Frage zu den Blutwerten: Welcher Unterschied besteht zwischen einem Blutbild über den Automaten und einem solchen über das Mikroskop?

Dr. Rummel: Der normale Standardapparat zählt in der Routineblutuntersuchung nur die Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin und Werte wie MCV und MCH. Wenn man die Aufgliederung der Leukozyten in ihre Untergruppen sehen will (Segmentkernigen, Neutrophilen, Granulozyten, Lymphozyten, Monozyten, Eosinophilen und Basophilen) gibt es dafür Apparate in einem guten Labor. Im Routinelabor zählt man mit einer kleinen Zählmaschine unter

dem Mikroskop aus und schreibt das Ergebnis von Hand auf. Das stimmt fast immer mit dem Ergebnis eines Apparats überein.

Patient: Ich bin mit Interferon behandelt worden, am Anfang 3x3 Mio./Woche, das konnte ich nicht vertragen. Ich habe einen Befall von 60% im Blut und im Knochenmark. Nach einer Pause spritze ich jetzt täglich 1 Mio. Interferon. Mein Arzt möchte nicht die Behandlung mit Cladribin machen, er sagt, er hat Angst vor den 3 Monaten danach. Die Leukos haben sich auf 4.100 verbessert, das ist doch gut?

Dr. Rummel: Grundsätzlich könnten Sie immer eine 2. Meinung einholen, aber der Wert der Leukos ist eigentlich sehr gut, man sollte nur wissen, ob es sich hier um Granulozyten oder Leukozyten handelt.

Patient: Noch eine Frage zur Behandlung mit LITAK. Erholen sich die Blutwerte nach der Behandlung von allein, oder muß man behandeln? Sie hatten GCSF erwähnt, ist das ein Medikament?

Dr. Rummel: Das ist der Inhaltsstoff, der z.B. in dem Medikament Neupogen und Granozyte enthalten ist. Es gibt ihn in jeder Apotheke gegen Rezept. In der Regel erholen sich aber die Blutwerte von allein. Sie haben sich ja verringert durch die Infiltration mit Haarzellen im Knochenmark. Wenn diese durch die Behandlung zurückgeht, kann sich dort wieder die normale Blutbildung entfalten.

Patient: Ich habe bei den Behandlungen mit LITAK zwei mal Antibiotika bekommen und das über einen ziemlich langen Zeitraum, bis sich die Werte erholt hatten, die Granulozyten z.B. auf 800. Das führte zu Allergien gegen diese Antibiotika. Hätte man auch mit dem Antibiotikum erst einige Tage nach Beginn der Behandlung anfangen können oder die Dosis reduzieren, indem man die oben erwähnten Medikamente gibt?

Dr. Rummel: Früher meinte man einmal, dass Patienten auf Cladribin mit Ausschlag reagieren, heute weiß man, dass dies meistens eine Reaktion auf das gleichzeitig verabreichte Antibiotikum ist. Durch die Erkrankung ist das Risiko für Infektionen erhöht, durch die Chemotherapie wird dies verstärkt, doch das geschieht erst nach der Behandlung, wenn die Anzahl der Abwehrzellen abfällt. Dann kann es zu Infektionen, Lungenentzündungen und Fieber kommen.

Durch die Therapie werden die CD4-positiven Lymphozyten erniedrigt, und zwar speziell diese, das weiß man. Das machen die beiden Medikamente Cladribin und Pentostatin als Nebenwirkung. Neupogen wirkt nicht bei Lymphozyten. Deshalb gibt man eine Antibiotika Prophylaxe, aber nur, wenn man weiß, dass der CD4-Wert unter 200 liegt. Denn die durch niedrige CD4-Werte entstandenen Infektionen sind keine „normalen“, sondern äußerst seltene Infektionen.

Noch einmal: Nur wenn man den niedrigen CD4-Wert in einer Routineuntersuchung im Blut festgestellt hat, ist es sinnvoll ein Antibiotikum zu geben.

Der CD4-Wert kann noch lange Zeit unter der Norm von 700 liegen, auch wenn die Leukozyten schon lange im positiven Bereich liegen.

Patient: Sie würden mir aber auch diese Prophylaxe über eine relativ lange Zeit empfehlen bis diese CD4-Werte über 200 liegen?

Dr. Rummel: Es steht natürlich viel in Lehrbüchern, und jeder Arzt hat verschiedene Einschätzungen. Ich persönlich gebe meinen Patienten keine Antibiotika-Prophylaxe, wenn die CD4-Werte über 200 liegen.

Patient: Jetzt kommt meine eigentliche Frage: Ich habe schon gegen zwei Antibiotika Allergien entwickelt. Ich frage mich, wenn ich wieder mal in einer Therapie ein Antibiotikum bräuchte, gäbe da es eine Alternative?

Dr. Rummel: Es gibt ein Medikament zum Inhalieren, das hat den gleichen Effekt. Aber eine Prophylaxe sollte man Ihnen dann nicht geben, denn die wirksamen Medikamente würden in der hochdosierten Therapie zu noch mehr Reaktionen führen. Es gibt ein altes Antibiotikum – Pentacarinat®. Allerdings muß man dazu in ein spezialisiertes Krankenhaus, das würde ein schwieriger Balanceakt.

Patient: Ich habe eine Frage im Anschluß daran. Bauen sich Allergien gegen Antibiotika im Körper wieder ab? Bei meiner Frau war es 2003 ganz schlimm, es sind so viele Antibiotika ausprobiert worden, sie hat einen langen Allergiepass, heute verträgt sie nur noch Amoxicillin. Könnte man es unter Umständen mit einem modernen Antibiotikum noch einmal versuchen?

Dr. Rummel: Allergien können nicht abgebaut werden, sie sind eine Sofortreaktion auf einen Stoff, den Sie nicht vertragen. Wenn das Medikament abgesetzt wird, sinkt die Allergie ab, mehr oder weniger schnell. Natürlich würde man ein neu entwickeltes Produkt probieren. Die Wahrscheinlichkeit, dass man darauf allergisch reagiert, ist trotzdem groß. Ihre Frau hat evtl. eine polyvalente Allergie gegen antibiotische Stoffe.

Hier noch ein Hinweis zum Verhalten während und nach der Therapie:

Man sollte, wenn man eine Therapie macht und die Zellen niedrig sind auch gewisse Risiken vermeiden, also nicht ohne Handschuhe in der Gartenerde wühlen, nicht die Wände tapezieren und auf Baustellen mit viel Staub arbeiten, besonders, wenn die weißen Blutkörperchen unten sind. Darauf werden Sie ja hoffentlich auch von Ihrem Arzt hingewiesen. Das gilt aber nur für die Therapiephase und danach. Sonst sind all diese Vorsichtsmaßnahmen vollkommen übertrieben.

Die Gruppe hat unter großem Beifall Herrn Dr. Rummel für sein Kommen und seine Ausführungen gedankt.