

ZB MED

Neue Aspekte und Innovationen in der Behandlung von soliden Tumoren und malignen Lymphomen

ZUM THEMA

Bei soliden Tumoren wie auch bei malignen Erkrankungen des lymphatischen Systems sind die verfügbaren Behandlungsansätze insbesondere in fortgeschrittenen Stadien nur bei einem Teil der Patienten langfristig effektiv. Bei vielen versagen sie primär, und die Alternativen sind noch zu begrenzt. Auch kann nicht bei allen Patienten die effektivste, d.h. meist auch intensivste und nebenwirkungsreichste Therapie zum Einsatz kommen, so dass für diese Situationen gut verträgliche palliative Therapien gefragt sind. Am Beispiel des Mammakarzinoms, des kleinzelligen Bronchialkarzinoms, der niedrig malignen Non-Hodgkin-Lymphome und des multiplen Myeloms zeigte ein von Ribosepharm unterstütztes Symposium im Rahmen des 24. Kongresses der Deutschen Krebsgesellschaft diese Problematik auf und vermittelte aktuelle Strategien intensiver, innovativer und palliativer Therapien.

Beim Mammakarzinom ist insbesondere die Rezidivtherapie nach zunehmender intensiver Primärtherapie problematisch, beim fortgeschrittenen kleinzelligen Bronchialkarzinom ist es das fast sichere Rezidiv nach Primärtherapie, und auch bei niedrig malignen Non-Hodgkin-Lymphomen und beim multiplen Myelom stoßen die aktuellen Möglichkeiten häufig an Grenzen. Die Vorträge des Symposiums gaben einen Überblick, wohin die Entwicklung bei diesen ausgewählten Krankheitsbildern geht, auch unter dem Aspekt der optimalen Palliation mit verträglichen Medikamenten.

Fortschritte in der Salvagetherapie des metastasierten Mammakarzinoms

Immer mehr Patientinnen mit Mammakarzinom, bei denen es nach Primärtherapie im weiteren Verlauf doch zur Metastasierung kommt, sind adjuvant bereits intensiv vorbehandelt, auch mit den aktivsten neuen Substanzen und teilweise mit dosisintensivierten oder Hochdosisprotokollen. Das begrenzt die Optionen für weitere Therapien.

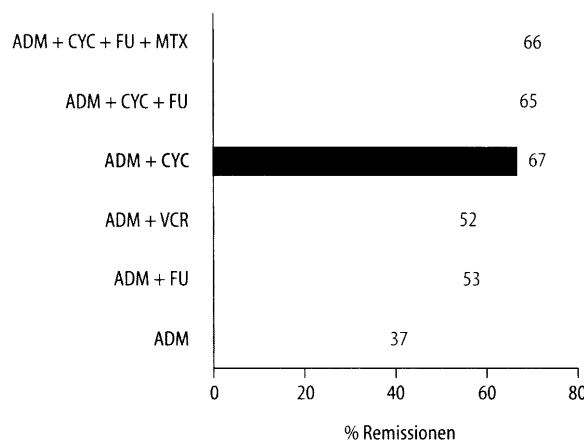
Unter den konventionellen Zytostatikaregimen ist Doxorubicin/Cyclophosphamid mit einer Ansprechrate von rund 67 % am effektivsten – sofern nicht bereits Anthrazykline eingesetzt wurden. Die Intensivierung der Therapie durch Hinzunahme weiterer Substanzen oder Dosissteigerung im konventionellen Bereich bringt kein Mehr an Wirksamkeit, wohl aber an Toxizität. Klaus Höffken, Jena, sprach von einem „Chemotherapieplateau“ (Abb. 1). Neue Substanzen sind hier gefragt,

und eine ganze Reihe befindet sich in der klinischen Entwicklung. Einige von ihnen sind bereits für die Behandlung des Mammakarzinoms zugelassen. Höffken nannte die Taxane Docetaxel und Paclitaxel, Nukleosidanaloga wie Gemcitabin und Capecitabin, die Thymidilatsynthase-Inhibitoren Raltitrexed und UFT, die Antifolate Edatrexat und MTA, Vinorelbin, liposomales Adriamycin und Methoxy-Morpholinyl-Adriamycin, die Anthrapyrazole Losoxantron und Piroxantron und Topoisomerase I-Inhibitoren wie Irinotecan und Topotecan. Die derzeit effektivste neue Kombination ist nach den Worten von Höffken Doxorubicin/Paclitaxel. Mit diesem Regime erzielte die Gruppe um Gianni, Mailand, Ansprechraten von über 90 %, mit 40 % Vollremissionen.

Effektivität von Hochdosistherapien zumindest fraglich

Mit Hochdosisprotokollen lassen sich zwar mehr und teilweise auch anhaltende Vollremissionen erreichen, aber

Abbildung 1



„Chemotherapieplateau“ mit Adriamycin-kombinationen beim Mammakarzinom (nach Höffken)
 ADM = Adriamycin
 CYC = Cyclophosphamid
 FU = Flououracil
 MTX = Methotrexat
 VCR = Vincristin



Zs. A
 4323
 - 6. S. Beil -
 ZB MED