



Maligne Lymphome – verbesserte Heilungschance

Den in den letzten Jahren erzielten Fortschritten in der histopathologischen Klassifikation und im Verständnis der Biologie der malignen Lymphome stehen jetzt erfreulicherweise auch wesentliche Verbesserungen unserer Behandlungserfolge gegenüber.

Diese Erfolge wurden auch durch eine Optimierung klassischer Zytostatikakombinationen erzielt: Als Beispiel sei nur die kürzlich von V. Diehl und Kollegen im New England Journal veröffentlichte BEACOPP (Bleomycin, Etoposid, Doxorubicin, Cyclophosphamid, Vincristin, Procarbazine, Prednison)-Studie beim Morbus Hodgkin oder die in Philadelphia auf dem ASH-Kongress von M. Pfreundschuh und Kollegen vorgestellte CHOP/CHOEP-14-Studie bei den aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen genannt. Die Konzepte Dosisescalation und Erhöhung der Dosisdichte wirksamer Zytostatika lag diesen Studien zugrunde. Diese Studien untermauern, wie wichtig sorgfältig durchgeführte und ausreichend dimensionierte Therapieoptimierungsstudien für die Verbesserung der Behandlungsergebnisse unserer Patienten sind; evidenzbasierte Therapie in der Onkologie ist ohne solche Studien schlichtweg unmöglich. Sollten gerade diese Studien in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte einem falsch verstandenen Sparzwang zum Opfer fallen, wären gravierende Schäden zu befürchten – nicht zuletzt für eine kostenbewusste Medizin!

Der vor wenigen Jahren eingeführte Antikörper Rituximab bringt darüber hinaus einen ganz wesentlichen Gewinn. Die gerade in Blood veröffentlichten Arbeiten der französischen Gruppe GELA (Groupe d'Etude des Lymphomes de l'Adulte) belegen, dass Rituximab nicht nur als eigenständige passive Immuntherapie wirkt, sondern gerade bei den aggressiven Lymphomen in der Lage ist, chemotherapieresistente (d.h.: bcl-2-Onkogen positive) Lymphomzellen „empfindlich“ zu machen. Eine detaillierte Diagnostik – zukünftig sicherlich unter Einschluss von Gen-Chip-Methoden – wird es uns hoffentlich zukünftig erlauben, vorherzusagen, welche Patienten von Rituximab (oder anderen Therapeutika) besonders stark profitieren und somit individuell angepasst behandelt werden können. Ohne wissenschaftlich begleitete klinische Studien werden wir dies aber nicht lernen können!

Prof. Dr. med. Lorenz Trümper,
Georg-August-Universität Göttingen



Seite 3

**Rituximab plus
CHOP – neuer Standard beim aggressiven Non-Hodgkin-Lymphom // Remissionserhaltende**

Therapiestrategien bei folliculären Lymphomen • Übersichtsarbeiten von Prof. Dr. med. Bertrand Coiffier, Pierre-Bénite/Frankreich, und Prof. Dr. med. Wolfgang Hiddemann, Dr. med. Martin Dreyling, Dr. rer. nat. Michael Unterhalt, Deutsche Studiengruppe niedrigmaligne Lymphome (GLSG). Wie die 3-Jahres-Daten der GELA-LNH98/5-Studie belegen, kann die Heilungsrate bei Patienten mit großzelligem diffusen B-Zell-Lymphom mit nur 8 Infusionen Rituximab zusätzlich zur CHOP-Standardtherapie, um 50 % gesteigert werden. Wie erste Ergebnisse von Phase-II-Studien erkennen lassen, kann Rituximab auch bei Patienten mit folliculären Lymphomen kombiniert mit einer Chemotherapie das krankheitsfreie Intervall verlängern.

Strategien zur Remissionserhaltung bei Patienten mit folliculären Lymphomen sind die myeloablative Radio-Chemo-Therapie sowie eine Interferon- α -Therapie. Interferon- α kann, vorzugsweise nach einer Anthrazyklin-haltigen Kombinations-Chemotherapie wie vor allem CHOP, das progressionsfreie Intervall verdoppeln und möglicherweise das Gesamtüberleben verlängern.

„Treatment Beyond Progression“ // Phase-III-Studien mit Capecitabin

• Die aktuellen Studien

Seite 7



Seite 9



**39th Annual Meeting of
the ASCO // 15th Int.
Symposium on Supportive
Care in Cancer** •
Kongressberichte

Unser Titelbild
zeigt einen Patienten
mit einem
Non-Hodgkin-Lymphom
(Quelle: Focus)

