

BEILAGE FÜR ONKOLOGEN

INHALT

Primäre Neutropenie-Prophylaxe notwendig

Mit ESF Erythrozytenkonzentrate sparen

Panitumumab: neuer EGFR-Inhibitor

ZUM THEMA

Der rasche Fortschritt in der Tumortherapie manifestiert sich mit höheren Heilungsraten und verbesserter Lebensqualität. Großen Anteil daran haben moderne Supportivtherapien, ohne die intensivierte Chemotherapien wie z.B. des fortgeschrittenen Hodgkin-Lymphoms nicht durchführbar wären. Sie leisten auch einen wichtigen Beitrag, um die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Beispiele sind mit der Einmalgabe pro Zyklus der pegylierte Granulozyten-Wachstumsfaktor Pegfilgrastim oder die Anämiebehandlung mit Darbepoetin alfa, das einmal im Intercall von 3 Wochen gegeben werden kann. Als eine der wichtigsten Innovationen in der Tumorbehandlung erwies sich in den letzten Jahren die Einführung der EGFR-Epidermal Growth Factor-Rezeptor-Inhibitoren. Mit Panitumumab wurde ein neuer Vertreter dieser Substanzklasse in der Phase III beim metastasierten Kolorektalkarzinom geprüft.

Pegfilgrastim, Darbepoetin alfa, Panitumumab Innovationen in der Tumor- und Supportivtherapie

Bei zahlreichen Tumoren wie z.B. den malignen Lymphomen besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Dosierung und der Effektivität der zytotoxischen Therapie. Dosis- bzw. zeitintensive Regime haben sich daher vielfach als Standard durchgesetzt. In der Regel bedürfen intensivierte Regime einer Prophylaxe mit Granulozyten-Wachstumsfaktoren, um Dosisreduktionen und Zyklusverschiebungen zu vermeiden bzw. das Infektionsrisiko zu minimieren.

Dosisintensivierung bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom

Patienten mit fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom hatten noch in den 60er Jahren eine infauste Prognose. Erst seit der Einführung von MOPP (Mechlorethamin, Vincristin, Procarbazin, Prednison; 1970) bzw. COPP (Cyclophosphamid, Vincristin, Procarbazin, Prednison; 1972) und ABVD (Doxorubicin, Bleomycin, Vinblastin, Dacarbazin) besteht eine Chance auf Heilung. Die Langzeit-Tumorkontrolle (bis zu 60% nach 5 Jahren) war allerdings nicht zufrieden stellend, erklärte *Andreas Engert, Köln*. Dennoch gab es zu MOPP und ABVD lange Zeit keine Alternative.

Vor diesem Hintergrund verglich die Deutsche Hodgkin-Studiengruppe (DSHG) in der HD9-Studie COPP-ABVD mit BEACOPP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Etoposid, Pro-

Tabelle 1

Medikation	BEACOPP	BEACOPP ^{eskaliert}	Intervall	Schema (Tage)
Bleomycin	10	10	IV	8
Etoposid	100	200	IV	1-3
Adriamycin	25	35	IV	1
Cyclophosphamid	650	1.250	IV	1
Vincristin	1,41*	1,41*	IV	8
Procarbazin	100	100	PO	1-7
Prednison	40	40	PO	1-14
G-CSF	-	+	SC	8-14

nach Diehl V et al., N Engl J Med 2003; 348: 2386-2395
 *Maximum 2,0mg/m², IV = intravenös, PO = oral, SC = subkutan, G-CSF = Granulozytenkolonie-stimulierender Faktor

carbazin, Prednison, Vincristin, Bleomycin), das im Unterschied zu COPP-ABVD Etoposid enthält und im Intervall von 3 statt 4 Wochen durchgeführt wird (Diehl V et al., N Engl J Med 2003; 348: 2386-2395). Die Patienten des dritten Studienarms erhielten, begleitet von einer Supportivbehandlung mit G-CSF, BEACOPP in eskalierter Dosierung (Tabelle 1). Im Verlauf der Beobachtung über median 86 Monate blieben die mit BEACOPP^{eskaliert} behandelten Patienten signifikant häufiger von Therapieversagen verschont als die Patienten des BEACOPP- bzw. COPP-ABVD-Arms (85% vs. 75% vs. 67%, p<0,0001). BEACOPP^{eskaliert} wird daher als Standard akzeptiert.

Intervallverkürzung – the way to go?

Daraufhin untersuchte die DSHG, ob sich die Wirksamkeit der Behandlung durch eine dosisdichte (intervallverkürzte) Gabe der Zyklen weiter verbessern lässt. Der Nutzen der dosisdichten Therapie deutete sich Engert zufolge bereits in der multizentrischen Pilotstudie an, da 97% der mit BEACOPP im Intervall von