Erhaltungstherapie mit Überlebensvorteil

Die meisten Patienten mit follikulärem Lymphom (FL) entwickeln innerhalb von vier Jahren nach der Induktionstherapie ein Rezidiv. Was bringt die Erhaltungstherapie mit Rituximab?

Eine Erhaltungstherapie mit Rituximab verlängert das progressionsfreie Überleben von Patienten mit FL, aber zum Gesamtüberleben gab es bisher keine kontrollierte Studie mit ausreichender Evidenz. Erst eine Metaanalyse über fünf randomisierte kontrollierte Studien aus den Jahren 1998 bis 2004 hatte ergeben, dass Patienten mit therapierefraktärem oder rezidiertem FL unter einer Rituximab-Erhaltungstherapie signifikant länger lebten als Patienten, die lediglich beobachtet wurden oder Rituximab erst beim Fortschreiten der Erkrankung erhielten.

Seither kamen verschiedene weitere Studien hinzu. Daher aktualisierten Liat Vidal und Kollegen ihre Metaanalyse, die nun insgesamt neun Studien aus den Jahren 1998 bis 2010 mit 2.586 Patienten

beinhaltet. Die Ergebnisse bestätigen die bisherigen Erkenntnisse.

Patienten mit einer Rituximab-Erhaltungstherapie hatten ein signifikant längeres Gesamtüberleben als Patienten ohne Erhaltungstherapie (Hazard Ratio [HR] 0,76). Subgruppenanalysen ergaben, dass lediglich Patienten mit refraktärem oder rezidiertem (d.h. vorbehandeltem) FL von der Rituximab-Erhaltungstherapie profitierten (HR 0,72), nicht aber bisher unbehandelte Patienten. Welche Chemotherapie und welches Rituximab-Behandlungsschema zum Einsatz kamen, hatte keinen Einfluss auf das Ergebnis.

In den meisten Studien verbesserte sich auch das progressionsfreie Überleben unter der Erhaltungstherapie (HR für Progression oder Tod 0,54). Dieser Effekt war

sowohl bei Patienten mit refraktärem oder rezidiertem FL als auch bei bisher unbehandelten Patienten zu beobachten.

Schwere Nebenwirkungen der Grade 3 oder 4 traten unter Rituximab um 60 % häufiger auf, schwere infektionsbedingte Nebenwirkungen sogar 3,5-mal so häufig. Therapieabbrüche aufgrund von Nebenwirkungen waren unter Rituximab ebenfalls häufiger (RR = 2,72).

Fazit: Diese Ergebnisse bestätigen, dass Patienten mit refraktärem oder rezidiertem FL von einer Erhaltungstherapie mit Rituximab profitieren. Bei Patienten, die auf die Induktionstherapie angesprochen haben, sollte eine Erhaltungstherapie mit Rituximab deshalb zum Standard gehören, so die Autoren. *Judith Neumaier*

Vidal L et al. Rituximab maintenance for the treatment of patients with follicular lymphoma: an updated systematic review and meta-analysis of randomized trials. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(23):1799–806.

Radiojodtherapie ebnet Weg für andere Tumoren

Die Heilungschancen bei differenzierten Schilddrüsenkarzinomen sind sehr gut. Allerdings werden diese Patienten im Laufe der nächsten 20 Jahre häufiger an einem anderen Tumor erkranken. Unter Verdacht steht die Radiojodtherapie.

© Photos.com

Wird ein Schilddrüsenkrebs diagnostiziert, sollte gut abgewogen werden, ob eine Radiojodtherapie notwendig ist.

Wer ein differenziertes Schilddrüsenkarzinom (DTC) besiegt hat, hat ein erhöhtes Risiko für andere Tumorerkrankungen. Und nicht nur das: Die Heilungschancen sind dann auch schlechter. Ursache ist die Therapie des Schilddrüsenkarzinoms, speziell mit Radiojod.

Brian Hung-Hin Lang und Kollegen werteten die Daten von 1.122 Patienten aus, die zwischen 1971 und 2009 wegen eines DTC an der Universität Hongkong behandelt worden waren. Ausschlusskriterien waren eine frühere Radiojodtherapie sowie eine adjuvante lokale Bestrahlung. Von den verbleibenden 895 Patienten waren 634 mit radioaktivem Jod behandelt worden, die übrigen 252 nicht.

Nach median 95,3 Monaten musste bei insgesamt 64 Personen erneut die Diagnose Krebs in einem anderen Organ gestellt werden: Der Großteil dieser Patienten (n = 56) hatte wegen des Schilddrüsentumors radioaktives Jod erhalten.

Auch beim kumulativen 20-Jahres-Krebsrisiko schnitten die mit Radiojod Therapierten signifikant schlechter ab (13,5 vs. 3,1 %; p = 0,015). In einer multivariaten Analyse war die Radiojodtherapie von allen untersuchten Variablen

der einzige unabhängige Risikofaktor für einen späteren Krebs.

Die Bedeutung des radioaktiven Jods unterstreicht auch der Vergleich mit der Normalbevölkerung: Hier fiel die Krebsinzidenz nämlich nur bei den mit Radiojod Therapierten signifikant höher aus. Dabei scheint sich eine Radiojodtherapie für Frauen besonders ungünstig zu auszuwirken (SIR [standardisierte Inzidenz Ratio] 1,54 bei Frauen mit Radiojod vs. 0,92 bei Frauen ohne Radiojod).

Fazit: Auch wenn Jod-131 vor allem in die normalen oder entarteten Zellen der Schilddrüse eingelagert wird, reichert es sich offenbar auch in anderen Organen an, mit entsprechenden Konsequenzen für das Entartungsrisiko. Bei Schilddrüsenkarzinomen sollte daher die Indikation für eine Behandlung mit ionisierendem Jod vorsichtiger gestellt werden, insbesondere bei weniger gefährlichen Tumoren. *Dagmar Kraus*

Hung-Hin B et al. Risk of second primary malignancy in differentiated thyroid carcinoma treated with radioactive iodine therapy. *Surgery.* 2012 Feb 14. [Epub ahead of print].