

Schilddrüsenkarzinom: Aktuelle DRG-Broschüre

Seit 2011 gelten neue DRG (Diagnosis-related Group)-Pauschalen für die Therapie mit rekombinantem humanem Thyreoidea-stimulierendem Hormon (rhTSH, Thyrogen®, Genzyme GmbH). Die aktuelle DRG-Broschüre „Thyrogen® im Klinikumfeld“ kann unter der E-Mail-Adresse schilddruesenkrebs@genzyme.com angefordert werden.

Misteltherapie

Anthroposophische Mistelpräparate (z.B. Iscador®, Weleda AG) sind vorerst weiterhin auf Kassenrezept in der adjuvanten und palliativen Situation verordnungsfähig, wenn die Indikation „maligner Tumor“ vorliegt. Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 11. Mai 2011 ändert nicht die aktuelle rechtliche Situation dazu in der GKV-Verordnung. Grundlage für eine andere Regelung wäre erst eine entsprechende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittelrichtlinien.

Maligner Aszites: Therapie mit Catumaxomab

Catumaxomab (Removab®, Fresenius Biotech GmbH) ist zugelassen zur intraperitonealen Behandlung von Patienten mit EpCAM-positiven Karzinomen, für die keine Standardtherapie zur Verfügung steht oder bei denen diese nicht mehr anwendbar ist. Indem die Aszitesymptome gelindert oder beseitigt werden und die Notwendigkeit einer Punktion hinausgeschoben wird, kann die Therapie mit Catumaxomab die Lebensqualität der Patienten verbessern. In Studien deutet sich zudem ein positiver Einfluss der Behandlung auf das Gesamtüberleben an. Derzeit sieht Prof. Dr. Jalid Sehoul, Berlin, den Einsatz des Medikaments bei malignem Aszites schon relativ frühzeitig im Verlauf der Erkrankung und eingebettet in das Gesamtkonzept der Krebsbehandlung. Als „Last-line-Therapie“, bei bereits geschwächtem Immunsystem kann der Patient nicht mehr bestmöglich von Catumaxomab profitieren.

Metastasiertes kolorektales Karzinom

Cetuximab: Nutzen bei KRAS-Wildtyp-Tumoren bestätigt

Wie die Daten einer retrospektiven Subgruppenanalyse der CRYSTAL-Studie zeigen, können Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (mCRC) mit KRAS-Wildtyp von einer Kombinationschemotherapie mit Cetuximab profitieren, auch wenn die Metastasierung nicht auf die Leber beschränkt ist (Köhne CH et al., 2011, J Clin Oncol [Suppl]: #3576).

FOLFIRI plus Cetuximab (Erbix®) führte bei diesen Patienten zu einem signifikant verlängerten Gesamtüberleben im Vergleich zu FOLFIRI allein (median 22,5 Monate versus 17,4 Monate; $p=0,013$). Zudem konnte für die Subgruppe der Patienten mit KRAS-Wildtyp-

Tumor und auf die Leber beschränkten Metastasen gezeigt werden, dass die Kombinationschemotherapie mit Cetuximab zu einer höheren Rate an Komplettresektionen führt, was eine Heilungschance eröffnen kann.

Quelle: Informationen der Merck Serono GmbH

Multiples Myelom

Bortezomib: Längeres Überleben bei mehr therapiefreier Zeit

Patienten mit multiplem Myelom, die für eine autologe Stammzelltransplantation nicht geeignet sind, profitieren von einer Erstlinientherapie mit Bortezomib durch ein längeres Überleben. Darüber hinaus ermöglicht die Behandlung mit dem Proteasom-Inhibitor den Patienten längere Remissionen und eine längere therapiefreie Zeit.

Die Qualität des Ansprechens auf eine Tumorthherapie ist ein entscheidender prognostischer Faktor für eine längere Progressionsfreiheit, ein längeres progressionsfreies Überleben und ein längeres Gesamtüberleben. Wie Prof. Dr. Robert Orłowski, Houston/USA, erläuterte, wurde dieser Zusammenhang für transplantationsfähige Patienten mit multiplem Myelom in einer Metaanalyse von 21 Studien belegt (van de Velde HJ et al., 2007, Haematologica 92: 1399–1406).

Deutlicher Überlebensvorteil

Als weiteres Beispiel für diese Korrelation führte Prof. Dr. Paul Richardson, Boston/USA, Daten aus der Studie VISTA (Velcade as Initial Standard Therapy in Multiple Myeloma: Assessment with Melphalan and Prednisone) an (San Miguel JF et al., 2008, N Engl J Med 359: 906–917). Unter einer Kombinationstherapie mit Bortezomib (Velcade®), Melphalan und Prednison (VMP) wurde bei Patienten, die für eine Hochdosischemothe-

rapie mit autologer Stammzelltransplantation nicht geeignet waren, eine signifikant bessere Gesamtansprechrate erzielt als unter Melphalan und Prednison (MP) allein (71% versus 35%; $p<0,001$). Darüber hinaus ergab sich ein signifikanter Überlebensvorteil: Nach drei Jahren lebten im VMP-Arm 68,5% der Patienten, im Standardtherapiearm mit MP 54,0% der Patienten ($p=0,0008$).

Lange Behandlungspausen – bessere Lebensqualität

„Von den mit VMP behandelten Patienten erreichten 30% eine komplette Remission, unter MP jedoch nur 4%“, so Richardson. Die komplette Remission wurde unter VMP nicht nur schneller erreicht als unter MP (4,2 Monate versus 5,3 Monate), sondern hielt mit 24 Monaten im Vergleich zu 12,8 Monaten auch länger an. Zusätzlich brachte die Primärtherapie mit dem Bortezomib-haltigen Schema den Patienten im Vergleich zu MP eine Verlängerung der Zeit bis zur Tumorprogression (24,0 Monate versus 16,8 Monate) und eine mehr als doppelt so lange therapiefreie Zeit (VMP: 17,6 Monate; MP: 8,4 Monate). „Für Patienten mit multiplem Myelom bedeutet insbesondere eine längere therapiefreie Zeit einen deutlichen Gewinn an Lebensqualität“, zeigte sich Orłowski überzeugt (Mateos MV et al., 2010, J Clin Oncol 28: 2259–2266). SW

Quelle: Veranstaltung der Janssen-Cilag GmbH