

Adjuvante Chemotherapie des Mammakarzinoms

Supportivtherapie macht gute Versorgung erst möglich

Die Supportivtherapie in der Onkologie ist eine Grundlage für eine exzellente Versorgung der Krebspatienten, betont Petra Feyer, Präsidentin der Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS) aus Berlin. Sie erhöht beispielsweise in der kurativen Phase die Toleranz gegenüber der Therapie und ermöglicht überhaupt erst eine Dosisescalation.

Das gilt beispielsweise bei der adjuvanten Chemotherapie des Mammakarzinoms, berichtete Christian Jackisch, Offenbach. In Studien hatten diejenigen Patienten, die weniger als 85 % der geplanten Dosis bekamen, statistisch gesehen keine bessere Prognose als jemand, der gar keine adjuvante CT erhalten hatte.

Eine febrile Neutropenie verhindert aber oft die Gabe der vollen Dosis und führt zudem zu Krankenhauseinweisungen und nicht selten zu einer teuren Intensivbehandlung und deutlich

erhöhter Mortalität. Mit G-CSF lässt sich das weitgehend vermeiden – präventiv oder therapeutisch. Pegfilgrastim (Neulasta®) wird nur einmal pro Woche injiziert, was Jackisch in der Praxis als Erleichterung empfindet.

So lassen sich noch besser neutropeniebedingte Dosisverschiebungen, Dosisreduktionen und reduzierte Regime vermeiden. Das ist erst recht in Zeiten dosisdichter und intensivierter Schemata entscheidend. Nur wenn diese Schemata tolerabel sind, können sie überhaupt ge-



© Monkey Business / Fotolia.com

Damit auch eine Chemotherapie ein Lächeln erlaubt: je besser die Supportivtherapie desto höher die Toleranz gegenüber der Therapie.

geben werden und das Überleben verbessern. **FK**

Quelle: 15. Münchener Fachpresse-Workshop am 8. Juli 2010; Veranstalter: Amgen

Chemotherapie-induziertes Erbrechen

Neue Option zur antiemetischen Prophylaxe

Zur Emesisprophylaxe empfehlen aktuelle Leitlinien den Einsatz von NK1-Rezeptorantagonisten in Kombination mit 5-HT3-Rezeptorantagonisten und Steroiden. Die Einmalgabe von Fosaprepitant (150 mg i.v.) könnte die Therapie noch erleichtern.

Die Cisplatin-bedingte Emesis hat typischerweise einen biphasischen Verlauf: In der akuten Phase erreicht das Erbrechen innerhalb von 24 Stunden ein Maximum. Nach vorübergehender Besserung setzt an Tag 2 bis 5 eine verzögerte Emesis ein. Auch unter einer Cyclophosphamid/Carboplatin-Therapie gebe es eine verzögerte Phase, so Petra Feyer, Berlin. Daher müsse die Symptomkontrolle eine längere Periode abdecken.

Nach den aktuellen Leitlinien sollten die Patienten bei hochemetogener Chemotherapie am

ersten Tag eine Triple-Therapie erhalten mit Aprepitant (Emend®, 125 mg oral) oder Fosaprepitant (Ivemend® 115 mg i.v.), jeweils in Kombination mit einem Setron und Dexamethason [Roila F et al. Ann Oncol 2010; 21 (Suppl. 5) 232–43].

An den Tagen 2 und 3 sollte Aprepitant (80 mg oral) zusammen mit Dexamethason eingesetzt werden. Auch bei moderatemetogener Therapie, z.B. mit einer Anthrazyklin/Cyclophosphamid-Kombination (AC-Schema) wird in der Akutphase die Tripeltherapie empfohlen, in der

verzögerten Phase ist Aprepitant (80 mg) ausreichend.

Eine neue Option zur Emesisprophylaxe stelle die einmalige intravenöse Gabe von Fosaprepitant 150 mg dar, so Feyer. Dies war das Ergebnis einer klinischen Studie mit 2.322 Patienten. In dieser Studie, in der die Patienten mit einer Cisplatin-haltigen Chemotherapie behandelt wurden, führte die Einmalgabe des NK1-Rezeptorantagonisten an Tag 1 bei ähnlichem Verträglichkeitsprofil zu einer vergleichbaren Emesiskontrolle wie eine orale 3-Tage-Gabe von Aprepitant. Fosaprepitant 150 mg ist seit Dezember 2010 auf dem deutschen Markt erhältlich. **aam**

Quelle: Satellitensymposium im Rahmen des DGHO-Kongresses am 1. Oktober 2010 in Berlin; Veranstalter: MSD