

Adjuvante Chemotherapie des Mammakarzinoms: 4 Standardschemata im Vergleich hinsichtlich Praktikabilität und Toxizität. Eine Auswertung des Qualitätssicherungsprojektes Gynäkologische Onkologie

H. Kühnle¹, T. Kühn², P. Holweg-Majert³, R. Osmers⁴, R. Arenz⁵, V. Müller⁶, M. Stolte⁷, R. Schatz⁸, J. Pape⁹, J. Feltz-Stüßenbach¹⁰;
¹Medizinische Hochschule Hannover, ²Kreiskrankenhaus Gifhorn, ³Krankenhaus Nordstadt Hannover, ⁴Städt. Krankenhaus Hildesheim,
⁵Kliniken Herzberg/Osterode, ⁶Krankenhaus Buchholz, ⁷Kreiskrankenhaus St. Marienberg Helmstedt, ⁸Ev. Krankenhaus Holzminde,
⁹Vinzenzkrankenhaus Hannover, ¹⁰Kreiskrankenhaus Stadthagen,

Im Rahmen des Qualitätssicherungsprojektes der niedersächsischen Frauenkliniken wurden seit Oktober 2002 Patientinnen mit einer adjuvanten Therapie beim Mammakarzinom hinsichtlich der Einhaltung von Qualitätsstandards überprüft. Die folgende Auswertung beinhaltet Patientinnen, die EC (90/600 mg/m²), FEC (500/100/500 mg/m²), ECà Taxol (90/600à 175 mg/m²) oder TEC (75/75/500 mg/m²) erhielten. In 40 Monaten wurden 1.271 Patientinnen gemeldet. Davon sind bisher 694 dokumentiert und 693 ausgewertet. 27 Frauenkliniken und 4 Praxen waren beteiligt.

Patientencharakteristik: medianes Alter 56 Jahre; medianer AZ 0 (ECOG); 211 (30,4%) prämenopausal, 29 (4,2%) perimenopausal, 453 (65,4%) postmenopausal; 445 Patientinnen wurden brusterhaltend (64,2%) operiert und 246 mastektomiert (35,5%), zwei Patientinnen wurden nur lymphonodektomiert.

Therapie:

250 (36,1%) EC, 288 (41,6%) FEC, 102 (14,7%) ECà Taxol, 53 (7,6%) TEC (T = Taxotere)

N0: 164 (56,6%) EC, 138 (47,9%) FEC, 10 (9,8%) ECà Taxol, 4 (7,5%) TEC

N+: 85 (34,0%) EC, 149 (51,7%) FEC, 91 (89,2%) ECà Taxol, 49 (92,5%) TEC

Therapieverschiebungen um mindestens eine Woche aufgrund hämatologischer Toxizität erfolgte bei 47 (7%) Patientinnen (5%/10%/4%/4%), eine Dosisreduktion bei 20 (3%) Patientinnen (1%/4%/3%/6%). Ein stationärer Aufenthalt war bei 51 (7%) Patientinnen erforderlich.

Bei 676 (97,5%) Patientinnen gab es nach Beendigung der Therapie keinen Anhalt auf einen Tumor (NED). Nicht beurteilbar waren 9 Patientinnen. Von den 14 Patientinnen mit einem Tumorrest konnte bei 6 Patientinnen eine komplette Remission diagnostiziert werden. Bei zwei Patientinnen kam es zu einer Progression der Erkrankung (Lokalrezidiv nach Ablatio, Narbe bei BET).

Nebenwirkungen:

Hämatologische Nebenwirkungen NCI-Grad 3/4: Leukozytopenie 40%/64%/46%/79%, febrile

Neutropenie 1/3/1/7, Anämie 22%/30%/16%/26%

Nicht-Hämatologische Nebenwirkungen NCI-Grad 1-3: periphere Neurotoxizität 5%/9%/29%/11%,

Myalgie/Arthralgie 2%/12%/23%/9%

Intervention bzw. Prophylaxe:

Leukozytopenie 21%/32%/22%/64%, primär prophylaktisch n=13 (6%), sekundär prophylaktisch n=8 (4%), therapeutisch interventionell n=181 (90%)

Anämie 3%/14%/6%/15%

Schlussfolgerung:

Die adjuvante Therapie konnte bei 629 (90,8%) Patientinnen planmäßig beendet werden. Therapieverschiebungen aufgrund hämatologischer Nebenwirkungen lagen zwischen 3,8% - 9,7%. Dem Auftreten einer Anämie (CTC-Grad 2-4: 22,0% - 30,2% steht eine zu geringe Rate an Interventionen (3,2% - 15,1%) gegenüber. Bei der Leukozytopenie wird wesentlich besser interveniert, allerdings kaum prophylaktisch. Das Management des Schemas mit der höchsten Toxizitätsrate (TEC) scheint besser als das der als sicher handhabbar geltenden und älteren Schemata zu sein.

Der Einsatz der Taxane erfolgt hauptsächlich bei Patientinnen mit Lymphknotenbefall.