

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

T. Kühn¹, P. Holweg-Majert², R. Osmer³, R. Arenz⁴, V. Müller⁵, M. Stolte⁶, R. Schatz⁷, J. Pape⁸, J. Feltz-Süßenbach⁹, H. Kühnle¹⁰;
¹Kreiskrankenhaus Gifhorn, ²Krankenhaus Nordstadt Hannover, ³Städt. Krankenhaus Hildesheim, ⁴Kliniken Herzberg/Osterode,
⁵Krankenhaus Buchholz, ⁶Kreiskrankenhaus St. Marienberg Helmstedt, ⁷Ev. Krankenhaus Holzminden, ⁸Vinzenzkrankenhaus Hannover,
⁹Kreiskrankenhaus Stadthagen, ¹⁰Medizinische Hochschule Hannover

Im Rahmen des Qualitätssicherungsprojektes der niedersächsischen Frauenkliniken wurden seit August 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), EC à Taxol (90/600 à 175 mg/m²) oder TEC (75/75/500 mg/m²) erhielten. In 33 Monaten wurden 876 Patientinnen gemeldet. Davon sind bereits 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*	EC	FEC	EC à Taxol	TEC	gesamt
Anzahl Patientinnen	250	288	102	53	693**
N0	164 (65,6%)	138 (47,9%)	10 (9,8%)	4 (7,5%)	316 (45,6%)
N+	85 (34,0%)	149 (51,7%)	91 (89,2%)	49 (92,5%)	377 (54,4%)

*E: Epirubicin, C: Cyclophosphamid, F: 5-Fluorouracil, T: Taxotere; **bei 3 Pat. Nx

Therapie:

Bei 676 (97,5%) Patientinnen gab es nach Beendigung der Therapie keinen Anhalt auf einen Tumor (NED). Nicht beurteilbar waren 9 Patientinnen. Von den 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).

je Patientin	EC	FEC	EC à Taxol	TEC	gesamt
Zyklen (median)	4	6	8	6	6
Therapieverschiebungen ≥ 7 Tage durch hämatologische Toxizität	13 (5,2%)	28 (9,7%)	4 (3,9%)	2 (3,8%)	47 (7,4%)
Dosisreduktionen	3 (1,2%)	11 (3,8%)	3 (2,9%)	3 (5,7%)	20 (3,2%)
stationäre Aufnahme	11 (4,4%)	22 (7,6%)	5 (4,9%)	13 (24,5%)	51 (8,0%)

Nebenwirkungen:

je Patientin	EC	FEC	EC à Taxol	TEC
Leukozytopenie (3/4)	101 (40,4%)	185 (64,2%)	47 (46,1%)	42 (79,2%)
Febrile Neutropenie	1	3	1	7 (13,2%)
Periphere Neurotox. (1-3)	13 (5,2%)	27 (9,4%)	30 (29,4%)	6 (11,3%)
Myalgie/Arthralgie (1-3)	6 (2,4%)	33 (11,5%)	23 (22,5%)	5 (9,4%)
Anämie (2-3)	55 (22,0%)	85 (29,5%)	16 (30,2%)	14 (26,4%)

Intervention bzw. Prophylaxe:

je Patientin	EC	FEC	EC à Taxol	TEC
Anämie	8 (3,2%)	40 (13,9%)	6 (5,9%)	8 (15,1%)
Leukozytopenie*	52 (20,8%)	93 (32,3%)	22 (21,6%)	34 (64,2%)

*primär prophylaktisch n=13 (6,4%), sekundär prophylaktisch n=8 (4,0%), therapeutisch interventionell n=181 (89,6%)

Schlussfolgerung:

Die adjuvante Therapie konnte bei 629 (90,8%) Patientinnen planmäßig beendet werden. Therapieverschiebungen aufgrund hämatologischer Nebenwirkungen lagen zwischen 3,8% - 9,7%. Das Auftreten einer Anämie (CTC-Grad 2-4: 22,0% - 30,2% steht einer zu geringen 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.