

Neues aus der supportiven Therapie: Zytokin-Therapie, Erythropoetin-Therapie, Eisendepletion u. a.

Supportive Therapie in der Onkologie – hämatologische Wachstumsfaktoren

Dr. med. Matthias Grube

I. Med. Klinik und Poliklinik Universitätsklinikum Regensburg
Abteilung Hämatologie und internistische Onkologie

Hämatologische Wachstumsfaktoren (HCF) haben einen großen Stellenwert in der onkologischen Therapie, da es entweder durch die Grunderkrankung selbst oder im Rahmen einer zytotoxischen Therapie zu einer Suppression der normalen Hämatopoese kommen kann. Dabei kann der/die Patient/in nicht nur in der Befindlichkeit und Lebensqualität (z.B. Anämie) beeinträchtigt, sondern auch durch eine Chemotherapie-induzierte Neutropenie mit erhöhter Infektanfälligkeit (febrile Neutropenie, FN) gefährdet werden. Dies kann unter Umständen eine Hospitalisierung, den Einsatz von antibiotischen Substanzen und das Verschieben sowie eine Dosisreduktion der folgenden Chemotherapie nach sich ziehen. Für den Einsatz Granulozyten-stimulierender Faktoren (G-CSF) liegen evidenzbasierte Richtlinien der American Society of Clinical Oncology (ASCO) vor, wobei als Hauptziel die Reduktion der FN gilt. Die Gabe von G-CSF ist dabei bei einem FN-Risiko $\geq 20\%$ indiziert. Als weitere Risikofaktoren für das Auftreten von Komplikationen im Rahmen einer prolongierten Neutropenie gelten das Alter (> 65 Jahre), ein eingeschränkter Performancestatus, vorangegangene Episoden einer FN, ausgedehnte Vorbehandlung inklusive großer Strahlenfelder, Radiochemotherapien, eine bestehende Knochenmarkkarzinose, Mangelernährung, offene Wunden, floride Infektionen und fortgeschrittene Tumorerkrankungen. Bei diesen Risikogruppen kann die Indikation zum Einsatz von G-CSF großzügiger gestellt werden. Allerdings konnte in einer Metaanalyse zahlreicher randomisierter Studien zwar eine Reduktion der febrilen Neutropenie jedoch ohne wesentlichen Einfluß auf das Gesamtüberleben gezeigt werden.

Auch dem Einsatz von Erythropoese-stimulierenden Faktoren (ESF) liegen evidenzbasierte Richtlinien der ASCO und der American Society of Hematology (ASH) zugrunde. Ziel der Therapie mit Erythropoetin bei onkologischen Patienten ist v.a. die Verringerung des Transfusionsbedarfes aber auch die Verbesserung der Lebensqualität. Dabei kommen ESF v.a. bei Patienten nach Chemotherapie und mit MDS (Niedrigrisiko) zum Einsatz. ESF können bei Hämoglobinwerten $< 10\text{g/dl}$ und sollten nicht bei Hämoglobinwerten $> 12\text{g/dl}$ gegeben werden. Bei fehlendem Ansprechen sollte die Therapie mit ESF nach 6 bis 8 Wochen abgebrochen werden. Wichtig bei der Gabe der ESF ist die Beachtung des Eisenstatus und die ggf. notwendige Eisensubstitution. Insgesamt konnte jedoch in den bisher durchgeführten Studien kein Überlebensvorteil bei dem Einsatz von ESF gezeigt werden. Kritisch sollte der Einsatz bei Patienten mit erhöhtem Thromboserisiko (z.B. Patienten mit Immobilität oder stattgehabter Thrombose), arterieller Hypertonie und Tumorpatienten mit Anämie ohne Chemotherapie abgewogen werden, da eine Tumorprogression nicht ausgeschlossen werden kann.

Für die Stimulation der Thrombopoese bei onkologischen Patienten mit Thrombopenie existieren aktuell keine zugelassenen Medikamente. Allerdings gibt es vielversprechende Daten aus klinischen Studien mit zwei Thrombopetinrezeptor-bindenden Molekülen (Eltrombopaq, AKR 501 und Romiplostim, AMG 531), die bei Patienten mit idiopathischer thrombozytopenischer Purpura (ITP) eingesetzt wurden.

