

Inhalt

Kompetenznetz

- KML-Mitgliederversammlung 2014 S. 2
- 40 Jahre Kiel-Klassifikation S. 3
- Aktuelles aus dem KML S. 9

Studien & Studiengruppen

- KML-Studien 2014/2015 S. 5
- Neu im KML: Europäisches Morbus Waldenström Konsortium S. 10
- Umzug des nationalen MZoL-Registers S. 11

Neues aus der Industrie S. 11

Hilfe & Unterstützung

- Leitlinien zum Hodgkin Lymphom S. 12

Impressum S. 12

Termine

- 19./20.09.2014_KÖNIGSWINTER
27. Arbeitstreffen der DCLLSG
- 19./20.09.2014_HANNOVER
1. Norddeutsches Lymphom-Forum:
Maligne Lymphome 2014
- 20.09.2014_MÜNCHEN
Krebs-Informationstag für Patienten
- 20./21.09.2014_DORTMUND
NHL-Symposium für Patienten,
Angehörige, Pflegekräfte und Ärzte
- 26.-28.09.2014_HEIDELBERG
Myelomtage Heidelberg mit GMMG-
Studientreffen am 26.09.2014
- 10.-14.10.2014_HAMBURG
Jahrestagung der DGHO, ÖGHO und SS-
GHO mit KML-Symposium am 14.10.2014
- 07./08.11.2014_ARNSTADT
Herbstberatung der OSHO
- 13./14.11.2014_ERFURT
Wiss. Symposium der GLSG/OSHO mit
GLSG-Studientreffen am 14.11.2014
- 15.11.2014_KÖLN
7. Kölner Hämatologie-Kurs, Teil III
- 06.-09.12.2014_SAN FRANCISCO (USA)
56. ASH Annual Meeting and Exposition

Grußwort

Liebe Leserinnen und Leser,



ganz aktuell konnte in der großen deutschen UNFOLDER-Studie der DSHNHL belegt werden, dass eine konsolidierende Strahlenbehandlung von Bulk- und extralymphatischen Befällen das ereignisfreie Überleben signifikant erhöht. Auf Empfehlung des Data-Safety-Monitoring-Board wurden daher die Therapiearme ohne Strahlentherapie vorzeitig geschlossen. Auch in der multimodalen Behandlung des frühen Hodgkin Lymphoms konnten sowohl die H10 Studie der EORTC als auch die RAPID-Studie aus Großbritannien zeigen, dass der Verzicht auf eine Radiotherapie bei PET-negativen Patienten nach zwei bzw. drei Zyklen ABVD

zu einem ungünstigeren progressionsfreien Überleben führt als die Kombinationstherapie. In Deutschland schauen wir voller Erwartung auf die Zwischenergebnisse der HD16 und HD17 Studien der GHSG.

Zwischenzeitlich hat sich eine Gruppe führender Radioonkologen auf dem Gebiet der Behandlung maligner Lymphome in der International Lymphoma Radiation Oncology Group (ILOROG) formiert mit dem Ziel, die Strahlenbehandlung maligner Lymphome weiter zu optimieren und die zu bestrahlenden Zielvolumina zu harmonisieren. Ein Erfolg dieser Gruppe ist die Publikation von allgemein akzeptierten internationalen Guidelines zur modernen Radiotherapie von Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphomen im International Journal Radiation Oncology Biology Physics 2013 und 2014. Hier wird eine neue Zielvolumendefinition, die „Involved Site Radiotherapie“, vorgestellt.

Die klinischen Studien der im Kompetenznetz Maligne Lymphome e. V. (KML) zusammengeschlossenen deutschen Lymphomstudiengruppen sind auch deshalb so erfolgreich, weil z.B. bei den Hodgkin Lymphomen eine prospektive Beurteilung des individuellen Befallsmusters sowie eine Vorgabe des individuellen Bestrahlungsvolumens durch die Referenzstrahlentherapie erfolgt. Die Experten des Radiotherapiepanels der GHSG haben sich auf ein Vorgehen der Qualitätsbeurteilung hochmoderner Bestrahlungen - intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT), Image Guided Radiotherapie (IGRT) - geeinigt und werden dies bei den neuen Zielvolumenkonzepten, wie z.B. Involved Node Radiotherapie und in Zukunft der Involved Site Radiotherapie, praktizieren.

Ich freue mich auch im Namen meiner radioonkologischen Kollegen im Referenzpanel der GHSG auf eine weitere gute Zusammenarbeit mit unseren internistischen Kolleginnen und Kollegen als auch mit den Vertretern der bildgebenden Fächer.

Es grüßt Sie herzlich,

Ihr

Prof. Dr. med. Hans Theodor Eich

KML-Mitgliederversammlung 2014

B. Fath. Auf der diesjährigen Jahreshauptversammlung des KML am 3. April 2014 wurden die Aktivitäten des KML-Vorstands und der -Geschäftsstelle dargestellt. In einem wissenschaftlichen Teil erhielten erstmalig vier „Young Investigators“ die Möglichkeit, ihre aktuellen Forschungsansätze im Bereich der Lymphome vor dem KML-Mitgliederplenum zu präsentieren.

Mit 13 Studiengruppen, einem Verbund und 40 Einzelmitgliedern hat das KML derzeit 54 ordentliche Mitglieder. 68 Fördermitglieder (Einzelpersonen und Gemeinschaften) unterstützten die Arbeit des KML im letzten Jahr finanziell mit einer Gesamtfördersumme von jährlich 4.400 €. Darüber hinaus erhielt das KML Spenden in Höhe von 1.805 €.

Ein wichtiger Geschäftsbereich des KML ist die Vermittlung von Wissen & Informationen. Aktuelle Behandlungsstrategien für Lymphome wurden auf dem Deutschen Krebskongress sowie den Jahreskongressen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) im Rahmen von KML-Fachsymposien vorgestellt.

Darüber hinaus war das KML auf drei Patientenkongressen mit Informationsmaterial vertreten. Insgesamt 29.000 Exemplare an Newslettern, Broschüren & Kurzinformationen wurden an rund 11.000 Empfänger verschickt und auf Kongressen ausgegeben. Großer Nachfrage erfreuten sich besonders die 2013 neu erschienenen KML-Schriften zum Mantelzell Lymphom sowie zu peripheren T-Zell Lymphomen und follikulären Lymphomen.

Bild nicht verfügbar

des KML-Webportals gestartet. In diesem Zuge wurden auch neue Website-Bereiche zur Darstellung aller Zuwendungen, die das KML seitens der Industrie erhält, eingerichtet sowie ein Veranstaltungsarchiv, in dem zahlreiche Präsentationsfolien abrufbar sind, die im Rahmen von KML-Veranstaltungen vorgestellt wurden.

Die KML-Fortbildungsinitiative zum „Follikulären Lymphom/Mantelzell Lymphom“ ist in Kürze abgeschlossen; alle 15 vorgesehenen Veranstaltungen sind vergeben. Eine neue Fortbildungsreihe zum „Hodgkin Lymphom“ ist in Planung.

Im wissenschaftlich ausgerichteten Teil der KML-Mitgliederversammlung stellten vier erfolgreiche Lymphomforscher („Young Investigators“) aus dem deutschsprachigen Raum in kurzen, prägnanten Vorträgen ihre Projekte vor:

- Clemens Schmitt (Charité Berlin): Therapie-Relevanz zellulärer Seneszenz in präklinischen Lymphommodellen
- Christian Reinhardt (Uniklinik Köln): Tumor-spezifische DNA Reparaturdefekte als Ansatzpunkt für eine individualisierte Krebstherapie
- Christian Pallasch (Uniklinik Köln): Tumormikromilieu vermittelte Therapieresistenz - neue synergistische Mechanismen der Chemoimmunotherapie vermitteln Sensitivierung für Kombinationstherapien
- Georg Heß (Uniklinik Mainz): Neue Konzepte in MCL

In der anschließenden Diskussion wurde ausgelotet, inwiefern diese neuen Ansätze mit der Forschung der KML-Studiengruppen verknüpft werden könnten. Dieser Teil der KML-Mitgliederversammlung wurde von allen Anwesenden als sehr bereichernd wahrgenommen (zwei dieser Präsentationen sind auf der KML-Website einsehbar). Zukünftig sollen deshalb alle KML-Mitgliederversammlungen einen wissenschaftlichen Teil beinhalten, in dem drei bis vier Nachwuchsforscher in kurzen und verständlichen Präsentationen ihre Arbeit vorstellen.

Weitere Informationen:

Dr. Birgit Fath
KML | Geschäftsführung
Universitätsklinikum Köln (AöR)
50924 Köln
☎ 0221 478-7403
☎ 0221 478-7406
✉ birgit.fath@uk-koeln.de

Eine Reihe von Neuentwicklungen gab es auch für den Bereich der virtuellen Wissensvermittlung zu berichten: Mit der „Qualitätsoffensive 2015“, die anteilig durch einen Sponsorenpool aus der pharmazeutischen Industrie finanziert wird, wurde eine generelle Überarbeitung, Aktualisierung und teilweise Neuentwicklung

W. Klapper, U. Mechler. 1974 publizierte der Kieler Pathologe Karl Lennert eine neue Klassifikation der sogenannten Non-Hodgkin-Lymphome. Die als „Kiel-Klassifikation“ bekannt gewordene Systematik gilt als Meilenstein für ein modernes biologisch-funktionelles Verständnis dieser seltenen Krankheiten. Das ihr zugrunde liegende Konzept, bei dem die einzelnen Lymphomentitäten über die ihnen entsprechenden, damals neu aufgedeckten, physiologischen Funktionsformen der Lymphozyten definiert wurden (engl.: *„cell-of-origin“* = Ursprungszellen), erwies sich als ausbaufähig und zukunftsfest. Es prägt die Klassifikation der Malignen Lymphome bis heute. Die Kiel-Klassifikation setzte sich in Europa schnell als einheitliches Diagnoseschema durch. Neben einer verbesserten Qualität und Reproduzierbarkeit der Diagnosen wurde damit auch eine Grundlage für die Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen und der Durchführung von klinischen Verbundstudien geschaffen.

Bild nicht verfügbar

Karl Lennert beschäftigte sich seit den frühen 1950er Jahren mit der Diagnostik maligner Lymphome, was seit jeher zu den schwierigsten Aufgaben der Histopathologie zählte. Die permanenten und mit hoher Dynamik ablaufenden immunologischen Prozesse verursachen in histologischen Präparaten einen enormen morphologischen Variantenreichtum. Bis in die 1970er Jahre hinein wurden in Deutschland und Europa allerdings lediglich vier Entitäten unterschieden: Der Morbus Hodgkin, dessen Diagnose aufgrund der um 1900 beschriebenen Sternberg-Reed-Zelle auf ein reproduzierbares Spezifikum gründete. Bekannt war außerdem das Lymphosarkom, worunter seit dem späten 19. Jahrhundert die lymphoretikulären Tumoren überhaupt gefasst wurden. Da-

von abgegrenzt wurde ab 1930 das Retikulosarkom, es umfasste die großzelligen Varianten, deren deutlich schlechterer klinischer Verlauf bemerkt worden war. Schließlich gab es den Morbus Brill-Symmers, heute bekannt als Follikuläres Lymphom, eine Veränderung mit morphologisch auffälligen Lymphfollikeln, über deren Funktion allerdings Uneinigkeit herrschte.

Diese Einteilung mutet heute sehr simpel an, zudem handelte es sich weniger um eine klassifikatorische Systematik, als vielmehr um ein Nebeneinander von vier separat beschriebenen und einheitlich definierten Krankheiten. Diese alte Einteilung aus der Zeit vor der Kiel-Klassifikation verweist auch auf die seinerzeit kaum vorhandenen therapeutischen Instrumente – alle malignen Lymphome wiesen heterogene Verläufe, aber letztlich ungünstige und kaum beeinflussbare Prognosen auf. Das änderte sich erst mit der Einführung neuer Bestrahlungstechniken und den modernen Chemotherapieprotokollen in die Krebstherapie Ende der 1960er Jahre. Darüber hinaus lässt sich an dieser alten Einteilung vor der Kiel-Klassifikation ablesen, wie rudimentär die physiologischen immunologischen Prozesse als Ursprung der Lymphome erforscht waren. Erst gegen Ende der 1960er Jahre lieferte die Grundlagenforschung radikal neue Einblicke in die Biologie des Immunsystems und ihrer Organe. Der Lymphozyt machte binnen weniger Jahre eine rasante Karriere. Die wenig beachtete kleine „Entzündungszelle“ avancierte zum zentralen Funktionsträger komplexer Abwehrprozesse. Entscheidende Impulse für die Lymphomforschung brachte vor allem die Entdeckung der Existenz von B- und T-Zellen. Lennert und seine Mitarbeiter erkannten die Tragweite dieser Erkenntnisse für die Klassifikation der Malignen Lymphome und trugen diesen wissenschaftlichen Aufbruch in die Pathologie und damit in die angewandte Medizin.

Ab 1970 begannen in Kiel intensive Forschungen. Grundlage war das einige Jahre zuvor von Lennert gegründete Kieler Lymphknotenregister, ein diagnostisches Referenzzentrum, das eine große Zahl von Fällen der seltenen Krankheiten lieferte. Durch die zentrale Bearbeitung war eine einheitliche Dokumentation und labortechnische Bearbeitung sowie die regelmäßige Nachverfolgungen des Krankheitsverlaufes möglich (Abbildung 1). Damit beruhte die Arbeit von Anfang an auf einer institutionalisierten Zusammenarbeit der Kieler Pathologen mit einem Netzwerk von Onkologen aus ganz Deutschland. Die 1972 initiierte Kiel-Lymphoma-Study Group war die erste klinisch-pathologische Studiengruppe Deutschlands und Keimzelle für die sich später entwickelnden Studiengruppen maligner Lymphome, wie wir sie heute noch im KML kennen. Dieser disziplinäre Brückenschlag entsprach Lennerts Auffassung von den Aufgaben einer modernen Pathologie und fand in der Architektur der Kiel-Klassifikation seinen Niederschlag: Das System zeigt eine Unterteilung in hoch- und niedrigmaligne Lymphome, die bei nicht sicher klassifizierbaren Fällen immerhin eine therapeutische Richtungsentscheidung erlaubte. Das Interesse an klinischen Belangen bedingte auch den theoretischen Kern der Kiel-Klassifikation – das *„Cell-of-Origin“*-Prinzip. Lennerts wichtigstes Werkzeug war seit seinen Anfangstagen die Giemsa-Färbung, eine Ausstrichfärbung der klinischen Hämatologie. Damit verfolgte er einen zytologischen Ansatz, der mit den Erkenntnissen der modernen Immunologie zusammenlief (Abbildung 2).

Bild nicht verfügbar

Die einzelnen Lymphomentitäten wurden auf die physiologischen Funktionsformen der Lymphozyten bezogen. Ein entscheidender Durchbruch gelang 1972 mit der Anwendung eines Verfahrens aus der Immunologie. Dabei gelang Lennert mit seinen Mitarbeitern Harald Stein und Reza Parwaresch der Nachweis, dass die bis dahin als Retikulosarkome bezeichneten Erkrankungen Immunglobuline produzieren und folglich nicht zum Retikulohistiotytären System gehören, sondern als B-Zell-Lymphome anzusehen sind. 1974, vor vierzig Jahren und zehn Jahre nach der Gründung des Lymphknotenregisters lieferte die Kiel-Klassifikation zum ersten Mal einen Entwurf, der die Gesamtheit der malignen Erkrankungen des lymphatischen Systems nach einem stringenten Prinzip ordnete und dabei die epochalen Durchbrüche der modernen Immunologie berücksichtigte (Abbildung 3).

In der heutigen WHO-Klassifikation finden sich zwar nur noch wenige nomenklatorische Hinweise auf die Kiel-Klassifikation, die histologische Beschreibung der Erkrankungen und der Zellarten basiert jedoch nach wie vor auf Arbeiten der Kieler Gruppe. Klassifikationen bzw. die in ihnen festgeschriebenen Diagnosebegriffe bilden den Dreh- und Angelpunkt zwischen dem theoretischen Wissen über die Krankheiten, den technischen Möglichkeiten der Diagnostik und der zu steuernden therapeutischen Instrumente. Die Entwicklung der letzten Jahre macht deutlich, dass die Klassifikation von Erkrankungen mehr und mehr eine interdisziplinäre Aufgabe wird, bei der histopathologische, immunphänotypische, klinische und genetische Befunde zu einer Diagnose zusammengeführt werden müssen. Eine Aufgabe der Zukunft wird es sein, diese Klassifikationen trotz ihrer Komplexität verständlich und anwendbar zu gestalten – in Deutschland mit seinen weit entwickelten Versorgungsstrukturen wie dem KML, aber auch in Ländern mit weniger medizinischen Möglichkeiten. Die histologische Morphologie – die Basis der Kiel-Klassifikation – wird gerade unter diesem Aspekt auch in Zukunft eine wegweisende Bedeutung bei der Diagnose und Klassifikation von Lymphomen behalten.

Weitere Informationen

Prof. Dr. Wolfram Klapper
Institut für Pathologie
Sektion Hämatopathologie und Lymphknotenregister
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Michaelisstr. 11, D-24105 Kiel

📞 0431 597-3399

📠 0431 597-4129

Ulrich Mechler, M.A.
Medizin- und Pharmaziehistorische Sammlung,
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Bild nicht verfügbar

Aktuelle und geplante Studien der KML-Studiengruppen

Studie	Gruppe	Status	IVML	Voraussetzungen	Studienkonzept
Chronische lymphatische Leukämie					
CLLM1	DCLLSG	aktiv	ja	körperlich fit, Risikopatienten nach FCR- oder BR-Therapie	Erhaltungstherapie mit Lenalidomid oder Placebo
CLL12	DCLLSG	aktiv	?	Stad. Binet A, keine Vorbehandlung, Risikopatienten	Primärtherapie; Wirkung und Sicherheit von Ibrutinib versus Placebo
DCLLSG Register	DCLLSG	aktiv	nein	alle Patienten mit CLL	Nicht-interventionelle Beobachtungsstudie
CLL2 BIO	DCLLSG	geplant (2014)	nein	alle Patienten mit CLL	Primär- & Rezidivtherapie; optionales Debulking mit bis zu 2x Bendamustin, danach 6x Ofatumumab + Ibrutinib, danach Erhaltungstherapie mit Ofatumumab + Ibrutinib
CLL2 BCG	DCLLSG	geplant (2014)	nein	alle Patienten mit CLL	Primär- & Rezidivtherapie; optionales Debulking mit bis zu 2x Bendamustin, danach 6x GA101 + Idelalisib, danach Erhaltungstherapie mit GA101 + Idelalisib
CLL2 BAG	DCLLSG	geplant (2014)	nein	alle Patienten mit CLL	Primär- & Rezidivtherapie; optionales Debulking mit bis zu 2x Bendamustin, danach 6x GA101 + ABT199, danach Erhaltungstherapie mit GA101 + ABT199
CLL2 BIG	DCLLSG	geplant (2014)	nein	alle Patienten mit CLL	Primär- & Rezidivtherapie; optionales Debulking mit bis zu 2x Bendamustin, danach 6x Antikörper + Ibrutinib, danach Erhaltungstherapie Antikörper + Ibrutinib
CLLR3	DCLLSG	geplant (2014)	nein	körperlich fit, behandlungsbedürftiges Rezidiv	Rezidivtherapie; Fludarabin + Cyclophosphamid + GA101 (FCG) versus Bendamustin + GA101 (BG), danach Erhaltungstherapie mit GA101
CLL14	DCLLSG	geplant (2014)	nein	Stad. Binet C oder therapiebedürftige Stad. A und B, relevante Komorbidität	Primärtherapie; Bendamustin (abhängig von Tumorlast), danach GA101 + ABT199, danach Erhaltungstherapie mit ABT199 versus Erhaltungstherapie aus GA101 + Chlorambucil
Cologne Transplant	DCLLSG	geplant (2015)	nein	Hochrisiko-CLL	Transplantation im Hochrisiko
Hodgkin Lymphom (HL)					
HD16	GHSG	aktiv	ja	18-75 J., Stad. IA, IB, IIA, IIB ohne Risikofakt.	Primärtherapie; 2x ABVD + Bestrahlung (20 Gy IF-RT) oder 2x ABVD, abhängig von PET: Bestrahlung (20 Gy IF-RT) oder Nachsorge
HD17	GHSG	aktiv	ja	18-60 J., Stad. IA, IB, IIA mit Risikofakt. a-d oder Stad. IIB mit Risikofakt. c, d	Primärtherapie; 2x BEACOPPesk + 2x ABVD, anschließend PET; wenn PET positiv: 30 Gy IF-Bestrahlung oder 30 Gy IN-Bestrahlung; wenn PET negativ: 30 Gy IF-Bestrahlung oder Nachsorge
HD-R3i	GHSG	aktiv	ja	18-60 J., alle Stad., rezidiert	Rezidivtherapie: Phase I: Dosisescalation von Ever-DHAP; Phase II: Ever-DHAP + BEAM + ASZT oder Placebo-DHAP + BEAM + ASZT
HD21	GHSG	geplant (2015)	?	18-60 J., Stad. IIB mit Risikofakt. a, b; III und IV	Primärtherapie; 6x BRECADD oder 6x BEACOPPesk + 30 Gy Bestrahlung auf PET-positive Resttumore ab 2,5 cm
B-CAP	GHSG	geplant (2014)	?	≥ 60 J., B-CAP Arm: Stad. IIB mit Risikofakt. a, b; III und IV. B-Arm: alle Stad.	Primärtherapie; B-CAP Arm: 6x B-CAP + 30 Gy Bestrahlung auf PET-positive Resttumore ab 2,5 cm. B-Arm: Bis zu 16x Monotherapie mit Brentuximab vedotin
JERICHO	GHSG	geplant (2014)	ja	18-99 J., alle Stad., rezidiert, nach ASZT oder wenn ASZT keine Option	Rezidivtherapie; 2x 25 mg Ruxolitinib pro Tag, in kontinuierlichen 28-Tage-Zyklen.
EuroNet PHL-LP1	GPOH-HD	aktiv	ja	0-18 J., noduläres Lymphozyten-prädominantes HL, Stad. IA und IIA	Primärtherapie; Stad. IA mit kompletter Resektion: keine weitere Therapie; Stad. IA mit nicht-kompletter Resektion oder Stad. IIA: 3x CVP

Aktuelle und geplante Studien der KML-Studiengruppen

Studie	Gruppe	Status	IVML	Voraussetzungen	Studienkonzept
EuroNet PHL-C2	GPOH-HD	geplant (2014)	ja	0-18 J., alle Stad.	Primärtherapie; Therapielinie-1 (frühe Stad. ohne Risikofakt.): 2x OEPA, abhängig von PET: 1x COPDAC-28 + keine Therapie oder IFRT 20 Gy. TL-2 und TL-3: 2x OEPA; abhängig von PET: Konsolidierung mit COPDAC-28 oder DECOPDAC-21; abhängig von weiterem PET: IFRT mit 20-30 Gy (ggf. Boost) oder keine weitere Therapie
Multiples Myelom (MM)					
DSMM XIII	DSMM	aktiv	nein	60-75 J., therapiebedürftig, Stad. II oder III	Primärtherapie; Lenalidomid + Dexamethason ggf. gefolgt von einer dosisangepassten SZT + Lenalidomid-Erhaltung
DSMM XIV	DSMM	aktiv	ja	18-65 J., therapiebedürftig	Primärtherapie; Lenalidomid, Adriamycin, Dexamethason (RAD) vs. Lenalidomid, Bortezomib, Dexamethason (VRD) danach an das Ansprechen angepasste Konsolidierung und Lenalidomid Erhaltung
DSMM XV	DSMM	geplant (2015)	?	ab 18 J., vorbehandelt mit Lenalidomid und Bortezomib	Rezidivtherapie; Pomalidomid, Ixazomib, niedrig dos. Dexamethason; ggf. Hinzunahme von niedrig dosiertem. Cyclophosphamid
DSMM XVI	DSMM/GMMG	geplant (2015)	?	18-65 J., 1-3 Vortherapien	Rezidivtherapie; Carfilzomib-Lenalidomid-Dexamethason-Reinduktion; alloSZT; Carfilzomib-Konsolidierung
ReLApsE	GMMG	aktiv	nein	18-75 J., Stad. II/III, 1.-3. Rezidiv; vorherige ASZT möglich	Rezidivtherapie; Lenalidomid/Dexamethason oder Lenalidomid/Dexamethason mit anschließender ASZT und Lenalidomid-Erhaltung
PERSPECTIVE	GMMG	aktiv	?	≥ 18 J., mindestens zwei Vortherapien (inkl. Bortezomib und Lenalidomid) mit Progress	Rezidivtherapie; 3x Pomalidomid + Dexamethason + angepasste Cyclophosphamid-Gabe ab Zyklus 4
HD6	GMMG	geplant (2014)	?	18-70 J.	Primärtherapie; Kombination von Bortezomib + Lenalidomid mit monoklonalem Antikörper (Hochdosiskonzept)
BPV	GMMG	geplant (2014)	?	≥ 18 J., Pat. nicht für eine HD-Therapie und SZT geeignet,	Primärtherapie ; 9x Bortezomib, Bendamustin + Prednison
BIRMA	GMMG	geplant (2014)	?	rezidiv. oder rez.-refraktäres MM ab 2. Progress	Rezidivtherapie; Kombination der Kinase-Inhibitoren LGX818 und MEK 162 für Patienten mit BRAF-V600 Mutation
Aggressive B-Zell Lymphome / Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL)					
DSHNHL 2009-1 OPTIMAL>60	DSHNHL (Homburg)	aktiv	ja	Primärtherapie; 61-80 J., Stad. I-IV, alle IPI	Primärtherapie; Günstige Prognose: abhängig von PET im def. Restaging: 4x R-CHOP/CHLIP-14 + 4x R oder 6x R-CHOP/CHLIP-14 + 2x R + Bestrahlung. Weniger Günstige Prognose: 6x R-CHOP/CHLIP-14 + 2x R oder 6x R-CHOP/CHLIP-14 + 4x R. Abhängig vom PET im definitiven Restaging: Bestrahlung
DSHNHL 2010-1 B-R-ENDA	DSHNHL (Göttingen)	aktiv	ja	B-Zell-Lymphome, ab 81 J. oder nicht-fitte Patienten ab 61 J.n	Primärtherapie; Vorphase: Prednisolon + 1x Rituximab (i.v. d-3); Therapie/Hauptphase: 7x Rituximab (SC d1) + 6x Bendamustin (d1 + 2)
DSHNHL 2004-2 FLYER	DSHNHL (Homburg)	aktiv	ja	18-60 J., Stad. I-IV, ohne Risikofakt. (IPI=0), ohne Bulk	Primärtherapie; 6x R-CHOP-21 oder 4x R-CHOP-21 + 2x Rituximab
DSHNHL 2004-3 UNFOLDER	DSHNHL (Homburg)	aktiv	ja	18-60 J., Stad. I-IV, mit Risikofakt. (IPI=1) oder IPI=0 mit Bulk	Primärtherapie; 6x R-CHOP-21 oder 6x R-CHOP-14 + G-CSF; Bestrahlung bei großer Tumormasse und/oder Extranodalbefall
DSHNHL 2008-R6 R ² -DHAP, Amendm. 1	DSHNHL (Hamburg)	aktiv		18-70 J., alle Stad. und Risikogruppen	Rezidivtherapie; 3x Lenalidomid + R-DHAP (ggf. + autologe oder allogene SZT - nicht Teil der Studie)
Peripheres T-Zell Lymphom					
DSHNHL 2006-1A (AATT)	DSHNHL (Hamburg)	aktiv	nein	18-60 J., alle Stad. außer Stad. I (IPI = 0)	Primärtherapie; 4x CHOEP, 1x DHAP danach randomisiert ASZT oder AlloSZT
Follikuläres Lymphom					
RELEVANCE	GLSG	aktiv	nein	fortgeschrittene Stad.	Primärtherapie; R-CHOP gegen R-Lenalidomid
ALTERNATIVE	GLSG	geplant (2014)	nein	fortgeschrittene Stad.	Primärtherapie; Phase-II-Studie zur Kombination von Ibrutinib plus GA 101

Studie	Gruppe	Status	IVML	Voraussetzungen	Studienkonzept
BERT	GLSG	aktiv	ja	Follikuläres und Mantelzell-Lymphom, 1.-3. Rezidiv	Rezidivtherapie; 4x Bendamustin-Rituximab + Temsirolimus (Phase II)
ReBeL	GLSG	aktiv	nein	1.-3. Rezidiv	Rezidivtherapie; 6x Rituximab-Lenalidomid +/- Bendamustin (Phase II)
FLAZ	GLSG	geplant (2014)	nein	< 65 J., 1.-2. Rezidiv	Rezidivtherapie; R-Chemotherapie, danach: Radioimmuntherapie + Rituximab-Erhaltung vs. HD-Konsolidierung + Rituximab-Erhaltung (Phase III)
BO 29337	GLSG	aktiv	nein	follikuläre Lymphome im Rezidiv	Rezidivtherapie; Phase-II-Studie zur Gabe von GDC 199 plus Ritux. oder GDC 199 plus Ritux plus Bendamustine oder GDC 199 plus Bendamustine
Marginalzonen Lymphom					
MZoL-Register	MZoL-Register	aktiv	nein	alle Marginalzonen-Lymphome, alle Stad.	nicht-interventionelles prospektives Register zur Häufigkeit, Verbreitung und Behandlung bei MZoL
Mantelzell Lymphom					
MCL elderly R2	MCLnet	geplant (2014)	nein	nicht vorbehandelt, ≥ 65 J. oder 60-65 J., für HD-Therapie nicht geeignet	Primärtherapie; 8x R-CHOP vs. 6x R-CHOP/R-HAD; bei CR/PR: Rituximab -vs. Rituximab/Lenalidomid -Erhaltung (Phase III)
MCL younger II (Triangle)	MCLnet	geplant (2015)	nein	≤ 65 J., keine Vorbehandlung	Primärtherapie; 6x R-CHOP/R-DHAP + HD-Konsolidierung vs. 6x R-CHOP/R-DHAP + Ibrutinib + HD-Konsolidierung + Ibrutinib-Erhaltung vs. 6x R-CHOP/R-DHAP + Ibrutinib + Ibrutinib-Erhaltung (Phase III)
R-HAD +/- Bortezomib	MCLnet	aktiv	ja		Rezidivtherapie; 4x Rituximab, hochdosiertes Ara-C, Dexamethason +/- Bortezomib (Phase III)
Morbus Waldenström					
ECWM-1	ECWM	aktiv	nein		Primärtherapie; subkutanes Rituximab + orales Cyclophosphamid + orales Dexamethason (DRC) vs. subkutanes Bortezomib + DRC
ECWM-R1	ECWM	geplant (2014)	?		Rezidivtherapie; Wirksamkeit des BTK-Inhibitors
Lymphome nach Transplantationen (PTLD)					
PTLD-1, 5. Amendm.	DPTLDSG	aktiv	ja	über 18 J., CD20-positiv, ECOG 0, 1, 2	Primärtherapie; 4x Rituximab danach 4x Rituximab oder 4x R-CHOP-21 + G-CSF
PTLD-Register D-2006-2012	DPTLDSG	aktiv	ja	alle Patienten mit PTLD	nicht-intervenierende Beobachtungsstudie zur Behandlungspraxis der PTLD im klinischen Alltag
PTLD-2	DPTLDSG	geplant (2014)	?	über 18 J., CD20-positiv, ECOG 0, 1, 2	Primärtherapie; 4x Rituximab SC (Rsc), danach abhängig vom Ansprechen, IPI und transplantiertem Organ: 4x Rsc oder 4x Rsc-CHOP-21 + G-CSF oder 6x Rsc plus alternierend CHOP oder DH0x + G-CSF.
Lymphome des zentralen Nervensystems (ZNS-Lymphome)					
MATRIx	Koop. ZNS-Studien-gruppe	aktiv	?	Primäres ZNS-Lymphom, 18-65 J. mit ECOG PS 0-3 oder 66-70 J. mit ECOG PS 0-2	Primärtherapie; Arm A: 4x MATRIx (MTX + Ara-C +Thiotepa + Rituximab) danach 2x DeVIC (Dexamethason, Etoposid, Ifosfamid, Carboplatin) als Standardkonsolidierung; Arm B: 4x MATRIx (MTX + Ara-C +Thiotepa + Rituximab) danach HD-Therapie mit BCNU + Thiotepa + ASZT
PIOL-R	G-PCNSL-SG	aktiv	nein	Erstdiagnose eines primären intraokulären Lymphoms (PIOL), mit oder ohne ZNS-Befall oder okuläres Rezidiv eines primären ZNS-Lymphoms	nicht-interventionelle prospektive Beobachtungsstudie
Temsirolimus bei PZNSL	G-PCNSL-SG	aktiv	nein	Primäres ZNS Lymphom, 18-75 J.	Rezidivtherapie; Phase I/II Studie
SZNSL-R (2. Amendment)	G-PCNSL-SG	aktiv	nein	sekundärer ZNS-Befall aggressiver systemischer Lymphome	nicht-interventionelle prospektive Beobachtungsstudie

Studiengruppen im Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V.

DCLLSG	Deutsche CLL Studiengruppe (KÖLN)
GHSG	Deutsche Hodgkin Studiengruppe (KÖLN)
GPOH-HD	Hodgkin-Studiengruppe der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie & Hämatologie (HALLE)
DSMM	Deutsche Studiengruppe Multiples Myelom (WÜRZBURG)
GMMG	German Speaking Myeloma Multicenter Group (HEIDELBERG)
DSHNHL	Deutsche Studiengruppe Hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome (HOMBURG / HAMBURG / GÖTTINGEN)
GLSG	Deutsche Studiengruppe Niedrigmaligne Lymphome (MÜNCHEN)

MCLnet	Europäisches Mantelzell-Lymphom Netzwerk (MÜNCHEN)
ECWM	Europäisches Konsortium für Morbus Waldenström (ULM)
DPTLDSG	Deutsche Studiengruppe Posttransplantationslymphome e.V. (KIEL)
K-ZNS-SG	Kooperative Studiengruppe ZNS-Lymphome (STUTTGART)
G-PCNSL-SG	Deutsche Studiengruppe Primäre ZNS Lymphome (BERLIN)
OSHO	Ostdeutsche Studiengruppe für Hämatologie und Onkologie e.V. (LEIPZIG/ERFURT)

Die Adressen sind unter www.lymphome.de gelistet oder können telefonisch erfragt werden unter Tel.: 0221 478-7400

Weitere Abkürzungen

ABVD	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Adriamycin (Doxorubicin), Bleomycin, Vinblastin und Dacarbazin
ABT199 (=GDC199)	Wirkstoff, der das Protein Bcl-2 blockiert und dadurch den natürlichen Zelltod maligner Zellen fördert.
ASZT	Autologe Stammzelltransplantation
AlloSZT	Allogene Stammzelltransplantation
B-CAP	Chemotherapie mit den Wirkstoffen BCNU, Cyclophosphamid, Adriamycin (Doxorubicin) und Prednison
BCNU	Bis-Chlorethyl-Nitroso-Urea (Carmustin), chemotherapeutischer Wirkstoff
BEACOPPesk	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Bleomycin, Etoposid, Doxorubicin, Cyclophosphamid, Vincristin, Procarbazine und Prednison
BEAM	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Carmustin, Etoposid, Cytarabin (Ara C) und Melphalan
BR	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Bendamustin und Rituximab
BRECADD	Chemoimmuntherapie mit den Wirkstoffen Brentuximab vedotin, Etoposid, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Dexamethason und Dacarbazin
BTK Inhibitor	Wirkstoff, der die Bruton-Tyrosinkinase (= BTK) blockiert und so die Signalübertragung maligner Zellen verhindert.
Bulk	Vorliegen großer Tumormassen
CHLIP	CHOP-Chemotherapie mit liposomalem Vincristin anstelle des herkömmlichen Vincristins
CHOEP	CHOP-Chemotherapie ergänzt um den Wirkstoff Etoposid.
CHOP	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin und Prednison
COPDAC	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Vincristin, Prednison und Dacarbazin
CR/PR	Komplette (engl. = complete) Remission / Partielle Remission
DeVIC	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Dexamethason, Etoposid, Ifosfamid, Carboplatin
DECOPDAC	COPDAC-Chemotherapie ergänzt um die Wirkstoffe
DHOx	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Dexamethason, hochdosiertem Cytarabin und Oxaliplatin
DHAP	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Dexamethason, hochdosiertem Ara-C (Cytarabin) und Cisplatin

Ever-DHAP	DHAP-Chemotherapie ergänzt um den Wirkstoff Everolimus
FCR	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Fludarabin, Cyclophosphamid und Rituximab
GA101	(= Obinutuzumab) monoklonaler Antikörper, der an Lymphomzellen bindet und diese abtötet
G-CSF	Wachstumsfaktoren
GDC199	Siehe: ABT199
Gy	Gray = Maßeinheit, mit der die Energiedosis einer Bestrahlung gemessen wird
HD-Therapie	Hochdosistherapie
IF-RT	Involved Field (IF) Bestrahlung (RT) = Bestrahlung ausschließlich des betroffenen (= involvierten) Gewebes
IPI	Internationaler Prognostischer Index zur Einteilung von Risikogruppen
IVML	Integrierte Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen – qualitätsgesicherte Versorgung für gesetzlich versicherte Patienten der AOK, HKK, DAK, TK, Barmer, HEK und KKH/Allianz
MATRIx	Chemoimmuntherapie mit den Wirkstoffen MTX, Ara-C, Thiotepe und Rituximab
OEPA	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Vincristin, Etoposid, Prednison und Doxorubicin
PET	Positronenemissionstomographie, bildgebendes Verfahren zur Diagnostik oder Therapiekontrolle.
PIOL	primäres intraokuläres Lymphom (Lymphom im Auge)
R-	Rituximab (= therapeutischer Antikörper), der häufig in Kombination mit einer Chemotherapie (= Chemoimmuntherapie) oder als Erhaltungstherapie gegeben wird
R-HAD	Chemoimmuntherapie mit den Wirkstoffen Rituximab, hochdosiertem Ara-C und Dexamethason
Rsc	Rituximab SC (= subkutan, unter die Haut)
RAD	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Adriamycin (Doxorubicin) und Dexamethason
sc	Subkutan (= unter die Haut)
SZT	Stammzelltransplantation
TL	Therapielinie
VRD	Chemotherapie mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Bortezomib und Dexamethason

In der KML-Geschäftsstelle hat es eine personelle Veränderung gegeben: Nach knapp vier Jahren engagierter Tätigkeit für die Integrierte Versorgung von Patienten mit Malignen Lymphome (IVML) nimmt Laura Borgolte nun neue Aufgaben innerhalb der Uniklinik Köln wahr. Natalie Schreiber, die bereits seit 2011 im KML arbeitet und mit der IVML gut vertraut ist, hat zum 1. April 2014 den Tätigkeitsbereich KML | Versorgungsmanagement übernommen. Frau Schreiber steht Patienten, Behandlungszentren und Studiengruppen gerne als Ansprechpartnerin für alle Fragen rund um die IVML & Versorgung von Patienten zur Verfügung. (NaS)

Weitere Informationen:

Natalie Schreiber, M.A.
Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V.
Universitätsklinikum Köln (AöR)
D-50924 Köln
☎ 0221 478-7402 oder 478-7400
✉ 0221 478-7406
🌐 www.lymphome.de/ivml

Hodgkin Lymphom: Kompetenznetz veröffentlicht neue Kurzinformation für Patienten



Jedes Jahr erkranken in Deutschland rund 2.200 Menschen neu an einem Hodgkin Lymphom. Von dieser Tumorerkrankung des lymphatischen Systems sind vor allem junge Menschen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr betroffen, ein zweiter Erkrankungsgipfel liegt jenseits des 65. Lebensjahres. Das Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. (KML) hat nun in seiner Reihe „Kurzinformationen“ ein neues Faltblatt zu dieser Erkrankung herausgegeben, das in knapper und übersichtlicher Form wichtige Fragen rund um die Krankheit beantwortet. Der Text wurde von der Deutschen Hodgkin

Studiengruppe (GHSG) erstellt (Autor: Paul Bröckelmann, Andreas Engert). Die Herstellung des Faltblattes hat die Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG finanziell unterstützt. Das Unternehmen hatte keinen Einfluss auf die Inhalte. Das Faltblatt kann bei der KML-Geschäftsstelle bestellt oder vom Internetportal des KML www.lymphome.de heruntergeladen werden. (SH)

Bestelladresse: Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V., Uniklinik Köln, D-50924 Köln, ☎ 0221 478-7400, ✉ 0221 478-7406, 📧 lymphome@uk-koeln.de, 🌐 www.lymphome.de

Therapiestudien in der Hämato-Onkologie – neue Broschüre informiert Patienten über klinische Studien



„Soll ich an einer klinischen Studie teilnehmen?“ – Diese Frage stellt sich in Deutschland vielen Patienten mit Leukämien oder Lymphomen, denn ein Großteil der Erkrankten wird hierzulande im Rahmen hämato-onkologischer Therapiestudien behandelt. Mit dem jetzt erschienenen Ratgeber „Therapiestudien in der Hämato-Onkologie. Soll ich an einer klinischen Studie teilnehmen?“ wollen das Kompetenznetz Akute und chronische Leukämien (KNL), das

Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. (KML) und die Stiftung Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe (DLH-Stiftung) Patienten über die Rahmenbedingungen und Abläufe klinischer Studien informieren und darin unterstützen, eine informierte und für sie gute Entscheidung bezüglich einer etwaigen Studienteilnahme zu treffen.

Patienten, die schwer erkrankt sind, erwarten die bestmögliche Behandlung, mit der ihrer Krankheit entgegen getreten werden kann. So ist die Teilnahme an einer klinischen Studie im Rahmen der Therapie oft mit der Hoffnung verbunden, auf diesem Weg Zugang zu innovativen Behandlungskonzepten zu erhalten, die außerhalb von Studien möglicherweise nicht verfügbar sind. Gleichzeitig kann eine Studienteilnahme aber auch Unbehagen

verursachen, da die zum Einsatz kommenden Behandlungsstrategien in der Regel noch nicht ausreichend untersucht wurden bzw. ihr Nutzen noch nicht gesichert ist.

Die jetzt erschienene Broschüre wendet sich an Patienten, die eine Studienteilnahme in Betracht ziehen und sich im Vorfeld über die Gründe, Rahmenbedingungen und Abläufe von Therapiestudien informieren möchten. Erläutert werden die Phasen klinischer Studien im Rahmen der Arzneimittelentwicklung, wie auch das Thema Patientensicherheit. Ein eigenes Kapitel widmet sich der Entscheidungsfindung.

Das Konzept der Broschüre wurde gemeinsam vom Kompetenznetz Akute und chronische Leukämien, dem Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. und der Stiftung Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe entwickelt. Dr. rer. nat. Sina Hehn und Dr. med. Nicola Gökbüget (Kompetenznetz Akute und chronische Leukämien) haben den Text verfasst. Die Herstellungskosten wurden von der Stiftung Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe übernommen. (SH)

Bestelladresse: Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V., Uniklinik Köln, D-50924 Köln, ☎ 0221 478-7400, ✉ 0221 478-7406, 📧 lymphome@uk-koeln.de, 🌐 www.lymphome.de

Video-Streams vom EHA 2014 (Mailand) – ein Pilotprojekt

Auf dem jährlich stattfindenden Kongress der "European Hematology Association" (EHA) werden regelmäßig Fortschritte in der Lymphom- und Leukämieforschung präsentiert. In diesem Jahr berichtete das Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. erstmals in Form von Videovorträgen über aktuelle Ergebnisse dieses Kongresses. Experten vor Ort waren Kai Hübel und Karl-Anton Kreuzer (beide Medizinische Klinik I, Uniklinik Köln). Die Vorträge können weiterhin über die KML-Internetseiten aufgerufen werden. Weitere Videovorträge sind für den ASH 2014, der dieses Jahr in San Francisco (USA) stattfindet, vorgesehen.

Die URL zum Aufruf der Vorträge lautet: www.lymphome.de/Netzwerk/Veranstaltungen/2014/EHA2014.jsp (SH)

Weitere Informationen:

Silke Hellmich

KML | Information & Kommunikation

☎ 0221 478-7405

✉ silke.hellmich@uk-koeln.de



Abb. 1: Bildschirmfoto der EHA-Videovorträge. Ermöglicht wird dieses Pilotprojekt durch eine Kooperation mit der Firma Melcom Marketing und Kommunikations GmbH. Für die Unterstützung zur Durchführung danken wir den Firmen Roche, Janssen und Gilead. Diese hatten keinen Einfluss auf die Auswahl und Darstellung der Inhalte.

Studiengruppen

Neu im KML: Europäisches Konsortium für den Morbus Waldenström

C. Buske. Anfang des Jahres haben wir ein neues europäisches Konsortium für den Morbus Waldenström gegründet. Das „European Consortium for Waldenström's Macroglobulinemia“ (ECWM) möchte auf europäischer Ebene die Studienaktivitäten und die translationale Forschung bei dieser sehr seltenen Lymphomerkkrankung unterstützen. In dem Konsortium sind derzeit Studiengruppen aus 15 europäischen Ländern aktiv. Die Federführung und Koordination der Konsortiumsaktivitäten erfolgt über das Comprehensive Cancer Center Ulm. Seit Juli 2014 ist das ECWM auch ordentliches Mitglied im Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V.

Als Teil der Aktivitäten des ECWM wurde vor kurzem eine neue Studie zur Behandlung des Morbus Waldenström initiiert: Die Studie ECWM-1 (Sponsor: Universitätsklinik Ulm) prüft europaweit, ob eine Zunahme von Bortezomib die Wirkung einer milden Rituximab/Chemotherapie bestehend aus Rituximab, Cyclophosphamid und Dexamethason (DRC) bei zuvor nicht behandelten Patienten mit Morbus Waldenström weiter steigern kann. Das DRC Regime konnte in einer Phase-II-Studie eine hohe Wirksamkeit und eine exzellente Verträglichkeit bei den häufig älteren Patienten mit Morbus Waldenström zeigen. In dieser nun initiierten prospektiv randomisierten Phase-III-Studie wird in beiden Therapiearmen keine intravenöse (i.v.) Applikation mehr durchgeführt, da sowohl

Rituximab als auch Bortezomib subkutan, Cyclophosphamid und Dexamethason oral verabreicht werden. In Deutschland nehmen 30 Zentren an der ECWM-1 teil.

Für Patienten mit rezidiviertem Morbus Waldenström wird das europäische Konsortium in Kürze an einer weiteren globalen Studie federführend teilnehmen, in der die Wirksamkeit des BTK-Inhibitors Ibrutinib untersucht wird.

Informationen zum Konsortium stehen im Internet unter www.ecwm.eu/ zur Verfügung.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. med. Christian Buske

Ärztlicher Direktor

Institut für experimentelle Tumorforschung

Comprehensive Cancer Center Ulm

Albert-Einstein-Allee 11

D-89081 Ulm

☎ 0731 500-65888

Marginalzonen-Lymphome: Umzug des nationalen MZoL-Registers nach Ulm

Das von der Krebshilfe geförderte und von Dr. Peter Koch geleitete Nationale Register für Marginalzonen-Lymphome ist zum 1. Juni 2014 nach Ulm umgezogen. Die Zentrale des Registers ist am Comprehensive Cancer Center Ulm lokalisiert und wird von Prof. Dr. Christian Buske geleitet. Das Register hat zum Ziel, prospektive Daten hinsichtlich der epidemiologischen Verteilung und klinischen Behandlung dieser seltenen Form des Lymphoms bundesweit zu erheben. Des Weiteren sollen die interdisziplinären Versorgungsstrukturen für MZoL-Patienten durch das Sammeln von Erfahrungen der behandelnden Kollegen sowie durch Beratung und Vorschläge zum diagnostischen Vorgehen seitens des Registers im deutschsprachigen Bereich verbessert werden.

Weitere Informationen:

Dr. med. Peter Koch
Prof. Dr. med. Christian Buske
Comprehensive Cancer Center Ulm
Universitätsklinikum Ulm
Albert-Einstein-Allee 11
89081 Ulm
☎ 0731 500-65801/65888
☎ 0731 500-65822
✉ mzol-register@cccu.de

Neues aus der Industrie

Fitte, ältere CLL-Patienten: BR etabliert sich als Standard

Die CLL10-Studie der Deutschen CLL-Studiengruppe (DCLLSG) untersucht, ob die Kombination Bendamustin/Rituximab (BR) bei fortgeschrittener chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) in der Erstlinie ebenso effektiv ist wie das als Standard für fitte Patienten geltende FCR-Schema (Fludarabin, Cyclophosphamid, Rituximab). Eine Zwischenanalyse wurde beim ASH-Kongress 2013 vorgestellt (Eichhorst B et al., ASH 2013, Oral Session, Abstr. #526). Beim Deutschen Krebskongress 2014 ordneten Experten die Studie in die derzeitige Behandlungssituation ein und verglichen die Daten mit der Behandlungsrealität aus dem deutschen Tumorregister Lymphatische Neoplasien (TLN) (Knauf W et al., ASH 2013, Poster, Abstr. #4181). Vorläufig bestätigt sich FCR als sehr wirksame Option für junge, fitte CLL-Patienten. Bei fiten Patienten über 65 Jahre ist BR beim Gesamtansprechen und progressionsfreien Überleben gleichwertig, führt aber zu signifikant weniger Neutropenien und Infektionen. Laut TLN ist BR das in der Praxis am häufigsten eingesetzte Regime bei CLL und wird als Standard betrachtet. Die Gesamtansprechraten im Register bei Patienten mit unvorbehandelter CLL waren unter beiden Regimen vergleichbar. Die Experten beim DKK-Kongress resümierten, dass BR für den älteren CLL-Patienten die bessere Wahl sein könnte.

Weitere Informationen:

Mundipharma GmbH
☎ 06431 701-0
✉ www.mundipharma.de

Carfilzomib beim Multiplen Myelom

Carfilzomib, ein Proteasomeninhibitor (PI) der 2. Generation, wurde im Juli 2012 von der FDA zugelassen. Basis waren Ergebnisse einer Studie an 266 Patienten mit rezidiertem Multiplem Myelom, die mindestens zwei Vortherapien erhalten haben, inkl. Bortezomib und einer immunmodulatorischen Substanz (IMiD), z.B. Thalidomid oder Lenalidomid (Siegel DS et al. Blood, 120 (14) (2012), pp. 2817-25). Die Zulassung durch die Europäische Kommission wird nach der Auswertung randomisierter Phase-III-Studien voraussichtlich Ende 2014 beantragt. Im Gegensatz zu Bortezomib inhibiert Carfilzomib irreversibel hauptsächlich die Chymotrypsin-ähnliche katalytische Aktivität des 20 S-Proteasoms mit der Folge einer Hemmung der Zellteilung und Förderung der Apoptose (Kortuem KM, Stewart AK. Carfilzomib; Blood, 121 (6) (2013), pp. 893-897). Verantwortlich ist eine Epoxyketon-Struktur, die sehr spezifisch an das 20 S-Proteasom bindet und anscheinend keine weiteren inhibitorischen Effekte auf andere Proteasen aufweist. Aktuell laufende Phase-III-Studien in der Erstlinientherapie und im Rezidiv untersuchen die Wirksamkeit von Carfilzomib in Kombination mit anderen Chemotherapeutika und IMiDs sowie das Nebenwirkungsprofil auch im Vergleich zu Bortezomib [NCT01080391, NCT01568866, NCT01818752, NCT01302392]. Erste Ergebnisse dieser Studien werden in Kürze erwartet (<https://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=carfilzomib&Search=Search>).

Weitere Informationen:

Amgen GmbH
☎ 089 149096-0
✉ www.amgen.de

Rituximab subkutan bei Lymphomen

Rituximab subkutan (SC) (MabThera® SC) ist zugelassen für die Behandlung von Patienten mit DLBCL und folliculärem NHL. Aktuelle Daten vom EHA beantworten Fragen zur Therapieeinschätzung durch die Patienten und zur Wirksamkeit. Die Pref-Mab-Studie zeigte, dass 83% der 445 befragten Patienten Rituximab SC gegenüber der intravenösen (i.v.) Rituximab-Gabe bevorzugten. Hauptgründe hierfür waren: weniger Zeit in der medizinischen Einrichtung (68%), komfortablere Applikation (42%) und geringere emotionale Belastung (31%) (Rummel M et al., EHA 2014, Milano, Poster). Alle Patienten hatten im Rahmen der Immunchemotherapie sowohl Rituximab SC als auch Rituximab i.v. sequentiell erhalten und konnten somit beide Applikationsformen aus eigenem Erleben beurteilen. Einen validierten Wirksamkeitsvergleich von Rituximab s.c. und Rituximab i.v. zeigte die Auswertung von 410 Patienten im Rahmen der SABRINA-Studie. Gesamtansprechrate und Komplettremissionsrate waren vergleichbar (83% bzw. 33% für Rituximab SC sowie 84% bzw. 32% für Rituximab i.v.). Das Verträglichkeitsprofil war ebenfalls vergleichbar (Davies A et al., EHA 2014, Milano, oral presentation). Die pharmakokinetische Basis für Rituximab SC ist bereits vollpubliziert (Davies A, et al. Lancet Oncol. 2014 Mar;15(3):343-52; Salar A et al., JCO 2014, May 15).

Weitere Informationen:

Roche Pharma AG
☎ 07624 14-3715
✉ www.roche.de

Leitlinien zum Hodgkin Lymphom

S. Hellmich. Anfang 2014 ist eine „Patientenleitlinie“ zum Hodgkin Lymphom erschienen. Dieser Ratgeber für Patientinnen und Patienten basiert auf der bereits 2013 veröffentlichten medizinischen S3-Leitlinie zum Hodgkin Lymphom für Ärztinnen und Ärzte (siehe hierzu auch den Artikel von N. Skoetz im KML-Newsletter 22). Sowohl die S3-Leitlinie, als auch der Patientenratgeber wurden im „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AMWF), der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Deutschen Krebshilfe e.V. entwickelt. Doch was ist das Ziel dieser Leitlinien und was haben Patienten davon?

Bild nicht verfügbar

Medizinische Leitlinien werden von Experten, die in der Regel durch medizinische Fachgesellschaften benannt wurden, systematisch entwickelt und stellen wissenschaftlich begründete Entscheidungshilfen zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge eines bestimmten Krankheitsbildes für Ärztinnen und Ärzte dar. Oft enthalten sie Handlungsempfehlungen, die sich in der Praxis bewährt haben, und die nun die Qualität der Breitenversorgung verbessern sollen. Doch anders als *Richtlinien* sind Leitlinien für den behandelnden Arzt nicht bindend. Ihr Hauptzweck ist vielmehr die Wiedergabe des fachlichen Entwicklungsstandes (= State of the Art), der im Einzelfall an die individuelle Situation und die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden sollte. Abhängig davon, nach welchen methodischen Vorgaben die Leitlinie entwickelt wurde (z.B. systematische vs. nicht-systematische Evidenzbasierung)

und wie die Zusammensetzung der Expertenkommission (repräsentative vs. nicht-repräsentative Expertengruppe) und die Konsensbildung (strukturierte vs. nicht-strukturierte Konsensfindung) verlaufen ist, unterscheidet man verschiedene Entwicklungs- bzw. Qualitätsstufen. Die Entwicklungsstufe S1 erfüllt die niedrigsten Qualitätsanforderungen, während die Entwicklungsstufe S3 als evidenz- und konsensbasierte Leitlinie höchsten Qualitätsanforderungen genügt. Je nach der Geschwindigkeit des Erkenntnisfortschritts müssen Leitlinien regelmäßig aktualisiert werden, so dass Patienten, die „leitlinienkonform“ behandelt werden, auch immer vom aktuellen Stand des Wissens profitieren.

Da die medizinischen Leitlinien vor allem Ärztinnen und Ärzte ansprechen, sind sie aufgrund der verwendeten Fachtermini für Patienten nicht immer gut verständlich. Um die Informiertheit der Patienten zu fördern und sie bei der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung mit ihrem Arzt zu unterstützen, werden von den Fachgesellschaften oft auch entsprechende Patienteninformationen – sogenannte Patientenleitlinien – veröffentlicht. „Die Patientenleitlinien sollen die Betroffenen darüber informieren, was mit ihnen geschieht und welche Alternativen ihnen bei der Wahl der Therapie zur Verfügung stehen. Dies macht Mut und gibt Hoffnung in schwierigen Situationen“, so Professor Dr. Andreas Engert, der die oben genannte Leitlinie zum Hodgkin Lymphom mit den medizinischen Fachgesellschaften koordiniert hatte. Die entsprechende Patientenleitlinie wurde von Autoren der S3-Leitlinie zusammen mit Patientenvertretern formuliert. „Als Experten in eigener Sache wissen wir, welche Fragen die Betroffenen am meisten bewegen. Dies haben wir in die Broschüre mit eingebracht“, fügt Petra Born hinzu, die selbst an einem Hodgkin Lymphom erkrankt war und dem Vorstand der Deutschen Leukämie- und Lymphom-Hilfe (DLH) angehört.

Bestelladresse: Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin, Tel.: 030 322 9329-0, Internet: www.krebsgesellschaft.de

KML Geschäftsstelle

Dr. Birgit Fath
KML | Geschäftsführung
☎ 0221 478-7403
✉ birgit.fath@uk-koeln.de

Silke Hellmich
KML | Information & Kommunikation
☎ 0221 478-7405
✉ silke.hellmich@uk-koeln.de

Natalie Schreiber
KML | Versorgungsmanagement
☎ 0221 478-7402
✉ natalie.schreiber@uk-koeln.de

Angelika Stadelmann
KML | Fortbildung & Sekretariat
☎ 0221 478-7400
✉ angelika.stadelmann@uk-koeln.de

Helena Bauer, Kristina Bensberg-Bäumer,
Christoph Biernacki
KML | Studiendokumentation & Monitoring
☎ 0221 478-7400
✉ lymphome@uk-koeln.de

Thomas Nöllgen, Hannah Böhnemann
KML | Projektassistenz
☎ 0221 478-7400
✉ lymphome@uk-koeln.de

Impressum

Herausgeber & Copyright
Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. (KML)
Vorsitzender: Prof. Dr. med. Michael Hallek
Universitätsklinikum Köln (AÖR)
D-50924 Köln
☎ 0221-478 7400 | ☎ 0221-478 7406
✉ lymphome@uk-koeln.de
🌐 www.lymphome.de

Redaktion & Lektorat
Silke Hellmich (SH) Köln
Natalie Schreiber (NaS) Köln
Dr. Birgit Fath (BF) Köln

Der Newsletter erscheint halbjährlich und kann kostenlos beim KML angefordert werden. Die Inhalte namentlich gekennzeichnete Beiträge liegen in der Verantwortung der jeweiligen Autoren. Die Beiträge aus der Industrie sind Firmendarstellungen und stellen keine Therapieempfehlungen des KML dar.

AMGEN

Roche

mundi pharma