Mitoxantron als Monotherapie beim metastasierten Mammakarzinom

D.		Christmann
----	--	------------

Frauenklinik, Städtisches Krankenhaus Aschaffenburg (Vorstand: Prof. Dr. E. Strobel)

OA Dr. D. Christmann. Frauenklinik. Städtisches Krankenhaus, Lamprechtstraße 2. D-8750 Aschaffenburg

Beim generalisierten Mammacarcinom lassen sich durch den Einsatz von Zytostatika lediglich Remissionen unterschiedlicher Zeitdauer oder stationäres Tumorverhalten erzielen.

Insbesondere Kombinationen von Zytostatika vermindern durch ihre erheblichen Nebenwirkungen die Lebensqualität der betroffenen Patientinnen beträchtlich. Mitoxantron, das erste, vollsynthetisierte Anthrachinonderivat, soll mit geringeren Nebenwirkungen belastet sein. Deshalb haben wir es als Monotherapeutikum bei bereits vorbehandelten Patientinnen mit metastasiertem Mammacarcinom eingesetzt. In einer Dosierung von 14 mg/m² Körperoberfläche wurden Mitoxantron in 3–4 wöchentlichen Zyklen als intravenöser Bolus verabreicht. Von den so behandelten Patientinnen lassen sich bisher 21 Krankheitsverläufe auswerten.

19 der 21 Patientinnen waren bereits mit Telekobaltbestrahlung, Hormonen oder Zytostatika vorbehandelt. Die Hormontherapien hatten in der Verabreichung von Anti-östrogen. hochdosiertem Gestagen, sowie Aromatasehemmer bestanden. Die Chemotherapeutika umfaßten die adjuvante Therapie nach dem CMF-Schema, sowie Doxorubicin und Epirubicin in Kombination.

Tabelle I. Charakteristika der behandelten Patientinnen

Alter 63,4 Jahre Vorbehandlung

(37–80 Jahre) Monotherapie 4

Prämenopausal 2 Zweifach-Therapie 11 n = 19

Postmenopausal 19 n = 21 Dreifach-Therapie 4 Metastasierungstyp

Knochen 10

Weichteile 5

viszeral 9

gemischter

Metastasierungstyp 3

Freie Vorträge 304

Tabelle II. Nebenwirkungen, myeloische und kardiale Toxizität

Mit dem angegebenen Therapieregime erreichten wir bei den 21 Patientinnen nachstehende Therapieergebnisse: Vollremission:

%, J

τ., · ■, 38%

Teilremission

Stationär: 1/2 = 43%

Progression: $\frac{5}{8} = 19\%$

Unter den 7 Patientinnen mit partieller Remission wiesen 4 ausschließlich ossäre Metastasen, eine Patientin viscerale Metastasen und 2 einen gemischten Metastasierungstyp auf.

Bemerkenswert war, daß von den 7 Patientinnen mit partieller Remission 5 bereits mit einer zytostatischen Kombination von Doxorubicin oder Epirubicin vorbehandelt waren. Insgesamt profitierten also $\frac{3}{8}$ der Patientinnen von dieser Monotherapie.

Bei 2 bereits mit Anthracyclinen vorbehandelten Patientinnen kam es unter der Therapie zur erheblichen Einschränkung der myokardialen Kontraktilität, verifiziert durch Abnahme der linksventrikulären Auswurfraction.

Aufgrund dieser dargelegten Ergebnisse kommen wir zu folgenden Schlüssen:

Mitoxantron als Monotherapie hat sich in der angegebenen Dosierung bei diesem Patientinnenkollektiv aufgrund der erzielten Ansprechrate bewährt.

Die Monotherapie mit Mitoxantron war relativ nebenwirkungsarm, sodaß die Lebensqualität unserer Patientinnen dadurch nur gering beeinträchtigt war.

Auch bei Patientinnen, die bereits mit Anthracyclinen vorbehandelt waren, konnte Mitoxantron noch Teilremissionen erzielen.

Die insgesamt günstige Ansprechrate
gepaart mit der relativen Nebenwirkungsarmut
haben uns veranlaßt

Mitoxantron als Monotherapie bei Patientinnen mit metastasierendem Mammakarzinom bereits in der ersten Behandlungslinie einzusetzen.