

Rezidivrisiko von Patienten mit Tumoranamnese unter verschiedenen Biologikatherapien

Strangfeld, Anja¹, **Pattloch, Dagmar**², **Herzer, Peter**³, **Edelmann, Edmund**⁴, **Zinke, Silke**⁵, **Aringer, Martin**⁶, **Listing, Joachim**¹, **Zink, Angela**¹

¹ Deutsches Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Forschungsbereich Epidemiologie, Berlin

² Deutsches Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Berlin

³ Rheumatologische Praxis, München

⁴ Rheumatologische Gemeinschaftspraxis, Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V., Bad Aibling

⁵ Praxis Dr. Zinke, Berlin

⁶ Universitätsklinikum "Carl Gustav Carus" an der Technischen Universität Dresden, Medizinische Klinik III, Rheumatologie, Dresden

Einleitung

Bei Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis (RA) und einem malignen Tumor in der Anamnese ist die Entscheidung, welche Therapie zur Behandlung der RA die beste ist, mitunter nicht einfach. Es gilt, die Krankheitsaktivität zu kontrollieren bei gleichzeitig minimalem Risiko für ein Tumorrezidiv. Im RABBIT-Register haben wir beobachtet, dass Patienten mit einer Tumoranamnese zunehmend mit Rituximab (RTX) behandelt werden. Wir untersuchten das Risiko für Rezidive unter der Therapie mit verschiedenen biologischen (b) und synthetischen (s) DMARDs.

Methoden

Datengrundlage ist das Biologikaregister RABBIT, in dem RA Patienten mit dem Beginn einer bDMARD- oder sDMARD-Therapie eingeschlossen und über mindestens 5 Jahre beobachtet werden. Komorbiditäten und wichtige anamnestische Angaben (wie Tumorthistorie) werden bei Einschluss erhoben. Im Verlauf werden unerwünschte Ereignisse regelmäßig erfragt und dokumentiert.

In die aktuelle Analyse wurden nur Patienten eingeschlossen, die bei Einschluss eine Tumoranamnese hatten. Ausgewertet wurden alle Informationen bis 30. Oktober 2013. Wo es aufgrund der Fallzahl möglich war, wurden zusätzlich zur allgemeinen Auswertung tumorspezifische Rekurrenzen betrachtet. Diese Ergebnisse stützen die Gesamtaussage, können hier aber aus Platzgründen nicht dargestellt werden.

Ergebnisse

Von 10,168 in das Register eingeschlossenen Patienten mit insgesamt 36,595 Patientenjahren Beobachtungszeit war bei 367 (3,6%) eine Tumoranamnese dokumentiert worden. Ein großer Anteil von ihnen wurde mit Rituximab therapiert (28%). Für Patienten mit Lymphomen in der Vorgeschichte betrug die Beobachtungszeit in RABBIT im Mittel 3 Jahre, für solche mit soliden

Thema: **Rheumatoide Arthritis**
14-178

Tumoren 2,6 Jahre. Rezidivraten und das Auftreten neuer inzidenter Tumore sind in der Tabelle dargestellt.

	Beginn einer Therapie mit			
	konventionellen sDMARDs	Rituximab	TNF-Inhibitoren*	anderen Biologika [§]
Patientenzahl insgesamt	3.399	770	5.231	768
Beobachtete Patientenjahre (PJ)	12.190	2.236	20.446	1.722
Patienten mit <u>früheren Lymphomen</u> , n (%)	10 (0.3)	24 (3.1)	6 (0.1)	2 (0.3)
Zeit zwischen Lymphom und Therapiebeginn (Median, Jahre)	7.6	4.0	1.3	3.6
Rezidivrate / 100 PJ [#] (n Ereignisse)	0	3.4 (2)	4.5 (1)	0
95% Konfidenzintervall		0.4-12.3	0.1-25.3	
Patienten mit <u>früheren soliden Tumoren</u> , n (%)	112 (3.3)	77 (10)	109 (2.1)	32 (4.2)
Zeit zwischen Tumor und Therapiebeginn (Median, Jahre)	5.9	3.3	6.8	5.2
Rezidivrate / 100 PJ [#] (n Ereignisse)	3.6 (13)	3.9 (7)	5.7 (21)	4.0 (3)
95% Konfidenzintervall	1.9-6.1	1.6-8.0	3.5-8.8	0.8-11.7

14-178 Tabelle *TNF-Inhibitoren: Adalimumab, Etanercept, Infliximab, Certolizumab pegol, Golimumab

§ andere Biologika: Abatacept, Anakinra, Tocilizumab

PJ= Patientenjahre zwischen Einschluss (Beginn der Therapie) und rezidivtem oder neu aufgetretenem (inzidentem) Malignom, oder Ende der Beobachtung

Schlussfolgerung

Die Analyse unserer Daten liefert keinen Hinweis auf ein im Vergleich zur konventionellen sDMARD-Therapie erhöhtes Rezidivrisiko unter der Therapie mit Rituximab oder anderen Biologika bei Patienten mit Lymphomen oder soliden Tumoren in der Anamnese. Auch die im Vergleich zu anderen Therapien deutlich kürzere Zeitdauer zwischen Tumoranamnese und Beginn der RTX-Behandlung scheint die Rezidivrate nicht zu erhöhen.

Finanzierung: RABBIT wird im Rahmen eines unconditional grant durch AbbVie, Bristol-Myers Squibb, MSD Sharp & Dohme, Pfizer, Roche und UCB unterstützt.