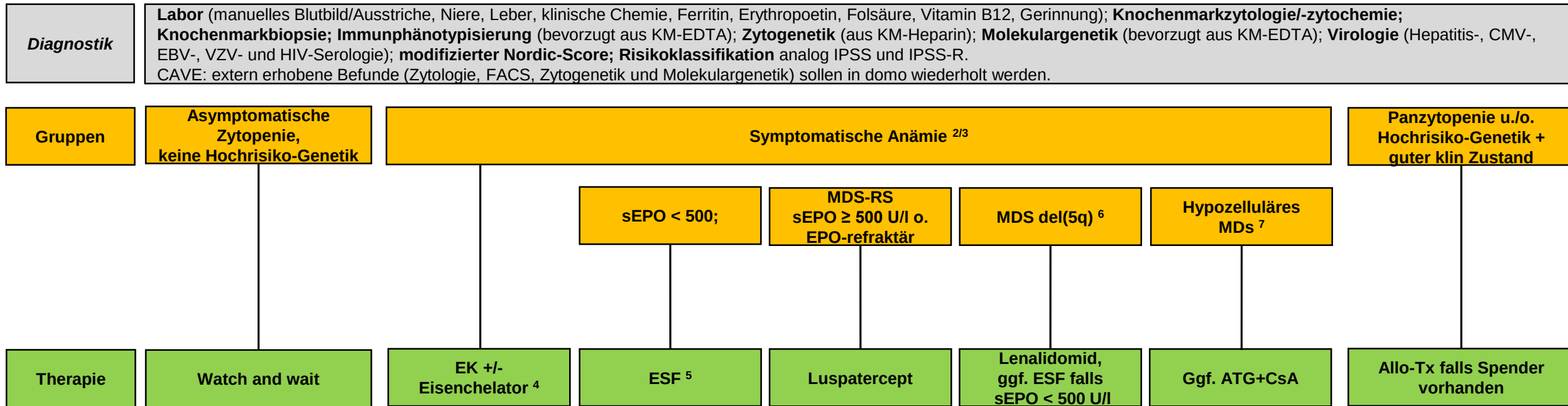


Myelodysplastisches Syndrom (MDS): Niedriges Risiko¹



¹ nach IPSS: LOW, INT-1; nach IPSS-R: VERY LOW, LOW, INT.

² Thrombozytopenie: nach Mgl. keine prophylaktischen Thrombozytengaben; ggf. Trombopoietin-Rezeptor-Agonsiten nach Kassen-Antrag

³ Neutropenie: kein routinemäßiger Einsatz von G-CSF (Ausnahme: interventionelle Gabe bei komplizierten Infektionen/ febriler Neutropenie)

⁴ Deferasirox ab 20 EK-Transfusionen oder Serumferritin-Spiegel > 1000 ng/ml (insbesondere vor einer geplanten Allo-Tx)

⁵ ESF (Erythropoese stimulierende Faktoren): Erythropoietin (z.B. Epoietin alpha etwa 40.000-80.000 IE/Woche) oder Verzögerungserythropoietin (Darbepoietin alpha; 300 µg/Woche oder 500 µg/2 Wochen). Bei unzureichender Wirkung Versuch mit zusätzlichem G-CSF (100 µg sc/Woche)

⁶ Vor Therapie-Beginn TP53-Status bestimmen

⁷ Alter < 60 J, Blasten im KM <5%, normale Zytogenetik

Myelodysplastisches Syndrom (MDS): Hohes Risiko¹

Diagnostik

Labor (manuelles Blutbild/Ausstriche, Niere, Leber, klinische Chemie, Ferritin, Erythropoetin, Folsäure, Vitamin B12, Gerinnung); **Knochenmarkzytologie/-zytochemie**; **Knochenmarkbiopsie**; **Immunphänotypisierung** (bevorzugt aus KM-EDTA); **Zytogenetik** (aus KM-Heparin); **Molekulargenetik** (bevorzugt aus KM-EDTA); **Virologie** (Hepatitis-, CMV-, EBV-, VZV- und HIV-Serologie); **modifizierter Nordic-Score**; **Risikoklassifikation** analog IPSS und IPSS-R; **HLA-Typisierung**; **HCT-CI-Score**
CAVE: extern erhobene Befunde (Zytologie, FACS, Zytogenetik und Molekulargenetik) sollen in domo wiederholt werden.

Gruppen

Nicht geeignet für Allo-Tx/
Allo-Tx nicht möglich

Geeignet für Allo-Tx

Therapie

Azacitidin ^{2/3/4}
supportive Therapie

Allo-Tx ⁵

¹ nach IPSS: INT-2, HIGH; nach IPSS-R: HIGH, VERY HIGH

² Therapie über mind. 4-6 Zyklen zur Beurteilung des Ansprechens notwendig

³ in Einzelfällen bei Fehlen einer Hochrisiko-Zytogenetik und Blasten $\geq 10\%$ intensive Chemotherapie analog AML

⁴ ggf. Kassenantrag auf Kostenübernahme Azacitidin+Venetoclax (analog M15-531-Studie)

⁵ nach Mgl. ohne vorherige Induktionschemotherapie

Möglichkeiten im Rezidiv / bei Progress (in Abhängigkeit von dem führenden Problem)

- Decitabine, Hydroxyurea, low dose AraC