

Langzeit-Follow-up mit Ipilimumab

Die Langzeitnachbeobachtung einer Phase-III-Studie (CA184-024) bei 502 nicht-vorbehandelten Patienten mit fortgeschrittenem Melanom ergab eine Vier-Jahres-Überlebensrate von 19 % bei Behandlung mit Ipilimumab (Yervoy®) 10 mg/kg KG und Dacarbazin verglichen mit 9,6 % unter Dacarbazin-Monotherapie (Mario M et al., ESMO 2012:#1127). In drei Phase-II-Studien (CA184-007, CA184-008 und CA184-022) erhielten die Patienten Ipilimumab mit 0,3 mg/kg KG, 3 mg/kg KG und 10 mg/kg KG. Bei nicht-vorbehandelten Patienten lagen die Fünf-Jahres-Überlebensraten zwischen 38 % und 49 % und hatten sich zu den Vier-Jahres-Überlebensraten nicht verändert. Bei vorbehandelten Patienten blieben die Fünf-Jahres-Überlebensraten mit 12–28 % relativ stabil (versus 14–28 %).

Der vollständig humanisierte monoklonale Antikörper blockiert das zytotoxische T-Lymphozyten-Antigen-4 und ist in Europa in der Dosierung von 3 mg/kg KG zur Behandlung erwachsener Patienten mit vorbehandeltem fortgeschrittenem (nicht-resezierbarem oder metastasiertem) Melanom zugelassen.

nach Informationen der Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA

Chemotherapie beim mCRPC: Neutropenien vermeiden

Bei der sequenziellen Chemotherapie bei Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) können febrile Neutropenien durch den prophylaktischen Einsatz von G-CSF (Granulozyten-Kolonie-stimulierender Wachstumsfaktor) (z.B. Pegfilgrastim [Neulasta®]) vermieden werden. Zur Primärprophylaxe kann G-CSF einmal pro Chemotherapiezyklus appliziert werden. Die Einmalgabe ist vor allem für ambulant behandelte Prostatakarzinompatienten vorteilhaft.

nach Informationen der Amgen GmbH

Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Brentuximab Vedotin

Neue Therapieperspektiven bei CD30-positiven Lymphomen

Ende Oktober 2012 wurde das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (ADC) Brentuximab Vedotin in Europa zugelassen zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidivierten oder refraktären CD30-positiven Hodgkin-Lymphomen (HL) nach autologer Stammzelltransplantation (ASCT) oder mindestens zwei vorangegangenen Therapien, wenn eine ASCT oder eine Mehrfach-Chemotherapie keine Option ist, und von erwachsenen Patienten mit systemischen anaplastisch-großzelligen Lymphomen (sALCL).

Die Prognose für Patienten mit rezidivierter und refraktärer Erkrankung ist schlecht, berichtete Prof. Dr. Norbert Schmitz, Hamburg. Auch gibt es keinen Therapiestandard für Patienten, die nach autologer Stammzelltransplantation rezidivieren. Für diese Patienten ist jetzt das ADC Brentuximab Vedotin (Adcetris®) verfügbar, das an CD30-positiven Lymphomzellen andockt und das Spindelgift Monomethyl-Auristatin E intrazellulär freisetzt.

Positive Phase-II-Studienergebnisse

Die Zulassung beruht auf Daten einer Phase-II-Studie bei 102 Patienten mit re-

zidivierten oder refraktären HL, die maximal 16 Zyklen des ADC erhielten (Younes A et al., J Clin Oncol 2012, 30: 2183–2189). Die Gesamtansprechrate als primärer Endpunkt betrug 75 %. Auch die Rate kompletter Remissionen war mit 33 % hoch. Im Gesamtkollektiv lag das progressionsfreie Überleben (PFS) bei 5,6 Monaten, war bei kompletten Respondern jedoch mit 29 Monaten fast sechsmal so lang.

Auch bei Patienten mit rezidivierten oder therapierefraktären ALCL hat Brentuximab Vedotin in einer Phase-II-Studie eine hohe Wirksamkeit gezeigt (Pro B et al., J Clin Oncol 2012, 30:2190–2196). 86 % der Patienten sprachen auf das ADC an, davon 57 % mit einer kompletten Remission. So hohe Raten waren laut Schmitz nicht erwartet worden. Das PFS im Gesamtkollektiv betrug median 14,3 Monate und war damit um ein Mehrfaches länger als nach der Vortherapie mit nur 5,9 Monaten. Schmitz bezeichnete die Nebenwirkungen des ADC in den Phase-II-Studien als moderat und weniger ausgeprägt als unter konventioneller Chemotherapie. (arn)

Pressekonferenz der Takeda Pharma GmbH

First-line-Therapie bei nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom

Erhaltungstherapie mit Pemetrexed

Eine Erstlinienerhaltungstherapie mit Pemetrexed kann das Überleben von Patienten mit fortgeschrittenem nicht-plattenepithelialen nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) verlängern (Paz-Ares L et al., J Clin Oncol 2012, 30: LBA7507).

Die Zulassung für diese Therapielinie erfolgte vor mehr als einem Jahr für NSCLC-Patienten mit Nicht-Plattenepithelkarzinom (Adeno- und großzelliges Karzinom), deren Erkrankung nach einer platinbasierten Chemotherapie nicht unmittelbar

fortgeschritten ist. In der onkologischen Praxis können Patienten nun eine Erstlinientherapie mit Pemetrexed/Cisplatin erhalten und anschließend ohne Verzögerung eine Erhaltungstherapie Pemetrexed (Alimta®). Bei diesem Regime wird die Erstlinientherapie durch die Nutzung der bereits in der Induktion verwendeten Substanz als aktive Therapiekomponente konsequent weitergeführt und ihr Potenzial damit ausgeschöpft. Die Therapieoptionen für die Zweitlinientherapie werden somit erhalten.

nach Informationen der Lilly Deutschland GmbH