Metastasiertes Prostatakarzinom: individuelle Therapieentscheidungen gefragt

© Yuri Arcurs / fotolia.com

Welches Medikament für welchen Prostatakarzinompatienten?

— Zur Behandlung von Patienten mit metastasiertem hormonrefraktärem Prostatakarzinom stehen inzwischen verschiedene

Präparate zur Verfügung. „Die Entwicklung in diesem Bereich ist so rasant, dass dieser Vortrag in den letzten 14 Tagen schon wieder geändert werden musste“, erklärte Dr. Stefan Machtens, Bergisch Gladbach, einleitend. Stand im März 2010 laut Machtens neben den Therapeutika zur Hormondeprivation beim metastasiertem hormonrefraktärem Prostatakarzinom nur Docetaxel zur Verfügung, so hat sich das Spektrum in den letzten zweieinhalb Jahren deutlich gewandelt. Zahlreiche Substanzen sind hinzugekommen, zum Beispiel Sipuleucel-T in der Immuntherapie sowie Cabazitaxel (Jevtana®) und Abirateron in der Zweitlinientherapie nach Chemotherapie-Versagen; zudem sind in den USA Enzalutamid und Radium-223-Chlorid zugelassen.

Die Subgruppenanalysen der entsprechenden Zulassungsstudien sind nach Worten von Machtens wichtig, um das Patientenkollektiv besser identifizieren zu können, das künftig in der Post-Chemotherapie-Situation von einer bestimmten Substanz profitiert.

„Wir sind zunehmend – gerade in der Sequenztherapie – in der Lage, das tumorabhängige Überleben zu verbessern. Wir sollten

uns daher nicht scheuen, diese neuen Substanzen auch bei den Patienten einzusetzen, um ihnen langfristig einen Überlebensvorteil zu sichern“, appellierte Machtens. Die sinnvollste Sequenz oder die sinnvollste Kombination der Substanzen ist dabei aber weiterhin unbekannt und sollte im Rahmen von kontrollierten Studie geklärt werden, ebenso wie die Finanzierung, fasste Machtens zusammen.

Welcher Patient sollte aber welches Medikament erhalten? Dr. Joachim Kleeberg, Stuttgart, zählte einige Eckpunkte für den richtigen Cabazitaxel-Patienten auf, zum Beispiel initial schlechtes Ansprechen auf eine Hormontherapie, initial gutes Ansprechen auf Docetaxel, aggressiver Tumor (hoher Gleason-Score, kurze PSA-Verdopplungszeit), Anwendungseinschränkungen für Abirateron (kardiovaskuläres Risiko, Ketokonazol-Vorbehandlung), ausgeprägte Symptomatik oder reduzierter Allgemeinzustand.

Dr. Claudia Mäck

Satellitensymposium „Das metastasierte Prostatakarzinom – neue Therapieoptionen und ihre Chancen für den Patienten“ im Rahmen des 64. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Leipzig, 27. September 2012
Veranstalter: Sanofi, Frankfurt/Main

Nierenzellkarzinom: VEGF-Hemmung plus Interferon in Erstlinientherapie etabliert

— „Für keine Entität wurden in den letzten Jahren so viele neue Substanzen zugelassen wie für das Nierenzellkarzinom“, sagte Prof. Christian Doehn, Urologikum Lübeck, zum Status quo der medikamentösen Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms (RCC). In der Erstlinientherapie hat sich die antiangiogene Option mit dem VEGF (vascular endothelial growth factor)-Antikörper Bevacizumab (Avastin®) plus Interferon alfa-2a (IFN) seit der Zulassung vor fünf Jahren laut Doehn im klinischen Alltag etabliert. Zulassungsbasis waren die Ergebnisse der Phase-III-Studie AVOREN [Escudier B et al., Lancet 2007; 370: 2103–11]. Darin wurde das mediane progressionsfreie Überleben (PFS) durch Zugabe von Bevacizumab zu IFN signifikant von 5,5 auf

10,4 Monate (Hazard Ratio, HR = 0,57; $p < 0,0001$) verlängert.

Neuere Phase-II-Studien bestätigen diese Daten. In der randomisierten dreiarmligen TORAVA-Studie – verglichen wurde die Kombination Bevacizumab/Temsirolimus gegen Bevacizumab/IFN sowie Sunitinib – wurde im Bevacizumab/IFN-Arm das PFS auf 16,8 Monate gesteigert [Négrier S et al., Lancet Oncol 2011; 12: 673–80].

Die Ergebnisse der prospektiven einarmigen BEVLiN-Studie belegen nun, dass die Kombination Bevacizumab/IFN mit niedrigdosiertem IFN auf 3 Mio. I.E. nicht an Effektivität einbüßt, angesichts der deutlichen Reduktion IFN-bedingter Nebenwirkungen aber besser vertragen wird [Melichar B et al., ESMO 2012; Abstract 809P]. Mit 15,3 Mo-

naten wurden auch in dieser Studie wesentlich bessere PFS-Werte als in den Zulassungsstudien aller verfügbaren First-Line-Optionen erzielt, erklärte Doehn.

Als Option der ersten Wahl eignet sich Bevacizumab/IFN in der First-Line laut Prof. Jan Roigas, Berlin, vor allem für Patienten mit günstiger Prognose und/oder indolenter Erkrankung, bei denen eine lange Sequenztherapie vorauszusehen ist. *Ute Ayazpoor*

Jubiläumspressegespräch „Ein Fazit aus 5 Jahren Avastin®/IFN bei fortgeschrittenem RCC“ im Rahmen des 64. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Leipzig, 28. September 2012;
Veranstalter: Roche, Grenzach-Wyhlen