Ergänzende Tumorthherapie

Frühzeitige Maßnahmen unterstützen den Behandlungserfolg

Neben der primären Therapie von Tumoren ist auch die optimale Prävention bzw. Behandlung von Komplikationen eine Herausforderung für den Onkologen.

Bei einem Risiko für febrile Neutropenien von 20 % sollte stets die Gabe eines Granulozytenkolonie-stimulierenden Faktors (G-CSF) erfolgen. Liegt das Risiko zwischen 10–20 %, so Alexander Burchardt, Gießen, müssen zusätzlich individuelle Risikofaktoren einschließlich der Neubewertung für jeden einzelnen Chemotherapiezyklus beachtet werden. Laut Burchardt ist pegyliertes Filgrastim (Neulasta®), das nur einmal pro Chemotherapie-Zyklus gegeben werden muss, eine „optimale G-CSF-Prophylaxe“.

Knochenkomplikationen als Folge einer ossären Metastasierung lassen sich mit dem frühzeitigen Einsatz von Denosumab (Xgeva®) deutlich reduzieren und zeitlich hinauszögern, unterstrich Diana Lüftner, Berlin. Im Vergleich mit dem Bisphosphonat Zoledronsäure erzielte Denosumab bei Mammakarzinom-Pati-

entinnen einen besseren knochenprotektiven Effekt. Um eine Hypokalzämie zu vermeiden, sollten die Patienten zusätzlich Kalzium und Vitamin D erhalten.

Eine wichtige Therapieoption bei metastasiertem kolorektalem Karzinom und KRAS-Wildtyp bietet der Antikörper Panitumumab (Vectibix®). Zusätzlich zur Chemotherapie eingesetzt, verlängert diese Substanz die progressionsfreie Überlebenszeit der Patienten deutlich, erläuterte Michael Geissler, Esslingen. Darüber hinaus erhöht Panitumumab die Chance auf ein frühes Tumoransprechen, ermöglicht so eine schnelle Reduktion der Symptomatik und stadienabhängig sogar eine kurative sekundäre Resektion [Douillard JY et al. Ann Oncol. 2012;23 (Suppl 9):558P]

Birgit-Kristin Pohlmann

Pressekonferenz „Strategien in der Onkologie. Selbstbestimmt bleiben, lebenswert leben – AMGEN-Update zur Jahrestagung der DGHO 2012“ anlässlich der Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie, Stuttgart, 19. Oktober 2012; Veranstalter: Amgen

Fortgeschrittenes Nierenzellkarzinom

Neue Chance in der zweiten Linie

Etwa 19 % der Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom (RCC) sprechen nach Sunitinib-Versagen auf eine Second-Line-Therapie mit Axitinib (Inlyta®) an.

Ziel sei es, die Krankheit zu stabilisieren, ein möglichst langes progressionsfreies Überleben mit möglichst wenig Nebenwirkungen zu erzielen und auch das Gesamtüberleben noch einmal zu verbessern, so Jochen Caspar, Oldenburg.

Dass dies mit Axitinib gelingt, zeigen die Ergebnisse der AXIS-Studie, in der 723 Patienten mit fortgeschrittenem RCC nach Progress unter einer Behandlung mit Sunitinib oder einem Zytokin entweder mit

Axitinib oder Sorafenib behandelt wurden [Rini BI et al. Lancet 2011;378(9807):1931-9]. Die objektive Ansprechrate fiel in der Axitinib-Gruppe mit 19,4 % signifikant höher aus als bei Sorafenib (9,4 %). Auch das mediane progressionsfreie Überleben war mit 6,8 vs. 4,7 Monaten besser, auch wenn das Gesamtüberleben mit 20,1 vs. 19,2 Monaten vergleichbar war.

Friederike Klein

Fachpressekonferenz „Wirksam weiter therapieren: Axitinib neu in der Zweitlinie des metastasierten Nierenzellkarzinoms (mRCC)“ anlässlich der Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie, Stuttgart 21. Oktober 2012; Veranstalter: Pfizer Pharma

Blockade der HER2-Dimerisierung

Mit dem Antikörper Pertuzumab steht ein neuer Ansatz für die First-Line-Therapie des HER2-positiven metastasierten Mammakarzinoms vor der Zulassung. Die Substanz wurde speziell zur Inhibition der HER2-Dimerisierung entwickelt. In Kombination mit Trastuzumab (Herceptin®) ermöglicht dies eine noch effektivere Blockade der HER2-Signalwege. Die Studie CLEOPATRA belegt die hohe Wirksamkeit der dualen Strategie: Patientinnen, die zum Therapiestandard Trastuzumab/Docetaxel zusätzlich den HER2-Dimerisierungs-Inhibitor erhielten, hatten einen signifikanten Überlebensvorteil (exakte Daten werden in diesem Jahr noch präsentiert). Darüber hinaus verlängerte Pertuzumab das progressionsfreie Überleben gegenüber der Standardbehandlung von 12,4 auf 18,5 Monate und erhöhte die Ansprechrate von 69,3 auf 80,2 % [Baselga J et al. N Eng J Med. 2012;366(2):109-19].

Nach Informationen von Roche

Vier-Jahres-Daten zur Melanomtherapie

Aktuelle Zahlen für den monoklonalen Antikörper Ipilimumab (Yervoy®) bestätigen die hohe Effektivität dieser Substanz bei der Therapie des malignen Melanoms. In der Phase-III-Studie CA184-024 erhielten 502 nicht vorbehandelte Patienten mit fortgeschrittenem Melanom randomisiert entweder Ipilimumab in Kombination mit Dacarbazin (DTIC) oder Placebo und DTIC. Eine Nachbeobachtung aus dieser Studie ergab, dass die Kombinationsbehandlung mit Ipilimumab zu einer 4-Jahres-Überlebensrate von 19 % führte; unter DTIC-Monotherapie betrug die Rate nur 9,6 %. Zudem scheinen die Gesamtüberlebensraten zwischen dem dritten und vierten Jahr in der Ipilimumab-Gruppe relativ stabil zu bleiben (21,2 bzw. 19,0 %). Im Placebo-Arm lagen die Werte bei 12,1 bzw. 9,6 %.

Nach Informationen von Bristol-Myers Squibb