Rezidierte/metastasierte Kopf-Hals-Tumoren

Perspektiven für die moderne palliative Systemtherapie

In der palliativen Erstlinientherapie rezidivierter und/oder metastasierter Plattenepithelkarzinome im Kopf-Hals-Bereich ist ein Cetuximab-haltiges Kombinationstherapieregime heute Standard. Ob sich die Therapie weiter optimieren lässt, wird derzeit in Studien geprüft.

Der monoklonale Antikörper Cetuximab (Erbix[®]) ist für die Behandlung von Plattenepithelkarzinomen im Kopf-Hals-Bereich (SCCHN) nach wie vor die einzige zugelassene zielgerichtete Therapieoption. Wie Ulrich Keilholz, Berlin, berichtete, gilt die Kombination des Antikörpers mit einer platinbasierten Chemotherapie in der Behandlung rezidivierter und/oder metastasierter SCCHN mittlerweile als Therapie der ersten Wahl.

Den hohen Stellenwert von Cetuximab in dieser Indikation hatte die Phase-III-Studie EXTREME (Erbix[®] in 1st-line Treatment of REcurrent or MEtastatic head and neck

cancer) aufzeigen können [Vermorken JB et al. N Engl J Med. 2008;359(11):1116–27]. „Unter der kombinierten Antikörper-Chemotherapie wurde im Vergleich zu einer alleinigen Chemotherapie eine doppelt so hohe objektive Ansprechrate erreicht“, berichtete Keilholz (20 vs. 36 %; $p < 0,001$). Außerdem verlängerte sich das mediane Gesamtüberleben um fast drei Monate (10,1 vs. 7,4 Monate; $p = 0,04$), und die Dauer des progressionsfreien Überlebens stieg von 3,3 auf 5,6 Monate (relative Risikoreduktion 46 %; $p < 0,001$). Um eine maximale Anti-Tumor-Aktivität zu erreichen ist es Keilholz zufolge wichtig, dass die Kombinationstherapie nach

Möglichkeit bis zur Progression fortgeführt wird.

Weitere Verbesserungen der palliativen Systemtherapie erhofft man sich unter anderem von der Kombination Cetuximab, Cisplatin und Docetaxel. „Dass diese Kombination eine vielversprechende Aktivität zeigt, konnte kürzlich die Phase-II-Studie TPEx zeigen“, so Keilholz. Nach bis zu vier Behandlungszyklen mit der Kombination sowie einer anschließenden Cetuximab-Erhaltungstherapie bis zum Krankheitsprogress erreichten die Studienteilnehmer nach 12 Wochen eine objektive Ansprechrate von 42,6 % [Guigay J et al. J Clin Oncol 2011;29(Suppl);Abstract #5567]. Das mediane Gesamtüberleben lag bei der Erstvorstellung der Studie bereits über 11 Monate. **swk**

Symposium anlässlich des Deutschen Krebssymposiums am 24. Februar 2012 in Berlin; Veranstalter: Merck Serono

Kurz notiert

Medulläres Schilddrüsenkarzinom: Mehr Chancen durch zielgerichtete Therapie

Die EMA (European medicines agency) hat für Vandetanib (Caprelsa[®]) die Zulassung zur Behandlung des medullären Schilddrüsenkarzinoms bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung erteilt. Die Entscheidung zur Zulassung gilt für alle Mitgliedsstaaten der Europäischen Union. Der Tyrosinkinasehemmer Vandetanib wird eingesetzt zur Therapie des aggressiven und symptomatischen medullären Schilddrüsenkarzinoms, das nicht resektabel, lokal fortgeschritten oder metastasiert ist. Grundlage der Zulassung waren Daten aus Phase-III-Studien, darunter die Ergebnisse der Studie ZETA mit doppelblindem Design, an der 331 Patienten teilnahmen. Bei allen Studienteilnehmern lag ein progredienter Tumor mit Streuung in die kontralaterale Körperseite vor. Unter Vandetanib war das Risiko der Krank-

heitsprogression gegenüber Placebo um 54 % reduziert (Hazard Ratio für Progression: 0,46; $p < 0,001$). Der Tyrosinkinase-Inhibitor wirkt sowohl auf die Angiogenese als auch auf die Apoptose und das Tumorzellwachstum. Er ist auch in den USA und in Kanada zugelassen. **eb**

Nach Informationen von AstraZeneca

Tumor-Durchbruchschmerz: Nasales Fentanyl empfohlen

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie hat erstmals eine Praxisleitlinie zur Therapie von Tumorschmerzen präsentiert. Transnasal appliziertes Fentanyl wird darin als schnell wirksame Behandlung empfohlen. Tumor-Durchbruchschmerzen sind plötzlich einsetzende, unvorhersehbare Episoden intensiver Schmerzen, die typischerweise zwischen 30 und 60 Minuten andauern. Diese Schmerzen sind durch die in der Dauertherapie gegen

Grundschmerzen eingesetzten Opiode nicht beherrschbar. Hans-Bernd Sittig, Stade, warnte: „Morphin hat aufgrund seiner Pharmakokinetik und Verstoffwechselung erhebliche Nachteile“. Nicht retardiertes orales Morphin erreiche erst nach 30 Minuten sein Wirkmaximum und wirke damit bei Durchbruchschmerzattacken zu spät.

In der neuen Praxisleitlinie wird transmukosal appliziertes Fentanyl in dieser Indikation empfohlen. Die Autoren der Leitlinie hätten transnasal verabreichtes Fentanyl besonders hervorgehoben, da es schneller wirke als oral appliziertes, so Johannes Horlemann, Kevelaer. Eines dieser Präparate ist PecFent[®]. In einer randomisierten Studie konnte für das Präparat bereits fünf Minuten nach Verabreichung eine erste Schmerzlinderung und nach zehn Minuten eine klinisch relevante Schmerzlinderung nachgewiesen werden. **eb**

Nach Informationen von Archimedes Pharma