Nicht plattenepithelialer Lungenkrebs in fortgeschrittenem Stadium

Patienten profitieren von einer Pemetrexed Erhaltungstherapie

Die Weiterbehandlung mit Pemetrexed nach erfolgreicher Induktionstherapie mit Pemetrexed/Cisplatin kann das Überleben von Patienten mit fortgeschrittenem nicht plattenepitheliale NSCLC verlängern.

Das belegen die finalen Ergebnisse der PARAMOUNT-Studie, die Mitte des Jahres bei der Jahrestagung der American Society of Clinical Oncology (ASCO) in

Chicago, IL/USA, vorgestellt wurden [Paz-Ares L et al. J Clin Oncol. 2012; 30(suppl);abstr. LBA7507]. In der placebokontrollierten Phase-III-Studie erhielten Patienten mit fortgeschrittenem nicht plattenepitheliale Karzinom der Lunge zunächst eine Induktionstherapie mit Pemetrexed (Alimta®) plus Cisplatin. Bei Tumorsprechen oder Krankheitsstabilisierung wurden sie direkt mit Pemetrexed weiterbehandelt (Verum-Gruppe). Diese Form der Erhaltungstherapie wird

als „Continuation Maintenance“ bezeichnet, da sie keine Therapiepause und auch keinen Substanzwechsel erfordert.

Die im Rahmen der Phase-III-Studie mit Pemetrexed behandelten Patienten erreichten ein signifikant längeres medianes Gesamtüberleben von 16,9 Monaten (gerechnet ab Beginn der Induktionstherapie) im Vergleich zu 14,0 Monaten im Placebo-Arm. Ab Beginn der Erhaltungstherapie betrug das Gesamtüberleben in der Pemetrexed-Gruppe 13,9 Monate (11,0 Monate im Placebo-Arm). Dies entspricht einer Risikoreduktion von 22 % (HR 0,78; $p = 0.0195$) zugunsten der Behandlung mit Pemetrexed. *Doris Berger*

Nach Information von Lilly

Rezidiertes/refraktäres multiples Myelom

Lenalidomid in der täglichen Praxis wirksam und sicher

Eine Europäische „Real-Life“-Studie belegt ein gutes Nebenwirkungsprofil von Lenalidomid in der täglichen Praxis

Um die Verträglichkeit von Lenalidomid unter „Real-Life“-Bedingungen beim rezidierten/refraktären multiplen Myelom (rrMM) zu untersuchen, wurde nach der EMA-Zulassung in mehreren Ländern Europas die nicht-interventionelle Beobachtungsstudie EU-PASS initiiert.

In Italien wurden an 41 Zentren insgesamt 873 Patienten mit rrMM aufgenommen: 584 wurden mit Lenalidomid und Dexamethason behandelt, die restlichen 289 Teilnehmer mit Bortezomib ($n = 243$), Thalidomid ($n = 14$) und weiteren Optionen ($n = 32$). Die Patientencharakteristika beider Gruppen zu Studienbeginn waren ausgewogen. Nach einem medianen Follow-up von sechs Monaten ergaben sich unter der Therapie mit Lenalidomid, Bortezomib oder Thalidomid Inzidenzen unerwünschter Grad-3/4-Ereignisse von 43, 31 und 21 %. Hiervon waren jeweils 29, 21 und 7 % mit den Wirkstoffen assoziiert, was bei den schweren therapiebezogenen unerwünschten Ereignissen (z. B. Hospitalisierung, Tod) bei 11, 3 und 7 % der Patienten der Fall war. Bei insgesamt 5 % der mit Lenalidomid behandelten Patienten kam es zu einer Venenthrombose (Bortezomib: < 1%, Thalidomid: 0 %), wobei zu beachten ist, dass eine antithrom-

botische Prophylaxe zwar erlaubt, jedoch nicht zwingend war. Das Auftreten einer terminalen Niereninsuffizienz infolge der Erkrankung war in den mit Lenalidomid und Bortezomib behandelten Patientengruppen vergleichbar (jeweils 5 %). Periphere Neuropathien traten unter Lenalidomid wesentlich seltener auf als unter Bortezomib (alle Grade: 11 vs. 28 %; Grad

3/4: 1 vs. 3 %). 68 % der Patienten der Lenalidomid-Kohorte brachen ihre Therapie ab, während es unter Bortezomib 89 % und unter Thalidomid 71 % waren. Die Ergebnisse der spanischen Studiengruppe stützen die italienischen Daten. *Doris Berger*

Nach Information von Celgene

Chronisch myeloische Leukämie

Anforderungen an die molekulare Diagnostik

Schnelleres und tieferes Ansprechen – ein prognostischer Marker für den Therapieerfolg

Durch die Weiterentwicklung der Tyrosinkinase-Inhibitor (TKI) der zweiten Generation, wie z. B. Nilotinib (Tasigna®), kann ein zunehmend tieferes und schnelleres Ansprechen als unter Imatinib erreicht werden. Deshalb werden statt des bisher verwendeten Begriffes für die komplette Molekulare Remission (CMR) nun neue Parameter wie die MR₄ und MR_{4,5} verwendet. Diese tragen der logarithmischen Reduktion der BCR-ABL-Transkripte um 4 log-Stufen (MR₄: BCR-ABL < 0,01 %IS) bzw. 4,5 log-Stufen (MR_{4,5}: BCR-ABL < 0,0032 %IS) Rechnung. Das European LeukemiaNET und die DGHO ha-

ben auf Basis der klinischen Ergebnisse mit Imatinib Therapieziele für die Behandlung der CML definiert und in den derzeit noch geltenden Therapieleitlinien ausgeführt: So sollten CML-Patienten nach drei Monaten unter medikamentöser Therapie eine komplette hämatologische Remission (CHR), nach zwölf Monaten eine komplette zytogenetische Remission (CCyR) und nach 18 Monaten eine stabile gute molekulare Remission (MMR; BCR-ABL < 0,1 %IS) für ein optimales Therapieansprechen erreichen. Für ein zeitgemäßes Monitoring sollte zusätzlich regelmäßig alle drei Monate eine PCR durchgeführt werden, bis eine MMR erreicht ist. *Doris Berger*

Nach Information von Novartis Pharma