kurz notiert

Glioblastom mit negativem Methylierungsstatus: Bevacizumab plus Irinotecan

In der Open-Label-Studie GLARIUS behandelten Ulrich Herrlinger und Kollegen Patienten mit neu diagnostiziertem, histologisch gesichertem Glioblastom mit nichtmethyliertem MGMT-Promoter [Herrlinger U et al. Abstr. LBA2000]. Alle Patienten wurden lokal bestrahlt (30-mal 2 Gy) und erhielten im Verhältnis 2:1 randomisiert entweder eine Therapie mit Bevacizumab/Irinotecan (BEV: 10 mg/kg, q2w, während der Radiotherapie gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit 10 mg/kg, q2w, plus IRI: 125 mg/m², q2w) oder die Standard-Therapie mit Temozolomid (TMZ, täglich 75 mg/m² parallel zur Radiotherapie gefolgt von 6 Zyklen 150–200 mg/m², Tag 1–5, q4w).

In der Intent-to-Treat-Gruppe, in der 170 Patienten (67,1 % Männer, 78,8 % mit einem Karnofsky-Performance-Score von 90 und höher) behandelt worden waren, konnte bei 48,8 % der Patienten der Tumor komplett reseziert werden. 116 der Patienten wurden im Rahmen der anschließenden Radiochemotherapie mit BEV/IRI behandelt und 54 Patienten mit TMZ.

Im BEV/IRI-Arm war das progressionsfreie Überleben – primärer Endpunkt der Studie – nach sechs Monaten mit 71,1 % signifikant besser als im Vergleichsarm mit 26,2 % ($p = 0,0001$).

Doris Berger

Supportive Therapie

Die Supportivtherapie in der Onkologie steigt zunehmend in ihrer Bedeutung, da sie die Durchführbarkeit vieler moderner onkologischer Behandlungen überhaupt ermöglicht. Zudem kann durch eine konsequente, möglichst prophylaktische Supportivtherapie die Lebensqualität der Patienten heute weitgehend erhalten werden. Beim ASCO 2013 gab es einige Daten, die zukünftig in der Supportivtherapie berücksichtigt werden sollten.

Antiemese

Die aktuelle ASCO-Leitlinie empfiehlt bei Anthrazyklin-Cyclophosphamid-basierter Chemotherapie die Kombination von Aprepitant und Dexamethason in der verzögerten Phase. In der hier vorgestellten Studie konnten Roila und Kollegen zeigen, dass zur Prophylaxe des verzögerten Erbrechens Dexamethason 2 x 4 mg oral an Tag 2 und 3 und Aprepitant 80 mg Tag 2 und 3 ebenbürtig sind (Roila F et al. Abstr. #9614). Obwohl Erbrechen bei den meisten Patienten durch die moderne Antiemese verhindert werden kann, gibt es immer noch einige Patienten, bei denen die Antiemese basierend auf Kombinationen von 5-HT₃-Rezeptorantagonisten, NK₁-Rezeptorantagonisten und Glukokortikoiden nicht ausreicht. Zahlreiche Rescue-Antiemetika wurden bisher in Studien geprüft. Wie beim ASCO aus einer Phase-III-Studie mit 413 Patienten ersichtlich, hat Gabapentin als Rescue-Antiemetikum keinen Stellenwert (Barton D et al. Abstr. #9513). Vielversprechende Ergebnisse gab es zu der neuen Kombination NEPA (Netupitant + Palonosetron) in einer Tablette bei Anthrazyklin/Cyclophosphamid-basierter Chemotherapie. Dies ist allerdings aktuell noch nicht praxisrelevant, da es noch keine Zulassung gibt (Aapro M et al. Abstr. #9514).

Prophylaxe der febrilen Neutropenie mit G-CSF

In einer repräsentativen, deutschlandweiten Umfrage des Arbeitskreises Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS) der Deutschen Krebsgesellschaft wurde erhoben, wie deutsche Ärzte verschiedener Fachdisziplinen und Versorgungsstrukturen die Leitlinien zur Neutropenieprophylaxe umsetzen. An 213 Zentren wurden re-

trospektiv die Daten zur Neutropenieprophylaxe bei Chemotherapie-schemata mit mittlerem und hohem Risiko für die Entwicklung einer febrilen Neutropenie (FN) bei 1.928 Patienten mit Mamma- und Bronchialkarzinomen sowie malignen Lymphomen untersucht. Fragestellung war, ob die Patienten eine FN-Prophylaxe mit G-CSF gemäß der internationalen Leitlinien erhielten. Die Auswertung ergab, dass es große Unterschiede in der Leitlinienumsetzung im Hinblick auf Entitäten und Arztcharakteristika gab und dass die Anwendung der Leitlinien insgesamt nicht befriedigend erfolgt (Link H et al. Abstr. # 6591).

Nicht infektiöse Pneumonitis

Bei der Behandlung mit Everolimus kann eine nicht infektiöse Pneumonitis (ca. 12 % alle CTCAE-Grade, 3 % Grad 3) auftreten, wobei es sich hier um einen Klasseneffekt der Rapamycin-Derivate handelt. Die Inzidenz der nicht infektiösen Pneumonitis unter Everolimus kann durch eine Halbierung der Dosis um die Hälfte gesenkt werden. Sie beträgt in der Bolero-3-Studie bei vorbehandelten Patientinnen mit HER2-positivem metastasiertem Mammakarzinom, in der Everolimus 5 mg 1 x tgl. gegeben wurde, 6 % (alle Grade). In der Bolero-2-Studie mit der höheren Dosierung von Everolimus von 10 mg 1 x tgl. betrug die Inzidenz 12 % (O'Regan R et al. Abstr. #505).

Chemotherapie-induzierte periphere Neuropathie

Ein großes Problem bei Chemotherapie z. B. mit Platinverbindungen, Vinca-Alkaloiden und Taxanen ist die periphere sensorische Neuropathie, die zwar nach Therapieende meist völlig abklingt, die aber mit Funktionseinschränkungen und Schmerzen einhergeht. Zahlreiche Studien zur Prophylaxe dieser die Mobilität und Lebensqualität der Patienten deutlich einschränkenden Nebenwirkung wurden bisher unternommen, meist jedoch erfolglos. Obwohl eine frühere Studie von Grothey und Kollegen, die 2011 im Journal of Clinical Oncology veröffentlicht worden war, einen Vorteil für die Kombination von Kalzium/Magnesium-Infusionen bei Oxaliplatin-haltiger Chemotherapie des kolorektalen Karzinom gezeigt hat, ergab diese größere Studie an 353 leider keinen Vorteil gegenüber Placebo (Loprinzi C et al. Abstr. #3501). Leider verlief auch die Studie mit der „Scrambler“-Therapie bei schmerzhafter CIPN nicht effektiv (Campell T C et al. Abstr. #9635).

Petra Ortner

Bericht von der 49. Jahrestagung der American Society of Clinical Oncology (ASCO) vom 31.05.–04.06.2013 in Chicago, IL/USA.

Weitere Infos auf
springermedizin.de

ASCO-Kongress 2013

Auf unserer Internetseite finden Sie weitere Informationen vom weltweit größten Krebskongress. Wichtige Ergebnisse, präsentiert auf dem ASCO 2013, lesen Sie unter

► www.springermedizin.de/4468404