ben der Übertragbarkeit auf den Menschen ist dies beispielsweise die Frage, wie die Gesamtdosis auf kleinere Einzeldosen fraktioniert werden soll. Auch die Dosierung der Bestrahlung sowie das Volumen (Ausmaß des Bestrahlungsfelds) sind noch unklar, ebenso die zeitliche Abfolge der Therapien. Sollte die Immuntherapie vor, zeitgleich oder nach der Radiotherapie erfolgen? Grob zitierte Studien, wonach es bei CTLA-4-Inhibitoren günstiger sein könnte, die Immuntherapie zeitgleich mit einer stereotaktischen Radiotherapie zu beginnen und anschließend weiter fortzuführen [Qian JM et al. Cancer 2016; 122: 3051–58]. Bei der Kombination mit einem

PD-L1-Inhibitor sei es besser, die Immuntherapie kurz vor der fraktionierten Radiotherapie zu beginnen und sie nach der Radiotherapie fortzuführen [Dovedi SJ. Cancer Res 2014; 74: 5458–68].

Zahlreiche klinische Studien untersuchen derzeit die Kombination aus Immuntherapie plus Radiotherapie. Kürzlich wurde eine Analyse der KEYNOTE-001-Studie veröffentlicht, welche die Effektivität eines Checkpointinhibitors mit Radiotherapie untersuchte [Shaverdian N et al. Lancet Oncol 2017; 18: 895–903]. Dabei zeigte sich bei Patienten mit zusätzlicher Radiotherapie ein signifikanter Vorteil im progressionsfreien Überleben und im Gesamtüberleben. Eine vorausge-

gangene Radiotherapie war der wichtigste prädiktive Faktor für das Überleben.

Grob verwies jedoch darauf, dass oft unklar sei, ob die Effekte auf der Kombination mit Radiotherapie oder der Immuntherapie alleine beruhen. „Es stehen viele Partner für die Immuntherapie zur Verfügung, die Radiotherapie ist dabei nicht der einfachste. Daher wäre ich sehr vorsichtig mit der Behauptung, wir würden die nächste Generation der Radiotherapie auf diesem Wege erreichen“, gab Grob zu Bedenken.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Key Note Lecture „The future roll of radiotherapy in melanoma“

Therapieunterbrechung – wann ist sie sinnvoll?

Ärzte sehen sich immer häufiger mit der Patientenbitte konfrontiert, die kontinuierliche Tumorthherapie zu unterbrechen. Das hat den erfreulichen Hintergrund, dass immer mehr Patienten längere Zeit überleben. So zeigte eine Studie bei Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom 4- bis 5-Jahres-Überlebensraten von 30 % und 28 % unter BRAF- plus MEK-Inhibitoren [Long GV et al. J Clin Oncol 2017; 35 (Suppl): Abstr 9505]. „Doch gerade mit BRAF- oder MEK-Inhibitoren leidet die Lebensqualität und nach ein bis zwei Jahren sind es die Patienten leid,

die Therapie fortzuführen“, berichtete Dr. Peter Mohr, Buxtehude. Zu einer Unterbrechung der Kombinationstherapie liegen derzeit keine Daten vor.

Unter einer Anti-BRAF-Monotherapie erlitt etwa die Hälfte der Patienten (n = 12) mit kompletter Remission nach einer Therapieunterbrechung eine Tumormprogression [Tolk et al. Melanoma Res 2015; 20: 362–6]. Sie zeigten jedoch größtenteils erneutes Ansprechen auf eine Wiederaufnahme der Therapie.

Melanompatienten, die eine Immuntherapie mit Ipilimumab plus Nivolumab vorzeitig abbrechen, hatten bei

längerer Beobachtung kein wesentlich unterschiedliches progressionsfreies Überleben. Unklar ist, wie sie auf eine Wiederaufnahme der Therapie reagieren.

Das vorgegebene Therapieende einer zweijährigen Monotherapie mit Pembrolizumab resultierte in anhaltendem Ansprechen [Robert C et al. J Clin Oncol 2017; 35 (Suppl): Abstr 9504]. Nach im Median neun Monaten Nachbeobachtung hatten 98 % der Patienten überlebt. „Eine Unterbrechung nach zwei Jahren scheint hier relativ sicher“, resümierte Mohr.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Symposium III: „Complete response: stop or continue treatment?“

Hier steht eine Anzeige.