Blasenkrebs-Risiko testen

Der UBC® (Urinary Bladder Cancer Antigen) Rapid Test detektiert die Tumor-assoziierten Zytokeratin-Fragmente 8 und 18 aus Urothelzellen. Der Test kann mit bloßem Auge abgelesen werden und ist für die Quantifizierung mit einem handlichen Point-of-Care-Messgerät (concile® Ω100) nutzbar. Diese Kombination ist das erste Point-of-Care-Testsystem für ein Blasenkrebs-Screening, das auch die Risikobeurteilung erlaubt. Eine Studie mit 198 Patienten zeigte eine gute Sensitivität und hohe Spezifität des UBC®-Rapid im Vergleich zu dem Test NMP22 Bladdercheck und der Urinzytologie. Eine multizentrische Studie in Schweden soll den UBC® Rapid weiter evaluieren. *red*

Nach Informationen von concile

Information zu Knochenmetastasen

Seit März bietet die Website „www.leben-mit-knochenmetastasen.de“ Krebspatienten, ihren Angehörigen und anderen Interessierten fundierte Informationen über das Leben mit dieser Erkrankung. Allgemeinverständliche Hintergrundtexte über Knochen, Metastasen und die Chancen einer Behandlung sowie Tipps mit hohem Praxisbezug und ein Erfahrungsbericht sollen den Betroffenen helfen, sich besser auf ihre Krankheitssituation einzustellen. Der kostenlos nutzbare Online-Ratgeber ist Teil eines umfassenden Service-Pakets für Prostata- und Brustkrebspatienten. *red*

Nach Informationen von Amgen

Neuer Standard bei metastasiertem HER2+ Mammakarzinom

In ihren im März 2013 veröffentlichten Leitlinien empfiehlt die Kommission Mamma der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) den seit März zugelassenen Antikörper Pertuzumab (Perjeta®) in Kombination mit dem bisherigen Standard Trastuzumab (Herceptin®) und Docetaxel als neuen Standard für die Erstlinientherapie des metastasierten HER2-positiven Mammakarzinoms. Gleichzeitig spricht sich die AGO für die Anwendung des Antikörper-Wirkstoff-Konjugats Trastuzumab Emtansin (T-DM1) im Rahmen klinischer Studien bei mit Trastuzumab vorbehandelten Patientinnen aus [www.ago-online.de]. *red*

Nach Informationen von Roche

Follikuläre Lymphome: Subkutane Formulierung vereinfacht Therapie

— Eine subkutane Applikation von Rituximab (MabThera®) könnte die Behandlung wesentlich vereinfachen, erläuterte Julia Unkhoff, Study Nurse aus Münster. Die subkutane Injektion verringere die Zeitdauer für die Verabreichung von Rituximab auf 5 bis 7 Minuten, erhöhe den Patientenkomfort und reduziere den Zeitaufwand für das Personal.

Wirksamkeit und Sicherheit von Rituximab s.c. werden zurzeit in einer randomisierten Phase-III-Studie bei 530 Patienten mit unbehandelten follikulären Lymphomen Grad 1–3a geprüft. Die Patienten erhalten entweder Rituximab in einer Dosis von 1.400 mg s.c. oder in einer Dosis von 375 mg/m² i.v., jeweils in Kombination mit einer CHOP- oder CVP-Chemotherapie. Auch die Erhaltungstherapie wird mit Rituximab s.c. oder

i.v. randomisiert fortgeführt. Die Daten der ersten 127 Patienten zeigten eine vergleichbare Bioverfügbarkeit und therapeutische Serumkonzentrationen von Rituximab s.c., berichtete Ingo Schwaner, Berlin. 90,5 % der mit Rituximab s.c. behandelten Patienten erreichten Remissionen, davon 46,0 % eine komplette Remission. Bei i.v.-Gabe betrug die Remissionsrate 84,4 % mit 29,7 % Komplettremissionen. Die Sicherheit beider Applikationsformen scheint vergleichbar, wobei es bei subkutaner Gabe nicht zu Infusionsreaktionen, sondern nur zu vorübergehenden lokalen Hautreaktionen an der Injektionsstelle kommt. *Abdol A. Ameri*

Pressegespräch „ASH 2012: Dynamische Weiterentwicklung des Therapiestandards – Aktuelle Daten zum DLBCL und zu MabThera SC“, 15. Januar 2012, Frankfurt a. M.; Veranstalter: Roche

Adjuvante Therapie bei hohem Risiko für GIST-Rezidiv

— Die aktuellen Leitlinien der European Society for Medical Oncology (ESMO) empfehlen bei gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) eine Mutationsanalyse und Risikostratifizierung [ESMO/European Sarcoma Network Working Group. Ann Oncol. 2012;23(Suppl. 7):49-55]. „Die Analyse des Mutationsstatus ist wichtig, damit der Patient richtig behandelt werden kann“, betonte Thomas Reinhardt, Bad Saarow. Die mit Abstand häufigsten c-kit-Mutationen liegen im Bereich des Exons 11. Bei dieser Subgruppe ist eine Therapie mit dem Tyrosinkinaseinhibitor Imatinib (Glivec®) besonders wirksam. Zur Therapie von Patienten mit c-KIT-positiven, nicht resezierbaren und/oder metastasierten GIST empfehlen die aktuellen Leitlinien der ESMO 400 mg/Tag Imatinib zur Erstlinientherapie. Liegt eine Mutation im Exon 9 des c-kit-Gens vor, wird als Standarddosis 800 mg Imatinib pro Tag empfohlen, da hier das Ansprechen wesentlich geringer sei, ergänzte Stephan Dirnhofer, Basel, Schweiz. Patienten mit operablem GIST entwickeln trotz vollständiger Resektion häufig ein Rezidiv. Bei niedrigem Risiko sollte Imatinib nicht eingesetzt werden, da keine thera-

peutischen Effekte belegt sind. Bei Patienten mit primär operablen GIST und hohem Rezidivrisiko raten die ESMO-Leitlinien aber zu einer 36-monatigen adjuvanten Imatinib-Therapie mit 400 mg/Tag. Basis für die Empfehlung ist eine Studie der skandinavischen Sarkomgruppe SSGXVIII und der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO). Darin wurde bei Hochrisiko-Patienten nach kompletter Resektion c-KIT positiver GIST eine 36-monatige adjuvante Imatinib-Behandlung mit einer 12-monatigen verglichen. In beiden Gruppen erhielten die Patienten 400 mg Imatinib/Tag. Fünf Jahre nach Therapiebeginn waren 65,6 % der Patienten unter dreijähriger im Vergleich zu 47,9 % unter einjähriger Therapie rezidivfrei ($p < 0,0001$). Zudem verlängerte sich bei 36-monatiger Therapie das Gesamtüberleben signifikant (92,0 vs. 81,7 %; $p = 0,019$). Die längerfristige Behandlung führte zu keinen unerwarteten Nebenwirkungen.

Claudia-Viktoria Schwörer

Sarkomkonferenz „Herausforderungen und Defizite im Klinischen Management der GIST“. Tri-Nationaler GIST-Gipfel 2013, 14. März 2013, Berlin; Veranstalter: Novartis Pharma