Supportive Therapie: eher enttäuschende Daten

Die Supportivtherapie umfasst mittlerweile eine ganze Palette von Maßnahmen. Allerdings gab es nur wenige positive Studienergebnisse.

Antiemese: Fausto Roila und Kollegen konnten zeigen, dass Dexamethason (2-mal 4 mg oral an den Tagen 2 und 3) und Aprepitant (80 mg an den Tagen 2 und 3) zur Prophylaxe des verzögerten Erbrechens einander ebenbürtig sind. Dagegen erwies sich Gabapentin als Rescue-Antiemetikum in einer Phase-III-Studie mit 413 Patienten als nicht wirksam (#9513).

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 unter Leitung von Hart-

mut Link erhoben, wie deutsche Ärzte verschiedener Fachdisziplinen und Versorgungsstrukturen die Leitlinien zur Neutropenieprophylaxe umsetzen. Die Anwendung der Leitlinien erfolgt insgesamt nicht befriedigend (#6591).

Nicht infektiöse Pneumonitis: Die Inzidenz der nicht-infektiösen Pneumonitis unter Everolimus kann durch eine Halbierung der Dosis um die Hälfte gesenkt werden. Dies zeigten die Ergebnisse der BOLERO-3-Studie. Die Arbeitsgruppe um Ruth O'Regan konnte zeigen, dass von einer Gruppe vorbehandelter Patientinnen mit HER2-positivem metastasiertem Mammakarzinom, die 5 mg Everolimus 1-mal täglich erhielten, nur 6 % eine nichtinfektiöse Pneumonitis entwickelten; in der BOLERO-2-Studie mit der höheren Dosierung von Everolimus von 1-mal täglich 10 mg waren es noch 12 % (#505).

Chemotherapie-induzierte periphere Neuropathie: Obwohl eine frühere Studie von Grothey und Kollegen einen Vorteil für die Kombination von Kalzium/Magnesium-Infusionen bei Oxaliplatin-haltiger Chemotherapie des kolorektalen Karzinom gezeigt hatte, ergab eine größere Phase-III-Studie von Charles L. Lopizi und Kollegen mit 353 Patienten keinen Vorteil gegenüber Placebo (#3501). Auch die „Scrambler“-Therapie bei schmerzhafter CIPN ist nicht effektiv. Das konnten Toby Christopher Campell und Kollegen zeigen (#9635).

PD Dr. med. Karin Jordan
Klinik für Innere Medizin IV
des Universitätsklinikums
Halle (Saale)

Urogenitale Malignome: Active Surveillance auch beim Seminom

Der ASCO-Kongress 2013 brachte wieder interessante Daten aus dem Bereich urogenitaler Malignome. Auf dem Gebiet der Keimzelltumoren des Hodens zeigten große, umfassende Studien, dass alleinige Kontrolle (active surveillance)

sowohl für Patienten im klinischen Stadium I des Seminoms als auch für Patienten im klinischen Stadium I des Nicht-Seminoms unabhängig von möglichen Risikofaktoren eine vertretbare und sichere Behandlung darstellt. Für Patienten

mit weit fortgeschrittenen Keimzelltumoren konnte zum ersten Mal prospektiv in einer randomisierten Studie gezeigt werden, dass Patienten, die nach dem ersten Therapiezyklus mit ihrem Tumormarker nicht adäquat abfal-

+ Ticker +++ Ticker +++ Ticker +++ Ticker +++ Ticker +++ Ticker +++ Ticker +++ Ticker +++ Ticker +++ Ticker +++ Ticker +++ Ticker +++ Ticker +++ Ticker +++

betreffen die Tumorkontrollrate, Biomarker, die Therapiesicherheit und gesundheitsökonomische Aspekte. In Deutschland ist Michael J. Hallek, Köln, an der Studie beteiligt. (db)

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. J Clin Oncol. 2013;31(suppl);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 % signi-

fikant besser als im Vergleichsarm mit 26,2 % (p = 0,0001). (db)

Metastasiertes malignes Melanom: PD-1-Blockade mit Nivolumab

Während mit herkömmlichen Immuntherapien beim fortgeschrittenen malignen Melanom nur ein Ansprechen bei 5–10 % der Patienten beobachtet wurde, führte die Therapie mit dem PD-1-Blocker Nivolumab bei 30 % immerhin mehrfach vorbehandelter Patienten zu einem signifikanten Tumorrückgang.