Febrile Neutropenie bei Chemotherapie

— Febrile Neutropenie ist eine der schwerwiegendsten Nebenwirkungen von Chemotherapie, betonte Hartmut Link, Kaiserslautern. Therapeutisch unterstützt wird die körpereigene Abwehr durch die Gabe von Granulozytenkolonie-stimulierendem Faktor (G-CSF) in Form von Filgrastim, Pegfilgrastim oder Lipegfilgrastim. Im Vergleich zur Pegylierung bei Pegfilgrastim wird beim Lipegfilgrastim Polyethylenglykol an das Molekül der Wirksubstanz gebunden. Diese Glykopegylierung senke, so Matthias Görlach aus Jena, die Empfindlichkeit des Moleküls gegen Elastase im Gewebe und steigere so seine Bioverfügbarkeit. Lipegfilgrastim müsse deshalb im Laufe eines Chemotherapiezyklus nur einmal verabreicht werden. In einer Vergleichsstudie beim Mammakarzinom in den Stadien High-Risk-II, III und IV hat sich

die Effektivität von Lipegfilgrastim im Vergleich zu Pegfilgrastim laut Link bestätigt: Gleichwertig waren beide hinsichtlich der Inzidenz schwerer Neutropenien und febriler Neutropenien sowie der Dauer schwerer Neutropenien, Vorteile für Lipegfilgrastim zeigten sich etwa bezüglich einer schnelleren Erholung der Neutrophilen. Die frühzeitige Anwendung von Lipegfilgrastim könnte nach Ansicht von Link die Morbidität und Mortalität infolge febriler Neutropenie senken, gleichzeitig würden Intervallverlängerungen zwischen den Chemotherapiezyklen seltener notwendig.

Kathrin von Kieseritzky

Satellitensymposium „Der Krebspatient im Mittelpunkt – Neuheiten in der Supportivtherapie entlang des Behandlungsalgorithmus“, 3. ASORS-Jahreskongress 2013. 12.04.2013, Berlin; Veranstalter: TEVA

Ansprechen beim Myelom möglichst lange erhalten

— Bei Patienten mit neu diagnostiziertem multiplem Myelom (MM) ist der möglichst lange Erhalt des Ansprechens auf die Primärtherapie bei guter Lebensqualität wichtig, betonte Sonja Zweegman, Amsterdam, Niederlande. Für die Bedeutung der Erhaltungstherapie sprächen immer mehr Studien. Erst kürzlich wurden auf dem amerikanischen Krebskongress ASCO neue Ergebnisse zur Erhaltungstherapie mit Lenalidomid (Revlimid®) nach einer Primärtherapie mit Melphalan, Prednison und Lenalidomid oder Hochdosistherapie mit Melphalan und autologer Stammzelltransplantation vorgestellt [Boccardo M et al. J Clin Oncol. 2013;31(Suppl. Abstr. 8509)]. Danach reduzierte die Erhaltungstherapie mit Lenalidomid signifikant das Progressionsrisiko unabhängig von der vorangegangenen Behandlung. Nach einer medianen Beobachtungszeit von 45 Monaten lag das mediane progressionsfreie Überleben (PFS) mit Erhaltungstherapie bei 37,5 Monaten, ohne bei 25,7 Monaten ($p = 0,0008$). Beim Gesamtüberleben (OS) deutete sich ein Trend hin zu einem Vorteil für die Erhaltungstherapie an (76 vs. 68 %; $p = 0,08$). Dabei bezeichnete Zweegman die Erhaltungstherapie als gut durchführbar. Es gebe

kaum Neuropathien, allerdings relativ häufig Neutropenien. Die Lebensqualität lasse sich durch die Therapie klar verbessern.

Für Patienten mit fortgeschrittenem, rezidivierendem MM, die bereits neuere Therapien erhalten haben, stehen zukünftig weitere Optionen zur Verfügung. So zeigen Ergebnisse einer aktuell vorgestellten Studie bei Patienten, deren MM refraktär gegenüber Bortezomib und Lenalidomid ist, einen Vorteil von Pomalidomid (Pomalyst®) plus niedrig dosiertem Dexamethason (Pom + LoDex) gegenüber hoch dosiertem Dexamethason (HiDex) alleine, wie José F. San Miguel, Salamanca, Spanien, berichtete [San Miguel JF et al. J Clin Oncol. 2013;31(Suppl. Abstr. 8510)]. Nach einer medianen Beobachtungszeit von 4 Monaten waren sowohl das PFS wie das OS unter POM + LoDex gegenüber der Kontrolle signifikant verlängert (PFS: 3,6 vs. 1,8 Monate, $p < 0,001$, OS: noch nicht erreicht vs. 7,8 Monate $< 0,001$).

Friederike Klein

Symposium „Current and Future Therapeutic Strategies for Multiple Myeloma“. 18th Congress of the European Hematology Association (EHA), 13.06.2013, Stockholm, Schweden; Veranstalter: Celgene

Neuzulassung für Prostatakarzinom

Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) hat am 24. Juni 2013 Enzalutamid unter dem Handelsnamen Xtandi® zur Behandlung von Männern mit metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom, das während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet, zugelassen. Die Zulassung basiert auf den Ergebnissen der Phase-III-Studie AFFIRM [Scher HI et al. J Clin Oncol. 30, 2012(Suppl. 5):Abstr. LBA1]. Danach führte die orale Einnahme des Androgenrezeptor-Signalweginhibitors Enzalutamid im Vergleich zur Placebo-Einnahme zu einer statistisch signifikanten Verlängerung des Gesamtüberlebens von 4,8 Monaten ($p < 0,0001$). *red*

Nach Informationen von Astellas Pharma

Zwei positive Beurteilungen durch CHMP

Das Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) der europäischen Arzneimittelagentur EMA hat im Juni seine Begutachtung für zwei Arzneimittel von GSK positiv abgeschlossen. Geprüft wurden Dabrafenib (Tafinlar®) zur Behandlung Erwachsener mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation sowie Lapatinib (Tyverb®) in Kombination mit Trastuzumab zur Behandlung des HER2-positiven, HR-negativen Mammakarzinoms, das unter Trastuzumab-Therapie in Kombination mit Chemotherapie progredient ist. *red*

Nach Informationen von GlaxoSmithKline

Neue Chance bei Schilddrüsenkrebs

Derzeit existiert keine zugelassene Therapie bei Radiojod-refraktärem differenziertem Schilddrüsenkrebs. In einer Phase-III-Studie verlängerte Sorafenib (Nexavar®) das progressionsfreie Überleben (PFS) in dieser Situation signifikant. Das mediane PFS betrug unter Sorafenib 10,8, unter Placebo 5,8 Monate ($p < 0,0001$) [Brose MS et al. J Clin Oncol. 2013;31(Suppl.): Abstr. 4]. Die Sicherheit und Verträglichkeit der Behandlung entsprach dem bekannten Profil von Sorafenib. Auf Basis der Studiendaten plant Bayer, den Zulassungsantrag für Sorafenib in der Indikation „Radiojod-refraktäres, differenziertes Schilddrüsenkarzinom“ einzureichen. *red*

Nach Informationen von Bayer