ESMO-Empfehlung für spätere CRC-Therapielinien

In den Leitlinien der European Society for Medical Oncology (ESMO) wird beim metastasierten Kolorektalkarzinom mit RAS-Wildtyp der orale Multikinaseinhibitor Regorafenib in der Dritt- und in der Viertlinie empfohlen. Von der Therapie profitieren laut Hans-Joachim Schmoll, Halle, vor allem Patienten, die für eine möglichst intensive Therapie geeignet sind, also Patienten mit potenziell resektablen Metastasen oder rasch progredienter, symptomatischer Erkrankung. In der Zulassungsstudie CORRECT (n = 760) verlängerte Regorafenib als Monotherapie bei standardmäßig vorbehandelten mCRC-Patienten das mediane Gesamtüberleben (OS) signifikant im Vergleich zu Placebo (6,4 vs. 5,0 Monate; Hazard Ratio [HR] 0,77; p = 0,0052) [Grothey A et al. Lancet. 2013;381(9863):303-12]. Auch das mediane progressionsfreie Überleben (PFS) war unter Regorafenib signifikant länger (1,9 vs. 1,7 Monate; HR 0,49; p < 0,0001). In der asiatischen Zulassungsstudie CONCUR war der Behandlungserfolg mit dem Multikinase-

hemmer noch höher (medianes OS: 8,8 vs. 6,3 Monate; HR 0,55; p = 0,0002) [Li J et al. WCGIC. 2014;Abstr O-0023]. Schmoll wies daraufhin, dass in beiden Studien das Therapieziel Krankheitsstabilisierung bei fast jedem zweiten Patienten erreicht wurde. Jeder fünfte Patient konnte in der CORRECT-Studie eine weitere Therapie mit einem Pyrimidin-Analogon erhalten. Nach Progression unter Regorafenib gebe es also noch weitere Optionen für Patienten, die eine Folgetherapie tolerieren könnten, so Schmoll. In einer Studie der Mayo-Klinik ging Regorafenib sogar mit einer besseren Wirksamkeit einer nachfolgenden erneuten Chemotherapie einher. Die mCRC-Patienten erhielten nach Regorafenib (n = 33) im Median noch zwei weitere Therapien wie FOLFOX, FOLFIRI oder Panitumumab (Kidd M et al. ASCO GI. 2015). *Andrea Warpakowski*

Presse Campus Onkologie „Klinische Praxis und Trends in der Onkologie-Forschung“, Berlin, 19. Juni 2015; Veranstalter Bayer Healthcare

Überlebensverlängerung in LUX-Lung-8-Studie

— Die Histologie eines Plattenepithelkarzinoms wird bei ca. 30 % der nichtkleinzelligen Lungenkarzinome (NSCLC) gesehen. In der Zweitlinie fand sich für diese Patienten ein längeres progressionsfreies Überleben (PFS) unter der Therapie mit Afatinib (Giotrif®) versus Erlotinib.

Beim ASCO 2015 wurde nun die erste Analyse zum Gesamtüberleben der LUX-Lung-8-Studie vorgestellt. In dieser wurden die Wirksamkeit und Sicherheit von Afatinib und Erlotinib bei Patienten mit fortgeschrittenem Plattenepithelkarzinom der Lunge und einem Progress nach Erstlinienchemotherapie verglichen.

Die Behandlung mit Afatinib reduzierte das Risiko zu Versterben gegenüber Erlotinib um 19 %, verlängerte das mediane Gesamtüberleben von 6,8 auf 7,9 Monate (Hazard Ratio [HR] 0,81; p = 0,0077) und erhöhte die 1-Jahres-Überlebensrate von 29,2 auf 36,4 % [Soria JC et al. ASCO. 2015;Abstr 8002].

Die Verlängerung des Überlebens ging einher mit einer verbesserten Kontrolle der

tumorbezogenen Symptome. Patienten unter der Afatinib-Therapie berichteten häufiger von einer Verbesserung des Hustens (43,4 vs. 35,2 %), der Atemnot (51,3 vs. 44,1 %) und des allgemeinen Wohlbefindens (35,7 vs. 28,3 %) [Gadgeel SM et al. ASCO. 2015; Abstr. 8100]. Klinisch relevante Nebenwirkungen wurden in beiden Studienarmen ähnlich häufig beobachtet (57,1 vs. 57,5 %). Diarrhö und Stomatitis vom Grad 3/4 waren im Afatinib-Arm häufiger, ein Hautausschlag des Grads 3 trat unter Erlotinib öfter auf.

Erlotinib sei als Zweitlinientherapie zugelassen worden, weil es die Prognose der Patienten verbesserte, erläuterte Jean Charles Soria, Paris, Frankreich. Nun sei mit Afatinib eine weitere Verbesserung für diese schwierig zu behandelnde Patientenklientel gezeigt worden.

Ine Schmale

Media-Event „Going head-to-head in advanced squamous cell carcinoma of the lung“ anlässlich des ASCO 2015, Chicago, IL/USA, 29. Mai 2015; Veranstalter: Boehringer Ingelheim

mCRC-Therapie nach RAS-Gen entscheiden

In einer aktuellen, gepoolten Analyse zum Therapiestrategie-Vergleich bei Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (mCRC) und RAS-Wildtyp-Tumoren zeigte sich ein signifikanter Vorteil hinsichtlich des medianen Gesamtüberlebens (OS) für den Einsatz eines Anti-EGFR-Antikörpers gegenüber Bevacizumab (Hazard Ratio 0,77, 95 %-Konfidenzintervall 0,63–0,95; p = 0,016) [Khattak MA et al. Clin Colorectal Cancer. 2015;14(2):81-90]. Die Arbeitsgruppe „Kolon-/Rektum-/Dünndarmkarzinom“ der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO) empfiehlt, den Mutationsstatus bei Patienten mit mCRC primär zu bestimmen und bei RAS-Wildtyp und Eignung des Patienten den primären Einsatz eines Anti-EGFR-Antikörpers im Therapiekonzept zu berücksichtigen [www.aio-portal.de]. Welche Therapiesequenz über drei Linien für mCRC-Patienten mit RAS-Wildtyp, die auf eine Erstlinientherapie mit Cetuximab (Erbix®) plus FOLFIRI angesprochen haben, die effektivste ist, soll jetzt in der FIRE-4-Studie untersucht werden. Geplant ist der Einschluss von 450 Patienten. Studienleiter ist Volker Heinemann, München. *red.*

Nach Informationen von MerckSerono

Tripel gegen CINV bei Carboplatin-basierter Chemotherapie

Seit Mai 2015 ist die orale Fixkombination aus dem NK1-Rezeptorantagonisten (NK1-RA) Netupitant und dem 5-HT3-Rezeptorantagonisten (5-HT3-RA) Palonosetron (PALO) – NEPA (Akynzeo®) – in der EU zur antiemetischen Prävention bei hoch emetogener Cisplatin-basierter und moderat emetogener Chemotherapie zugelassen. In einer Studie zeigte sich, dass auch Patienten mit einer Carboplatin-basierten Chemotherapie von einer Triple-Prophylaxe profitieren. Mit NEPA/DEX und Aprepitant/PALO/DEX wurden hohe CINV-Kontrollraten erreicht [Jordan K et al. ASCO. 2015;Abstr. 9597]. Zudem ergaben Daten einer Phase-III-Studie, dass mit PALO bereits für Säuglinge in den ersten Lebensmonaten, die eine moderat oder hoch emetogene Chemotherapie erhalten müssen, eine effektive Antiemese erreicht werden kann [Kabickova E et al. ASCO. 2015;Abstr. 10077]. *red.*

Nach Informationen von Riemser