Triple-negatives Mammakarzinom: Dosisdichte Chemo unter Neutropenie-Schutz

— Das triplenegative Mammakarzinom (TNBC) ist durch eine deutlich schlechtere Prognose gekennzeichnet als Subtypen anderer Mammakarzinome, erklärte Hans-Joachim Lück, Hannover. Hochrisikopatientinnen profitieren oft von einer dosisdichten Chemotherapie (CTx), die jedoch mit einem hohen Risiko für eine febrile Neutropenie (FN) assoziiert ist.

Nach internationalen Leitlinien sollten Patientinnen mit einem FN-Risiko $\geq 20\%$ (10–20% bei zusätzlichen Risikofaktoren) deshalb bereits ab dem ersten CTx-Zyklus lang wirksame Granulozyten-Kolonie-stimulierende Faktoren (G-CSF) wie Lipoglykoxim (Lopex®) erhalten. „Um den maximalen Nutzen der Chemotherapie sicherzustellen, sollten wir die Dosis, die wir für die Patientin geplant haben, auch einhalten können“, betonte Lück. Zyklusverschiebungen infolge myelotoxischer Nebenwirkungen führten zu Effektivitätsverlusten und einem schlechteren Gesamtüberleben.

Lück hob hervor, dass viele Ärzte das FN-Risiko einer intermediär riskanten Chemotherapie unterschätzen. So seien ältere Frauen mit Komorbiditäten bereits bei einer standard-dosierten Zytostase gefährdet. Dass viele Faktoren in die Wahl des jeweiligen Therapieregimes einfließen, z. B. die Aggressivität des Tumors, der Hormonrezeptorstatus, frühere Toxizitäten und die Patientenpräferenzen, schilderte Christian Schem, Kiel, am Fall einer 44-jährigen Patientin mit metastasiertem TNBC. Wegen des hohen Remissionsdrucks dieser Patientin und ihrer Angst vor einem Hand-Fuß-Syndrom, habe man sich für eine eher nebenwirkungsarme Polychemotherapie mit Cyclophosphamid und liposomalem Doxorubicin (Myocet®) entschieden.

Martina-Jasmin Utz

Symposium „Facts & Cases aus der gynäkologischen Onkologie“, 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie, Leipzig, 26. Juni 2015; Veranstalter: Teva

Zeitpunkt und Dauer der Therapie bei pNET und GIST beachten

— Pankreatische neuroendokrine Tumoren (pNET) und gastrointestinale Stromatumoren (GIST) sind seltene gastrointestinale Tumorerkrankungen, die oft erst spät diagnostiziert werden. Der Tyrosinkinasehemmer Sunitinib (Sutent®) ist hierfür eine wirksame Option.

Mit Sunitinib und dem mTOR-Inhibitor Everolimus stünden zwei zielgerichtete Substanzen für die Behandlung von pNET-Patienten zur Verfügung, erläuterte Paula Jimenez-Fonseca, Oviedo, Spanien. Gute klinische Erfahrungen hat sie im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit der Sequenz Sunitinib gefolgt von Everolimus bei Tumorprogress gemacht. Das Therapieansprechen sei in der Regel unter Sunitinib höher, betonte Jimenez-Fonseca. Im Median bleiben die Patienten unter der Sunitinib-Behandlung fast ein Jahr ohne Progress. Für Patienten mit fortgeschrittenem GIST ist Sunitinib eine etablierte Zweitlinientherapie nach Imatinib-Versagen. Aktuelle Daten ei-

ner internationalen Studie zeigen bei 1.124 GIST-Patienten, dass sich die mediane Gesamtüberlebenszeit durch eine individuelle Dosisanpassung deutlich verlängern lässt (23,5 vs. 11,1 Monate). Die individuelle Therapiesteuerung sei daher prognostisch sehr wichtig, betonte Peter Reichardt, Berlin-Buch. Er empfiehlt, mit der Standarddosis von Sunitinib zu starten und die weitere Dosierung dann individuell abhängig von Nebenwirkungen und Ansprechen zu modifizieren. Prognostisch wichtig ist laut Reichardt zudem, dass die Patienten bei Progress zunächst mit Sunitinib weiterbehandelt werden und die Therapie nicht zu früh beendet wird. Auch im Langzeitverlauf werde Sunitinib von den Patienten gut vertragen, so Reichardt.

Birgit-Kristin Pohlmann

Fachpresse-Veranstaltung „Zeitpunkt und Dauer der Behandlung bestimmen Patientennutzen“, 17th World Congress on Gastrointestinal Cancer, Barcelona, Spanien, 3. Juli 2015, Veranstalter: Pfizer Pharma

Fortgeschrittenes Melanom: Erster PD-1-Inhibitor in Europa zugelassen

Im Juni 2015 erhielt der PD-1-Inhibitor Nivolumab (Opdivo®) die Zulassung zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom unabhängig vom BRAF-Mutationsstatus. Die Zulassung basiert auf den Ergebnissen der Phase-III-Studien CheckMate-066 und CheckMate-037. CheckMate-066 ist die erste Phase-III-Studie, in der für einen PD-1-Inhibitor ein signifikanter Vorteil im Gesamtüberleben bei Patienten mit fortgeschrittenem Melanom belegt werden konnte. Die Rate für das 1-Jahres-Überleben betrug unter Nivolumab 73% im Vergleich zu 42% unter Dacarbazin. Das Mortalitätsrisiko reduzierte sich um 58% (Hazard Ratio 0,42; $p < 0,0001$) [Robert C et al. N Engl J Med. 2015;372(4):320–30]. In CheckMate-037 zeigte sich eine verbesserte Ansprechrate unter dem PD-1-Inhibitor im Vergleich zu einer durch den Prüfarzt gewählten Chemotherapie (Dacarbazin in Monotherapie oder Carboplatin plus Paclitaxel) bei Patienten, die mit Ipilimumab und einem BRAF-Inhibitor (falls BRAF-mutiert) vortherapiert waren. Weil der Wirkstoff zu den Arzneimitteln zählt, die für die öffentliche Gesundheit und besonders unter dem Aspekt einer therapeutischen Innovation von erheblichem Interesse sind, wurde für die Zulassung ein beschleunigtes Verfahren gewährt. *red.*

Nach Informationen Bristol-Myers Squibb

mCRCP: G-BA bestätigt Zusatznutzen für Enzalutamid

Enzalutamid (Xtandi™) hat bei erwachsenen Männern mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist, laut Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) einen beträchtlichen Zusatznutzen. Grundlage für das positive Votum waren die Ergebnisse der PREVAIL-Studie, in der Enzalutamid das Risiko, an einem mCRPC zu sterben, signifikant um 29% reduzierte ($p < 0,001$) und das Risiko für Krankheitsprogression oder Tod signifikant um 81% ($p < 0,001$) [Beer TM et al. N Engl J Med. 2014;371(5):424–33]. *red.*

Nach Informationen von Astellas Pharma