Abb. 1: Anteil der zwölf Haupttumorgruppen bei Kindern und Erwachsenen in Europa

den zehn bis 15 Jahren spürbar sein.“ Bezogen auf den therapeutischen Erfolg kann das daran liegen, dass sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten viel getan hat im Bereich der Radiotherapie. Die Dosis kann heute besser kalkuliert und wesentlich zielgerichteter auf den Tumor begrenzt eingesetzt werden, erläuterte Tom Boterberg, Gent, Belgien. Die Nebenwirkungen seien dadurch geringer und der therapeutische Erfolg größer.

Aber es ist noch lange nicht alles erreicht: Speziell die Protonentherapie ist ein kompliziertes und schwieriges Verfahren. Sie ist effektiv, aber aktuell noch mit vielen Problemen und Einschnitten

in der Lebensqualität verbunden. Sie sei sicher noch nicht die Therapie der Wahl, so Boterberg, aber vielleicht eine Option für die Zukunft.

Nierenzellkarzinom: Verbesserung durch Immuncheckpointinhibitor

Patienten mit fortgeschrittenem klarzelligem Nierenzellkarzinom haben aktuell eine schlechte Prognose. Die 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei 12,1 %. Die Patienten könnten zukünftig von einer Therapie mit dem Checkpointinhibitor Nivolumab profitieren. Dies ist das Ergebnis der Phase-III-Studie CheckMate 025, die Padmanee Sharma, Houston,

TX/USA, präsentiert hat [Sharma P et al. Eur J Cancer. 2015;51(Suppl S3):Abstr 3LBA] und die aktuell im New England Journal of Medicine publiziert ist [Motzer RJ et al. N Engl J Med. 2015 Sep 25. (Epub ahead of print)].

Zwischen Oktober 2012 und März 2014 wurden weltweit 821 Patienten mit fortgeschrittenem klarzelligem Nierenzellkarzinom und Vorthherapie in die Studie eingeschlossen. Sie wurden randomisiert und erhielten 3 mg/kg Nivolumab i.v. alle zwei Wochen (n = 410) oder 10 mg Everolimus oral (n = 411). Anfang 2015 wurde die Studie vorzeitig gestoppt, da sich ein höheres Gesamtüberleben unter Nivolumab herausstellte. Das Überleben der Patienten konnte unter Nivolumab versus Everolimus signifikant verlängert werden.

Laut Sharma ist das die erste und einzige Studie, die einen Vorteil für das Gesamtüberleben durch einen Checkpointinhibitor bei bereits vorthreatierten Patienten zeigen konnte. Das Gesamtüberleben lag für Nivolumab bei 25 versus 19,6 Monaten unter Everolimus. Die objektive Ansprechrate betrug unter Nivolumab 25 versus 5,4 % unter Everolimus, die partielle Ansprechrate war 24,1 versus 4,9 %. Diese und weitere Erkenntnisse aus der Studie würden zu einer Veränderung der Therapie eines progredienten Nierenzellkarzinoms führen, prognostizierte Sharma. Nivolumab hemmt die Interaktion zwischen dem Zelloberflächenrezeptor PD (programmed cell death protein)-1 und dessen Li-

NSCLC: Zwei positive Studien zu PD-L1-Hemmer

Seit Mitte 2015 ist Nivolumab, ein Antikörper gegen den Rezeptor „programmed death“-1 (PD-1), zur Therapie des lokal fortgeschrittenen/metastasierten, plattenepithelialen nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach Chemotherapie zugelassen. Der gegen das Protein „programmed cell death ligand 1“ (PD-L1) gerichtete Antikörper Atezolizumab habe jetzt ebenfalls eine überlegene Effek-

tivität und bessere Verträglichkeit verglichen mit der Standardzweitlinientherapie Docetaxel gezeigt, erklärte Martin Reck, Großhansdorf. Er bezog sich auf die Phase-II-Studie POPLAR [Vansteenkiste J et al. Eur J Cancer. 2015;51(Suppl S3):Abstr 14LBA]. Unabhängig von der Therapielinie, auch in der Erstlinie, habe Atezolizumab in der Phase-II-Studie BIRCH eine bemerkenswerte Aktivität demonstriert bei Patienten mit PD-L1 hoch exprimierenden Tumoren, sagte Reck [Besse B et

al. Eur J Cancer. 2015;51(Suppl S3):Abstr 16LBA]. Diese Erstlinienoption als Monotherapie oder mit Chemotherapie werde noch in Phase III geprüft. Sabrina Graß

Neue Optionen für NET

In zwei Phase-III-Studien hat sich das progressionsfreie Überleben (PFS) für Patienten mit fortgeschrittenen neuroendokrinen Tumoren (NET) von Lunge/Gastrointestinaltrakt (GI) verbessert. In der RADIANT-4-Studie verlängerte der mTOR-Inhibitor Evero-

limus das PFS verglichen mit Placebo um 7,1 Monate (11,0 vs. 3,9 Monate) bei Patienten mit nicht funktionellen NET von Lunge/GI [Yao J et al. Eur J Cancer. 2015; 51(Suppl S3):Abstr 5LBA]. In der NETTER-1-Studie wurde das PFS von Patienten mit GI-NET, die die Peptid-Rezeptor-Radionuklid-Therapie (PRRT) ¹⁷⁷Lu-DOTA⁰-Tyr³-Octreotat erhalten hatten, noch nicht erreicht, unter dem Standard Octreotid LAR betrug es 8,4 Monate [Strosberg J et al. Eur J Cancer. 2015;51(Suppl S3):Abstr 6LBA]. Sabrina Graß