Fortgeschrittenes NSCLC: Zusatznutzen für Afatinib bestätigt

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat einen erheblichen Zusatznutzen von Afatinib (Giotrif®) für nicht vorbehandelte Patienten mit lokal fortgeschrittenem und/oder metastasiertem, nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC), mit einem ECOG-Performancestatus 0–1 und dem EGFR-Mutationstyp Del19 im Vergleich zur Chemotherapie bestätigt. In der erneuten Nutzenbeurteilung wurde der irreversible ErbB-Family-Blocker mit Cisplatin plus Pemetrexed bei nicht vorbehandelten Patienten verglichen. In der Studie LUX-Lung 3 hatte sich in einer Subgruppenanalyse unter dem ErbB-Family-Blocker bei Patienten mit Del19-Mutation ein signifikant längeres Gesamtüberleben als unter Cisplatin/Pemetrexed gezeigt (sekundärer Endpunkt: 33,3 vs. 21,1 Monate, $p = 0,0015$). Darüber hinaus wurden die mutationstypunabhängigen Vorteile bei schwerwiegenden Symptomen wie Husten, Dyspnoe und Schmerzen sowie der Lebensqualität berücksichtigt. *red.*

Nach Information von Boehringer-Ingelheim

mCRPC mit Knochenmetastasen: Osteoprotektion empfohlen

Patienten mit ossär metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) sollten standardmäßig Denosumab (Xgeva®) erhalten, auch wenn noch keine Symptome vorhanden sind oder nur einzelne Metastasen vorliegen. Dies empfehlen nationale und internationale Leitlinien. Beim hormonsensiblen Prostatakarzinom mit Knochenmetastasen (mHSPC) profitieren besonders Patienten mit bestimmten Risikofaktoren, z. B. mit schlechtem Ansprechen auf die Androgendeprivation oder hohem Risiko für Knochenkomplikationen, von der osteoprotektiven Supportivtherapie mit Denosumab. Grundlage für diese Empfehlungen sind die Ergebnisse einer Phase-III-Studie, in der der RANK-Ligand-Inhibitor bei CRPC-Patienten mit Knochenmetastasen in mehreren Endpunkten effektiver war als das Bisphosphonat Zoledronsäure. Beispielsweise wurde das Risiko für das Auftreten der ersten sowie der ersten und nachfolgender Knochenkomplikationen im Vergleich zu Zoledronsäure um je 18 % reduziert und um 3,6 Monate hinausgezögert. *red.*

Nach Information von Amgen

mCRC: Afibercept im Klinikalltag geprüft

— Aktuelle Daten aus dem Tumorregister OncoReg zeigen, dass das antiangiogen wirkende Fusionsprotein Afibercept (Zaltrap®) im klinischen Alltag eine wirksame und sichere Therapieoption für Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (mCRC) ist und sich in Kombination mit FOLFIRI (5-Fluorouracil [5-FU], Folinsäure, Irinotecan) gut in die verfügbaren Therapiesequenzen integrieren lässt. Datenbasis sind 183 ausgewertete Therapien aus 35 Praxen in Deutschland. Die Patienten waren im Mittel 68 Jahre alt und damit sieben Jahre älter als in der Zulassungsstudie [Valdix AR et al. DGHO. 2015; Abstr V393]. Afibercept/FOLFIRI wurde zulassungskonform bei mit Oxaliplatin vorbehandelten Patienten mit mCRC ab der zweiten Therapielinie eingesetzt. Etwa ein Drittel der Patienten (30,6 %) erhielt Afibercept/FOLFIRI als zweite Therapielinie und jeweils gut 20 % in dritter oder vierter Therapielinie. Trotz des breiten Einsatzes auch in den späteren

Therapielinien sprachen gut 40 % der Patienten mindestens mit einer Krankheitsstabilisierung an. Das mediane progressionsfreie und Gesamtüberleben betrug über alle Therapielinien 5,1 bzw. 7,7 Monate. Patienten, die Afibercept/FOLFIRI frühzeitig in der zweiten Therapielinie erhielten, erreichten mit 17,1 Monaten ein deutlich längeres medianes Gesamtüberleben als in der Zulassungsstudie mit 13,5 Monaten.

Die ersten Daten der QoLiTrap-Studie, einer großen, nicht interventionellen Studie aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, zeigen, dass die gute Wirksamkeit von Afibercept/FOLFIRI nicht zu Lasten der Lebensqualität geht [Derigs HG et al. DGHO. 2015; Poster 213]. *Birgit-Kirstin Pohlmann*

Satellitensymposium „Einfluss molekularer Marker auf die Therapiewahl beim mCRC und mCRPC – heute und in Zukunft“ und weitere Vorträge anlässlich der DGHO-Jahrestagung, Basel, Schweiz, 11. Oktober 2015; Veranstalter: Sanofi

NSCLC: Körpereigene Tumorabwehr reaktivieren

— Christian Schumann, Kempten, zufolge zielen immunonkologische Therapieansätze darauf ab, die antitumorale Immunantwort zu reaktivieren.

In der Mikroumgebung eines Tumors finden sich zahlreiche immunkompetente Zellen, die Krebszellen aufspüren und zerstören können. Tumorzellen wiederum verfügen über Escape-Mechanismen, um dieser Kontrolle zu entgehen.

So führt eine Interaktion des Tumors mit dem PD-1 („programmed cell death-1“-Rezeptor auf der Oberfläche aktivierter T-Lymphozyten zu deren Inaktivierung.

Der im Juli 2015 für vorbehandelte Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) von plattenepithelialer Histologie zugelassene PD-1-Antikörper Nivolumab (Opdivo®) löst diese „Immunbremse“ und reaktiviert die T-Zellen (Fachinformation Opdivo®, Stand: Oktober 2015).

In der Zulassungsstudie CheckMate-017 zeigte sich unter Nivolumab bei mit einer Chemotherapie vorbehandelten Patienten

mit metastasiertem NSCLC von plattenepithelialer Histologie im Vergleich zum Therapiestandard Docetaxel eine signifikant höhere 1-Jahres-Überlebensrate von 42 % versus 24 % [Brahmer J et al. N Engl J Med. 2015; 373(2):123-35]. „Das ist eine klare Evidenz und besagt, dass betroffene Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Therapie profitieren“, betonte der Lungenfacharzt.

Nach einer Nachbeobachtungszeit von 18 Monaten hatte sich die Überlebensrate mit 28 % unter der PD-1-Blockade im Vergleich zu 13 % unter Docetaxel sogar mehr als verdoppelt [Reckamp K et al. World Conference on Lung Cancer [WCLC]. 2015; Abstr 736]. Darüber hinaus berichteten die Patienten über eine anhaltend spürbare Verbesserung der tumorassoziierten Symptome (Gralla RJ et al. WCLC. 2015; Abstr 743).

Martina-Jasmin Utzt

Pressegespräch „Endlich Nivolumab BMS® – Wendepunkt in der Therapie des fortgeschrittenen NSCLC“, München, 23. Oktober 2015; Veranstalter: Bristol-Myers Squibb