SSA: Indikationsspektrum erweitert

Das Indikationsspektrum des Somatostatin-Analogons (SSA) Lanreotid Autogel® (Somatuline Autogel®) ist in den aktuellen Leitlinien der European Neuroendocrine Tumour Society (ENETS) erweitert worden. Bisher wurde es zur Symptomlinderung funktioneller gastroenteropankreatischer neuroendokriner Tumoren (GEP-NET) empfohlen. Wie Ralf Hofheinz, Mannheim, laut einer Pressemeldung erläuterte, wird Lanreotid Autogel® aufgrund der Daten der CLARINET-Studie für pankreatische NET sowie bei G2-Tumoren (Ki67 < 10 %) und hoher hepatischer Tumorlast (> 25 %) empfohlen. *red.*

Nach Informationen von Ipsen

Enzyersatztherapie kann bei M. Gaucher Organschäden verhindern

Bei früher Diagnose der lysosomalen Speicherkrankheit Morbus Gaucher kann die Enzyersatztherapie mit Velaglucerase alfa (VPRIV®) dazu beitragen, schwere und irreversible Organschädigungen zu verhindern. „Mit Velaglucerase alfa erreichte in einer Post-Hoc-Analyse einer Phase-III-Studie ein Großteil der bis dahin therapienaiven Patienten über einen Zeitraum von vier Jahren hinweg die gesteckten therapeutischen Ziele bei Hämoglobin- und Thrombozytenwerten, Milz- und Lebervolumina sowie Knochen-dichte“, erläuterte Hanno Riess, Berlin, laut einer Pressemitteilung. *red.*

Nach Informationen von Shire

Chance auf komplette Remission

Mit dem Hedgehog-Signalweg-Inhibitor Vismodegib (Erivedge®) steht eine zielgerichtete Therapie für Patienten mit fortgeschrittenem Basalzellkarzinom (BCC) zur Verfügung, für die eine operative oder strahlentherapeutische Intervention nicht geeignet ist. In der Zulassungsstudie ERI-VANCE wurde bei 90 % der behandelten Patienten mit lokal fortgeschrittenem BCC eine Größenreduktion der Läsionen erreicht. Nach drei Jahren Nachbeobachtungszeit zeigte sich eine mediane Ansprechdauer von 26 Monaten. „Noch wesentlicher aber ist, dass 30 % der Patienten sogar nach drei Jahren eine komplette Remission zeigen“, wird Axel Hauschild, Kiel, in einer Pressemitteilung zitiert. *red.*

Nach Informationen von Roche

Neue Daten mit Checkpointinhibitoren

— Daten mit Checkpointinhibitoren gehörten zu den Highlights der ASCO-Jahrestagung 2016. Einerseits versucht man die Waffen der Immuntherapie mittels Prädiktoren für ein gutes Ansprechen zu schärfen, zum anderen sollen intelligente Kombinationen die Effektivität erhöhen. Dirk Jäger, Heidelberg, berichtete über ein Update der POPLAR-Studie mit Atezolizumab (Tecentriq®) versus Docetaxel bei vorbehandelten Patienten mit fortgeschrittenem nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC). Nach mehr als 20 Monaten Nachbeobachtung hatte sich der Vorteil durch die Immuntherapie im Gesamtüberleben (OS) auf drei Monate vergrößert (12,6 vs. 9,7 Monate). In keiner Subgruppe hätten Patienten eine schlechtere Prognose als unter der Standard-Chemotherapie gehabt, so Jäger. Das mediane Ansprechen unter Immuntherapie betrug 18,6 Monate gegenüber 7,2 Monaten im Vergleichsarm. Kombinationen könnten ein Weg sein, die Effektivität zu erhöhen. Die Kombination von

PD-1- und CTLA-4-Antikörper ist Jäger zufolge in den USA bei der First-Line-Therapie des Melanoms schon etabliert. Nun wurde sie in der CheckMate 012-Studie in einem kleinen Kollektiv auch beim fortgeschrittenen NSCLC in der Erstlinie untersucht. Nivolumab plus Ipilimumab (in zwei verschiedenen Applikationsintervallen) erzielten dabei „beeindruckende“ Ansprechraten von 47 und 39 %. Bei 32 bzw. 18 % der Patienten blieb die Erkrankung stabil. Vielversprechend scheint auch die Kombination aus Atezolizumab und dem MEK1/2-Inhibitor Cobimetinib (Cotellic®) bei Mikrosatelliten-instabilen kolorektalen Karzinomen zu sein. In Monotherapie wirken beide Substanzen nicht, doch in Kombination sehen wir „bei Letztlinien-Patienten“ eindrucksvolle Daten mit Ansprechraten von 20 %, so Jäger. *Dirk Einecke*

Pressekonferenz „Aktuelles vom amerikanischen Krebskongress“, Hamburg, 22. Juni 2016; Veranstalter: Roche

Sequenztherapie des mCRPC

— Abirateronacetat plus Prednison/Prednisolon und Enzalutamid werden aktuell in der Erstlinientherapie des nicht oder mild symptomatischen metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (mCRPC) eingesetzt. Die beiden antihormonellen Medikamente der neuesten Generation hatten in ihren Zulassungsstudien jeweils gute Wirksamkeit gezeigt. Bei der Entscheidung zwischen den beiden Wirkstoffen müssen also andere Kriterien herangezogen werden. Laut Jürgen Gschwend, München, sind die Unterschiede im Nebenwirkungsprofil der beiden Wirkstoffe klare Entscheidungskriterien. Aktuelle Daten deuten auf eine bessere Verträglichkeit von Abirateronacetat (Zytiga®) plus Prednison/Prednisolon hin. So zeigte eine retrospektive Analyse der Daten von 3.003 mCRPC-Patienten, dass zwölf Monate nach Therapiebeginn unter Abirateronacetat (n = 2.196) weniger Patienten ZNS-Nebenwirkungen sowie Fatigue entwickelt hatten als unter Enzalutamid (n = 807) [Pilon D et al. J Clin Oncol. 2016;34(suppl):Abstr 5078]. Der Anteil mit ZNS-Nebenwirkungen lag bei 30,3

versus 37,5 % (p = 0,005), jener mit Fatigue betrug 25,0 versus 28,6 % (p = 0,013). Andere Studien bestätigten die gute kardiovaskuläre Verträglichkeit und Anwendbarkeit von Abirateronacetat und eine geringere Rate von Therapieabbrüchen aufgrund mangelnder Adhärenz (5,5 vs. 7,9 %).

Retrospektive Studien liefern Gschwend zufolge erste Hinweise, dass bei der Sequenz Abirateronacetat plus Prednison/Prednisolon gefolgt von Enzalutamid die Folgetherapie ein besseres Ansprechen erzielen könnte als bei der umgekehrten Reihenfolge. Bei mCRPC-Patienten, die im Anschluss an die Chemotherapie Abirateronacetat gefolgt von Enzalutamid erhalten hatten, lag das PSA50-Ansprechen unter der zweiten Therapie bei 10–29 %. In der Sequenz Enzalutamid gefolgt von Abirateronacetat lagen die PSA50-Ansprechraten bei 4–8 %.

Brigitta Schneider

Post-ASCO-Presskonferenz „Aktuelle Daten zur Erstlinientherapie des mCRPC mit Zytiga®“, München, 29.6.2016; Veranstalter: Janssen-Cilag