

Lebermetastasen bei kolorektalem Karzinom Bessere Chancen auf Resektion nach Chemotherapie plus Biological

Patienten mit kolorektalem Karzinom (mCRC) und primär nicht resektablen Lebermetastasen profitieren scheinbar von einer neoadjuvanten Therapie.

In vielen Fällen werden die Lebermetastasen durch die neoadjuvante Behandlung resizierbar – verbunden mit besseren Überlebenschancen für die Patienten. Dies wurde in verschiedenen Untersuchungen gezeigt, u.a. in der G.O.N.O.- FOLFOXIRI-Studie [Falcone A et al. J Clin Oncol 2007; 25:1670–6]. Im Vergleich zu 5-FU/Irinotecan (FOLFIRI) wurden mit der intensivierten Chemotherapie mit 5-Fluorouracil (5-FU), Irinotecan und Oxaliplatin (FOLFOXIRI) signifikant höhere Ansprechraten (RR 66 vs. 41 %) und Resektionsraten (R0-Re-

sektionsrate 36 vs. 12 %) bei moderater Erhöhung der Gesamttoxizität erzielt, berichtete Hans-Jürgen Schlitt, Regensburg.

In einer Phase-II-Studie [Masi G. et al. ESMO 2009: Abstr. 6081] wurde gezeigt, dass die Addition von Bevacizumab (Avastin®) die Ansprechrate (77 %) und R0-Resektionsrate (43 %) weiter erhöht, ohne dass unerwünschte Ereignisse auftraten (n=57).

Auch in der jetzt abgeschlossenen BOXER-Studie führte die neoadjuvante Therapie dazu, dass von den primär als nicht

resektabel eingestuften Patienten 33% doch operiert werden konnten. In der prospektiven einarmigen Phase-II-Studie erhielten 46 mCRC-Patienten mit nicht optimal resezierbaren Lebermetastasen präoperativ eine Kombination aus Capecitabin (Xeloda®), Oxaliplatin und Bevacizumab (CAPOX + Bev). Die Ansprechrate (komplette oder partielle Remission) lag bei 78%. Die R0-Resektionsrate lag bei 56% aller Patienten, die reseziert wurden.

Die Studien zeigen, dass bevacizumabhaltige Regime in der neoadjuvanten Situation eine effektive und verträgliche Therapieoption darstellen, so Schlitt.

MW

Quelle: Satellitensymposium auf dem 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie am 21. 4. 2010 in Berlin; Veranstalter: Roche Pharma

Kurz notiert

Neuer Erstlinienstandard bei CLL: Rituximab verlängert Gesamtüberleben

Die zusätzliche Gabe von Rituximab zum Standardregime Fludarabin/Cyclophosphamid (FC) verlängert das regressionsfreie sowie das Gesamtüberleben und steigert die Rate der Komplettremissionen. Bis 2008 galt die Erstlinientherapie mit Fludarabin/Cyclophosphamid (FC) bei der chronisch lymphatischen Leukämie (CLL) international als Standard. Das gelte auch für fitte ältere Patienten über 70 Jahren, betonte Clemens M. Wendtner, Köln, im Rahmen eines Satellitensymposiums der Firma Roche Pharma auf dem Deutschen Krebskongress am 26. Februar 2010 in Berlin. Um das Ansprechen zu optimieren und so möglichst auch ein längeres progressionsfreies Intervall zu erreichen, wurde diese Standardtherapie in der CLL8-Studie durch zusätzliche Gabe von Rituximab (MabThera®) intensiviert: 817 Patienten, davon 80 über 70 Jahre alt, erhielten randomisiert sechs Zyklen des FC-Regimes oder zusätzlich zur Chemotherapie den Anti-CD20-Antikörper (FCR). Durch die Addition von Rituximab konnte die Rate der Komplettremissionen verdoppelt werden (44,1 vs. 21,0 %) [Hallek M et al. ASH 2008; Abstr. 325]. Das progressionsfreie Überleben wurde um 19 Monate verlängert (32,8 vs. 51,8 Monate; p<0,001). Besonders stark profitierten Patienten mit MDR (minimal residual disease)-Negativität

im Therapieverlauf. Eine solche MDR-Negativität wurde im FCR-Arm signifikant häufiger erreicht als mit dem FC-Regime. Gemäß dem Ende 2009 präsentierten Update der CLL8-Studie wird darüber hinaus auch das Gesamtüberleben signifikant verlängert: Drei Jahre nach Randomisierung lag die Überlebensrate im FC-Arm bei 82,5%, während im FCR-Arm noch 87,2% der Teilnehmer am Leben waren (p=0,012). **arn**

Nierenzellkarzinom: Neue Therapien rasch umgesetzt

Studien werden oft mit „gesunden“ Krebskranken durchgeführt, die klinische Realität sind aber viele Komorbiditäten, gerade bei Nierenzellkarzinompatienten, betonte Norbert Marschner, Freiburg, auf dem Deutschen Krebskongress in Berlin Anfang des Jahres im Rahmen eines Symposiums der Firma GlaxoSmithKline. Deshalb engagiert er sich für ein epidemiologisches Tumorregister zum metastasierten oder lokal fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom, einem Kooperationsprojekt niedergelassener Onkologen und Urologen. Rund 100 Zentren nehmen derzeit mit etwa 1.000 Patientinnen und Patienten teil. Therapievorgaben gibt es nicht, das Register soll die Versorgungsrealität in Deutschland widerspiegeln. Marschner betonte, dass erste Zwischenergebnisse zeigen, dass neue Behandlungsoptionen von den Ärzten in der Praxis umgesetzt werden.

Demnächst wird eine weitere Option hinzukommen: Das Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) der EMA hat am 18. Februar 2010 eine positive Beurteilung für Pazopanib (Votrient®) zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms abgegeben. In einer doppelblinden Phase-III-Studie mit 435 Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom [Sternberg CN et al. J Clin Oncol 2010;28:1061–68] verlängerte Pazopanib die mediane progressionsfreie Überlebenszeit (PFS) im Vergleich zu Placebo signifikant (9,2 vs. 4,2 Monate). **FK**

Inhalative Analgesie in der Onkologie

Viele Krebserkrankungen erfordern wiederholte schmerzhafte Eingriffe diagnostischer oder therapeutischer Art. Um insbesondere pädiatrischen Patienten Schmerzen zu ersparen, steht in Deutschland seit August 2008 Livopan® zur Verfügung, eine inhalative Fertigmischung aus je 50 Prozent Distickstoffmonoxid (N₂O) und Sauerstoff (O₂). Für Till Dresbach, Bonn, ist die inhalative Analgesie mit Livopan® „bei kurzzeitigen Eingriffen mittlerer Schmerzintensität eine sichere und effiziente Methode der Analgosedierung“. Bei einem Workshop der Firma Linde im Rahmen der 59. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin am 20. März 2010 in Marburg verwies Dresbach auf die breite Datenlage dank langjähriger Anwendung in anderen Ländern wie der Schweiz, Frankreich und England. **bv**