

Krebstherapie individualisieren In Netzwerken arbeiten

Die Krebstherapie müsse künftig individueller auf den Patienten zugeschnitten sein und stärker auf dem Pathomechanismus des Tumors basieren.

Mit Hilfe eines breiten Netzwerkes an Kooperationen will Bayer Schering Pharma dazu beitragen, die Onkologieforschung voranzutreiben, erklärte Dominik Mumberg, Leiter des Bereichs Tumor Cell Research bei Bayer Schering Pharma. So gibt es gemeinsam mit der Firma Prometheus Bestrebungen, die Tumoren mit speziellen Diagnoseplattformen zunächst auf Genom- und später auch auf Prote-

omebene zu charakterisieren. In Zusammenarbeit mit der Firma OncoMed erfolgt die Entwicklung von Medikamenten gegen Krebsstammzellen, die für die Entstehung, Metastasierung und Rezidivierung von Tumoren verantwortlich gemacht werden.

Bei der präklinischen Forschung fokussiert sich Bayer Schering Pharma derzeit auf Biologics und Small Molecules, die auf Ebene von Angiogenese, Zellzyklus/Apoptose, Hormonen und Chromatin angreifen. In Phase I stehen Wirkstoffe für rationale Kombinationstherapien im Mittelpunkt, die zentrale Wachstums- oder Überlebens-

pfade von Tumoren blockieren. In Phase II/III werden unter anderem 131I-L19-SIP, der erste radioaktiv markierte monoklonale Antikörper für die Radioimmuntherapie bei soliden Tumoren, und Alphasar™ (Radium-223), der erste Alpha-Strahler für Knochenmetastasen, überprüft.

Hinzu kommt ein breites Entwicklungsprogramm für den Multityrosinkinase-Inhibitor Sorafenib (Nexavar®), der derzeit für die Therapie von Leber- und fortgeschrittenem Nierenkrebs zugelassen ist. ■

pe

Quelle: International Press Day – Innovation at Bayer Schering Pharma, Berlin, 26.8.2010

Metastasiertes Mammakarzinom: Lebensqualität und Effektivität vereinen

Der therapeutische Index, der sich zusammensetzt aus der Effektivität, Toxizität und Lebensqualität unter einer bestimmten Therapie, ist laut der AGO-Empfehlungen entscheidend für die Behandlungsempfehlung.

Die Therapie mit dem oralen Fluoropyrimidin Capecitabin (Xeloda®) erfüllt diese Voraussetzungen und bietet zudem einen wichtigen Überlebensvorteil für Patienten mit einem meta-

stasierten Mammakarzinom. Aufgrund dieser positiven Datenlage wird die Capecitabin-Monotherapie in den aktuellen Empfehlungen der AGO 2010 erstmals als wirksame First-Line-

Therapie positiv bewertet (+). Dies ist eine Erweiterung der bisher bestehenden Empfehlung, die für die zytostatische Therapie nach Taxan- und Anthrazyklinvorbehandlung galt (AGO: ++).

Da die meisten Patientinnen schon in der Adjuvanz eine Anthrazyklin- und/oder Taxanvorbehandlung aufweisen, ist es laut Fritz Jänicke, Hamburg, wesentlich, im weiteren Verlauf über eine hochwirksame und zugleich sehr gut verträgliche Behandlungsoption zu verfügen. Dies gilt insbesondere auch für Patientinnen, die nicht mit Taxanen behandelt werden können. Gegenüber dem klassischen CMF-Schema (Cyclophosphamid oral, Methotrexat, 5-Fluorouracil) weist die orale Capecitabin-Therapie hier einen Überlebensvorteil auf. ■

br

Quelle: Pressegespräch in Hamburg, 14. Juli 2010; Veranstalter: Roche Pharma

Kurz notiert

mRCC: Hohe Chance auf Komplettremission mit Sunitinib

Patienten mit metastasiertem Nierenzellkarzinom (mRCC) haben unter einer First-Line-Therapie mit Sunitinib im Vergleich zu Sorafenib eine bessere Chance, eine Komplettremission zu erreichen. In einer auf dem diesjährigen ASCO-Kongress vorgestellten multizentrischen, retrospektive Studie wurde das Auftreten von Komplettremissionen unter einer Therapie mit Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKI) analysiert. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden Tumor- und Patientencharakteristika, der Therapieverlauf sowie die Dauer der Komplettremissionen beschrieben [Albiges L et al. ASCO 2010, Poster 4600]. Von den insgesamt 64 Patienten, die unter einer TKI-Therapie eine Komplettremission

erreicht hatten, waren 59 (92 %) mit Sunitinib und 5 (8 %) mit Sorafenib behandelt worden. Bei 61 % der Patienten, die eine Komplettremission erreicht hatten, blieb diese auch nach dem Absetzen der TKI-Therapie über weitere 8,5 Monate erhalten. Eine Therapiepause könne in dieser Situation bedacht werden, so Markus Kuczyk, Hannover, während eines Post-ASCO-Pressegesprächs von Pfizer Oncology im Juni in Berlin. Allerdings schein eine Fortführung der TKI-Behandlung mit einer höheren Rate an Komplettremissionen assoziiert zu sein. Für die First-Line-Therapie von Patienten mit guter und intermediärer Prognose hat der ASCO 2010 Sunitinib neben Bevacizumab/IFNα und Pazopanib empfohlen, für Patienten mit schlechter Prognose Temsirolimus und als Alternative Sunitinib. aam