

Mantelzell-Lymphom ESMO-Empfehlungen – auch für das fortgeschrittene Rezidiv

Die neuen ESMO (European Society of Medical Oncology)-Empfehlungen für die Behandlung des Mantelzell-Lymphoms (MCL) berücksichtigen erstmalig eine molekulare Substanz.

Ältere MCL-Patienten sollten mit acht Zyklen R-CHOP (Rituximab-Cyclophosphamid/Doxorubicin/Vincristin/Prednison) und anschließender Rituximab-Erhaltungstherapie behandelt werden, so Martin Dreyling, München. Für jüngere Patienten wird als Erstlinientherapie nach einer Rituximab und Ara-C enthaltenden Induktion eine autologe Stamm-

zelltransplantation empfohlen. Im fortgeschrittenen Rezidiv kann als erste und bis dato einzige molekulare Substanz Temsirolimus erwogen werden. Temsirolimus (Torisel®) gehört nach Dreyling zu den Standardoptionen im fortgeschrittenen Rezidiv, weil mit dem mTOR-Inhibitor die einzige randomisierte Studie beim rezidierten MCL durchgeführt wurde [Hess G et al. J Clin Oncol. 2009;27:3822–9]. In der Phase-III-Studie, in die auch Patienten mit schlechter Prognose eingeschlossen wurden, sprachen die mit Temsirolimus behandelten Patienten signifikant häufiger an

als Patienten, die eine Monotherapie nach Wahl des behandelnden Arztes erhalten hatten (22 vs. 2 %, $p = 0,0019$). Das progressionsfreie Überleben betrug 4,8 vs. 1,8 Monate ($p < 0,001$), erläuterte Georg Heß, Mainz. Und die Entwicklung gehe weiter, so Hess: So wurden mit der Kombination Temsirolimus/Rituximab Ansprechraten von 52 % (bei Rituximab-refraktären Patienten) bzw. 63 % (bei Rituximab-sensitiven Patienten) beobachtet [Ansell SM et al. Lancet Oncol. 2011;12:361–8]. **gsp**

Satellitensymposium anlässlich des Deutschen Krebskongresses am 23. Februar 2012 in Berlin; Veranstalter: Pfizer Pharma

Kurz notiert

Kastrationsresistentes Prostatakarzinom: Lebensverlängerung für die Patienten

Seit September letzten Jahres ist Abirateronacetat (Zytiga®) in Kombination mit Prednison/Prednisolon europaweit für die Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms von Patienten zugelassen, deren Erkrankung während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient verläuft. Die Studie COU-AA-301 hat den Nutzen von Abirateronacetat bestätigt. Behandelt wurden 1.195 Patienten mit einem metastasierten Prostatakarzinom nach Versagen einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie. Die Patienten erhielten (in Kombination mit Prednison/Prednisolon) entweder Abirateronacetat oder Placebo. In der Verumgruppe war das Gesamtüberleben gegenüber Placebo signifikant um 4,6 Monate (15,8 vs. 11,2 Monate) verlängert. Auch bei den sekundären Endpunkten wie progressionsfreies Überleben, Zeit bis zur PSA-Progression oder PSA-Ansprechen zeigte sich Abirateronacetat überlegen. In Bezug auf Schmerz, Frakturrisiko, Fatigue und Lebensqualität profitierten die Patienten ebenfalls von der Abirateronacetat-Therapie. **eb**

Nach Informationen von Janssen-Cilag

Niedermolekulare Heparine: Antikoagulation im Blickpunkt

Besteht neben einer Tumorerkrankung beim Patienten darüber hinaus eine Thrombose, hat der Patient ein zusätzliches Mortalitätsrisiko. Die effektive und sichere Behandlung von Thrombosen hat daher besondere Bedeutung. Frank Gieseler, Lübeck, verwies auf den Behandlungsalgorithmus der DGHO-Leitlinie, in der unter anderem auch der Einsatz von niedermolekularen Heparinen empfohlen wird. Welches Heparin zum Einsatz komme, sei individuell zu entscheiden. So sei z. B. Tinzaparin (Innohep®) auch bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion sicher und effektiv. Selbst bei Patienten mit einer Kreatininclearance bis 20 ml/min kumulierte Tinzaparin nicht. Stefan Schneider, Mannheim, machte darauf aufmerksam, dass für die Metastasierung von Malignomen die schnelle Aktivierung von Epithelzellen entscheidend ist. „Vermutlich können niedermolekulare Heparine dies verhindern“, betonte er. Bei der Endothelaktivierung spielen der von-Willebrand-Faktor (vWF) und das P-Selektin eine Schlüsselrolle. Derzeit wird die antimetastatische Wirkung von Tinzaparin in klinischen Studien untersucht. **eb**

Nach Informationen von Leo

Nicht-plattenepitheliales NSCLC: „Continuation Maintenance“ für eine verlängerte Tumorkontrolle

Patienten mit nicht-plattenepitheliales nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) können von einer kontinuierlichen Weiterbehandlung mit Pemetrexed (Alimta®) direkt im Anschluss an die Induktionstherapie profitieren. Dadurch lassen sich Therapiepausen und Substanzwechsel vermeiden und das progressionsfreie Überleben von Patienten mit fortgeschrittenem nicht-plattenepitheliales NSCLC verlängern. In der PARAMOUNT-Studie hatten Patienten mit diesen Tumoren zunächst vier Zyklen mit Pemetrexed und Cisplatin erhalten. Nach Tumorremission oder Stabilisierung wurden die Studienteilnehmer entweder mit Pemetrexed oder mit Placebo weiter behandelt. Das mediane progressionsfreie Überleben in der Verumgruppe war mit 6,9 Monaten signifikant länger als unter Placebo mit 5,6 Monaten. Im Oktober letzten Jahres wurde eine Zulassungserweiterung von Pemetrexed für Patienten mit nicht-plattenepitheliales NSCLC ausgesprochen, deren Erkrankung nach einer platinbasierten Chemotherapie nicht unmittelbar fortgeschritten ist. **eb**

Nach Informationen von Lilly