

Thrombosetherapie in der Onkologie

Nierenfunktion beachten

10–15 % aller Tumorpatienten sind im Verlauf ihrer Erkrankung von venösen Thromboembolien (VTE) betroffen. Bei der Auswahl einer Therapie der VTE muss auch die Nierenfunktion berücksichtigt werden.

Nicht nur tumor-, sondern auch therapieassoziierte Faktoren führen zum erhöhten Thromboserisiko von Krebspatienten. So können die Art der Chemotherapie, die Behandlung mit antiangiogenen

Substanzen oder supportive Maßnahmen wie ein zentraler Venenzugang das Risiko weiter steigern, erläuterte Florian Langer, Hamburg. In den Leitlinien [Farge D et al. *Thromb Haemost.* 2013;11(1):56-70] werden zur initialen Behandlung von Tumorpatienten mit einer VTE niedermolekulare Heparine (NMH) empfohlen.

Auch bei der Erhaltungstherapie werden NMH einer Behandlung mit Vitamin-K-Antagonisten vorgezogen. Bei der Auswahl eines bestimmten NMH ist die

Nierenfunktion zu berücksichtigen, was wegen des nephrotoxischen Potenzials vieler Chemotherapeutika und der häufig älteren Tumorpatienten in der Onkologie besonders relevant ist. NMH mit einem hohen Molekulargewicht sind weniger abhängig von der Nierenfunktion als kurzkettige. Das höchste Molekulargewicht der verfügbaren NMHs hat Tinzaparin (innohep®) – es kann auch bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion eingesetzt werden [Siguret V et al. *Thromb Haemost.* 2000;84(5):800-4].

Monika Walter

ONLEX® – 1. Onkologisches Leo Experten-Meeting, Hamburg, 19.–20.04.2013; Veranstalter: LEO

Lenalidomid und Azacitidin beim myelodysplastischen Syndrom

Del(5q)-Erkrankung spezifisch behandeln

Del(5q) ist die häufigste Aberration, die einem myelodysplastischen Syndrom (MDS) zugrunde liegt. Früher oder später kommt es dabei zur Erythrozyten-Transfusionspflichtigkeit, verbunden mit erhöhtem Mortalitätsrisiko, höherer Morbidität und einer reduzierten Lebensqualität.

Das Verhindern der Transfusionspflichtigkeit bzw. das Erreichen einer Transfusionsunabhängigkeit sind daher wichtige Ziele der MDS-Therapie, betonte Aristoteles Giagounidis, Düsseldorf. Nach der MDS-004-Studie [Fennaux P et al. *Blood.* 2011;118(14):3765-76] habe die Therapie mit Lenalidomid (Revlimid®) einen bedeutenden Effekt auf die Transfusionspflichtigkeit, erläuterte er. Unter der im Juni

2013 für diese Indikation zugelassenen Dosis von 10 mg erreichten 56 % der Patienten die Transfusionsunabhängigkeit – unter Placebo waren es nur 6 % ($p < 0,001$). Dabei zeigte der Vergleich einer MDS-Kohorte, die mit Lenalidomid behandelt worden war, mit einer historischen Kohorte, dass unter der Therapie die Inzidenz einer AML nicht zunahm [Kuendgen A et al. *Leukemia.* 2013;27(5):1072-9].

Seit fünf Jahren steht Azacitidin (Vidaza®) zur Therapie einer Hochrisiko-MDS zur Verfügung. Wie Lisa Pleyer, Salzburg, Österreich, berichtete, verzeichneten im österreichischen Register 66 % der Patienten nach dem ersten Einnahmezyklus das deutlichste Ansprechen, wobei sich das Ergebnis mit Fortsetzung der Therapie – auch bei allen anderen Patienten – vertiefte [Pleyer L et al. *J Hematol Oncol.* 2013;6(1):32]. Die Therapie wurde insgesamt gut toleriert. Die häufigsten Grad-3/4-Nebenwirkungen des betrafen hämatologische Toxizitäten (44,5 %), die aber das Gesamtüberleben nicht beeinflussten.

Friederike Klein

Symposium „Evolving strategies to manage MDS and AML in the elderly“, 18. Kongress der EHA, Stockholm, 13.06.2013; Veranstalter: Celgene

Metastasiertes Kolorektalkarzinom

Therapiechancen verlängern

Für Patienten mit intensiv vorbehandeltem metastasierten Kolorektalkarzinom (mCRC) wird voraussichtlich noch 2013 der Multikinase-Inhibitor Regorafenib zugelassen.

Ergebnisse einer zulassungsrelevanten Phase-III-Studie belegen bei Patienten mit einem Rezidiv nach multipler Vorbehandlung eine längere Überlebenszeit unter Be-

handlung mit dem Multikinase-Inhibitor Regorafenib (Stivarga®) im Vergleich zu Placebo [Grothey A et al. *Lancet.* 2013;381(9863):303-12]. An der 2:1-randomisierten Doppelblindstudie nahmen 760 intensiv vorbehandelte mCRC-Patienten teil, die unter der Standardtherapie einen Tumorprogress erlitten hatten.

Im experimentellen Arm lag das Gesamtüberleben (OS) im Median mit 6,4 Monaten signifikant höher als im Place-

boarm (5,0 Monate, Hazard Ratio [HR] 0,77; $p = 0,0052$). Das Risiko einer Tumorprogression wurde um 51 % gesenkt (medianes progressionsfreies Überleben [PFS] 1,9 vs. 1,7 Monate; HR 0,49; $p = 0,0001$). Der OS- und PFS-Vorteil wurden sowohl für KRAS-Wildtyp als auch KRAS-mutierte Tumoren gezeigt. Die häufigsten Nebenwirkungen waren Hand-Fuß-Syndrom, Fatigue, Bluthochdruck, Diarrhö und Rash.

Ine Schmale

Media Akademie „Revitalizing Treatment Expectations in Colorectal Cancer“, 15th World Congress on Gastrointestinal Cancer (WCGC), Barcelona, Spanien, 03.07.2013; Veranstalter: Bayer Pharma