

Chronische lymphatische Leukämie

## Chlorambucil plus CD20-Antikörper

Für die Therapie der chronischen lymphatischen Leukämie (CLL) gab es bisher mit Ausnahme von Chlorambucil keinen Standard. Die Kombination von Chlorambucil mit den CD-20-Antikörpern Rituximab oder GA101 (Obinutuzumab) prüft die Phase-III-Studie CLL11.

GA101 ist ein neuer Typ-II-CD20-Antikörper. Die Wirksamkeit von GA101 wird aktuell in der Phase-III-Studie CLL11 bei 781 im Durchschnitt 70 Jahre alten „Slowgo“-Patienten in drei Gruppen untersucht: 20 % erhielten Chlorambucil (6 Zyklen), 40 % GA101 plus Chlorambucil (6 Zyklen), und 40 % Rituximab plus Chlorambucil (6 Zyklen).

Das progressionsfreie Überleben (PFS) der Patienten, die GA101 und Chlorambucil erhalten hatten, war laut Michael Hallek, Köln/Bonn, um 12,1 Monate länger als bei alleiniger Chemotherapie (PFS 23,0 vs. 10,9 Monate;  $p < 0,0001$ , Hazard Ratio [HR] 0,14) [Goede V et al. J Clin Oncol.

2013;31(suppl):abstr. 7004]. Vielversprechend waren auch die Ergebnisse für die Remissionsqualität (Komplettremissionen [CR] 22,2 vs. 0 %) und für die Rate nicht nachweisbarer minimaler Resterkrankung (MRD; Blut: 31,1 vs. 0 %, Knochenmark: 17,0 vs. 0 %). Auch die Kombination von Rituximab und Chlorambucil verlängerte im Vergleich zur Chlorambucil-Therapie alleine das PFS signifikant (PFS 15,7 vs. 10,8 Monate;  $p < 0,0001$ ; HR 0,32) und erzielte eine höhere Rate an Komplettremissionen (CR 8,3 vs. 0 %).

Beide Kombinationstherapien führten zu mehr Nebenwirkungen als die Monotherapie. Die häufiger auftretenden Neutropenien unter den beiden Kombinationstherapien (GA101: 34 %, Rituximab: 25 %, Chlorambucil: 15 %) waren Hallek zufolge nicht mit häufigeren schweren Infektionen verbunden. *Friederike Holthausen*

Pressekonferenz „Aktuelles vom amerikanischen Krebskongress 2013“, Bonn, 12.06.2013; Veranstalter: Roche

Intermediäres Leberzellkarzinom adäquat behandeln

## Es gibt Alternativen zu TACE

Die transarterielle Chemoembolisation (TACE) gilt als Standard für die Behandlung von Patienten mit Leberzellkarzinom (HCC) im intermediären Stadium. Abhängig von der Tumorgröße und dem Ausmaß des Lymphknotenbefalls bieten sich auch andere Optionen an.

Die Gruppe der Patienten mit HCC im intermediären Stadium B nach Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC)-Klassifikation ist nicht nur zahlenmäßig groß, sondern auch heterogen, erläuterte Luigi Bolondi, Bologna, Italien. Deshalb empfiehlt er, HCC-Patienten im intermediären Stadium B in Abhängigkeit von definierten Kriterien, z.B. der Leberfunktion (Child Pugh A–C), dem Allgemeinzustand (ECOG PS 0–2) oder dem Vorliegen einer Pfortaderthrombose (PVT) in Subgruppen einzuteilen und für die jeweiligen

Subgruppen eine primäre Therapieempfehlung plus Alternative zu definieren.

Für Patienten im intermediären Stadium mit großer Tumorlast und PVT ist laut Bolondi der orale Tyrosinkinasehemmer Sorafenib (Nexavar®) der TACE bzw. TARE (transarteriellen Radioembolisation) vorzuziehen. In der Zulassungstudie SHARP [Llovet JM et al. N Engl J Med. 2008;359(4):378-90] hatte Sorafenib bei Patienten mit mehrheitlich fortgeschrittenem HCC (Child Pugh C) als erste systemische Therapie einen signifikanten Überlebensvorteil gegenüber Placebo (Kontrollarm) erreicht und das relative Sterberisiko um 31 % reduziert (HR 0,69;  $p < 0,001$ ). *Birgit-Kristin Pohlmann*

Satellitensymposium „Bayer Oncology – Today and Tomorrow“, 3<sup>rd</sup> ITLT (Interdisciplinary Treatment of Liver Tumors) Essen, 18.04.2013; Veranstalter: Bayer Pharma

## Neuer Antikörper beim multiplen Myelom

In einer kleinen, randomisierten, offenen Phase-II-Studie wurden Patienten mit multiplen Myelom, die auf die vorhergehende Therapie nicht ansprachen oder nach Therapie ein Rezidiv entwickelten, mit zwei Dosierungen des monoklonalen Antikörpers Elotuzumab (10 mg/kg und 20 mg/kg) in Kombination mit der derzeitigen Standardtherapie Lenalidomid und niedrig dosiertem Dexamethason behandelt. Bei einer Dosierung von 10 mg Elotuzumab/kg in dieser Kombination lag das mediane progressionsfreie Überleben in der Langzeitbeobachtung bei 33 Monaten [Facon T et al. EHA Annual Congress 2013, abstr. P764]. Die objektive Ansprechrates (ORR) betrug 92 %.

Die häufigsten Nebenwirkungen des Grads 3 und höher waren Lymphopenie (19 %), Neutropenie (18 %), Thrombozytopenie (16 %) und Anämie (14 %).

Aktuell werden aufgrund der vielversprechenden Ergebnisse zwei Phase-III-Studien zu Elotuzumab mit einer Dosis von 10 mg/kg bei Patienten mit vorbehandeltem und neu diagnostiziertem multiplen Myelom durchgeführt. *red*

Nach Informationen von Bristol-Myers Squibb und AbbVie

## Neuzulassung für Prostatakarzinom

Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) hat am 24. Juni 2013 Enzalutamid unter dem Handelsnamen Xtandi® zur Behandlung von Männern mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, das während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet, zugelassen. Die Zulassung basiert auf den Ergebnissen der Phase-III-Studie AFFIRM [Scher HI et al. J Clin Oncol. 2012;30(suppl 5):abstr. LBA1]. Danach führte die orale Einnahme des Androgenrezeptor-Signalweginhibitors Enzalutamid im Vergleich zur Placeboeinnahme zu einer statistisch signifikanten Verlängerung des Gesamtüberlebens von 4,8 Monaten ( $p < 0,0001$ ). *red*

Nach Informationen von Astellas Pharma