

Rezidivtherapie des multiplen Myeloms

## Alte Standards müssen weichen

In zwei Phase-III-Studien war Carfilzomib bisherigen Standards in der Rezidivtherapie des multiplen Myeloms überlegen.

Die ASPIRE-Studie umfasste 792 Patienten mit rezidiviertem oder progredientem multiplen Myelom (MM), die randomisiert dem Tripelregime mit Carfilzomib (Krypolis®), Lenalidomid und Dexamethason (KRd) oder Lenalidomid plus Dexamethason (Rd) zugeteilt wurden [Stewart K et al. *N Engl J Med.* 2015;

372(2):142-52]. Die Dreierkombination war dem Rd-Regime in mehreren Endpunkten überlegen: So verlängerte sich das progressionsfreie Überleben signifikant von nur 17,6 Monaten mit Rd auf 26,3 Monate ( $p < 0,0001$ ). Auch die Gesamtansprechrate war signifikant höher (66,7 vs. 87,1 %;  $p < 0,0001$ ); die Rate kompletter Remissionen wurde mehr als verdreifacht (9,3 vs. 31,8 %;  $p < 0,0001$ ).

ENDEAVOR ist die erste Studie, in der ein Direktvergleich zweier Proteasominhibitoren erfolgte: Hier wurde Carfilzo-

mib kombiniert mit Dexamethason (Kd) bei 929 rezidivierten MM-Patienten mit Bortezomib/Dexamethason (Vd) als Standard verglichen [Dimopoulos M et al. *ASCO.* 2015;Abstr 8509].

Auch diese Studie erreichte ihren primären Endpunkt, eine signifikante Verlängerung des progressionsfreien Überlebens von nur 9,4 Monaten im Kontrollarm auf 18,7 Monate unter Kd ( $p < 0,0001$ ). Der neue Proteasominhibitor erwies sich auch bei einer Vortherapie mit Bortezomib als effektiv.

*Katharina Arnheim*

Symposium „Charting new depths in the treatment of multiple myeloma“, 20. Kongress der European Hematology Association (EHA), Wien, Österreich, 11. Juni 2015; Veranstalter: Amgen

Transfusionsbedingte Eisenüberladung bei MDS

## Längeres Leben durch Eisenchelator-Therapie

Ziel einer Chelat-Therapie ist es, das durch Transfusionen zugeführte Eisen wieder aus dem Körper zu entfernen.

Um transfusionsabhängige Patienten mit myelodysplastischem Syndrom (MDS) und anderen Anämien vor den Auswirkungen einer transfusionsbedingten Eisenüberladung zu schützen, ist bei Serumferritin-Werten  $> 1.000$  ng/ml bzw. nach der Gabe von  $\geq 20$  Erythrozytenkonzentrat-Einheiten eine kontinuierliche

Eisenchelator-Therapie erforderlich. Eine adäquate Eisenchelator-Therapie ist bei diesen Patienten mit einem deutlichen Überlebensvorteil verbunden [DeForge M et al. *Leuk Res.* 2014;38(5):557-63; Neukirchen J et al. *Haematologica.* 2012;97(Suppl 1):144]. Gut belegt ist der klinische Nutzen einer Chelat-Therapie mit dem einmal täglich oral einzunehmenden Eisenchelator Deferasirox (Exjade®). Im Hinblick auf die notwendige Langzeitcompliance bietet Deferasirox wegen seiner einfachen einmal täglichen

oralen Einnahme einen Vorteil. Eine ausführliche Information der Patienten über potenzielle Nebenwirkungen wie eine vorübergehende Diarrhö zu Therapiebeginn und entsprechende Gegenmaßnahmen (Verordnung vor Loperamid, Rehydratation) sind wichtige Strategien zum Erhalt einer langfristigen Adhärenz. Durch eine einschleichennde Dosierung und abendliche Einnahme kann die gastrointestinale Verträglichkeit deutlich verbessert werden.

*Abdol A. Ameri*

MDS-Symposium „Managing IOL across bone marrow failure states: impact on patient outcomes“, 20. Kongress der European Hematology Association (EHA), Wien, Österreich, 13. Juni 2015; Veranstalter: Novartis Pharma

Lungenkarzinom

## Afatinib verlängert das Leben

Beim ASCO-Kongress 2015 wurde die erste Analyse zum Gesamtüberleben von Patienten mit Lungenkarzinom unter Afatinib und Erlotinib vorgestellt.

In der LUX-Lung-8-Studie wurden Wirksamkeit und Sicherheit der zwei gegen EGFR gerichteten Therapien Afatinib (Giotrif®) und Erlotinib bei Patienten mit fortgeschrittenem Plattenepithelkarzinom der Lunge verglichen, die nach einer Erstlinienchemotherapie progredient waren.

Die Behandlung mit Afatinib reduzierte das Sterberisiko um 19 % und verlängerte das mediane Gesamtüberleben (7,9 vs. 6,8 Monate unter Erlotinib; Hazard Ratio 0,81;  $p = 0,0077$ ). Nach einem Jahr lebten noch mehr Patienten unter Afatinib als unter Erlotinib (36,4 vs. 28,2 %) [Soria JC et al. *ASCO.* 2015;Abstr 8002].

Das längere Überleben ging mit einer besseren Kontrolle der tumorbezogenen Symptome einher: Patienten unter Afatinib berichteten häufiger von einer Verbesserung des Hustens (43,4 vs. 35,2 %),

der Atemnot (51,3 vs. 44,1 %) und des allgemeinen Wohlbefindens (35,7 vs. 28,3 %) [Gadgeel SM et al. *ASCO.* 2015;Abstr 8100]. Klinisch relevante Nebenwirkungen wurden in beiden Studienarmen vergleichbar häufig beobachtet (57,1 vs. 57,5 %).

Erlotinib sei als Zweitlinientherapie zugelassen worden, weil es die Prognose der Patienten verbesserte, so Jean Charles Soria, Paris, Frankreich. Nun sei eine weitere Verbesserung mit Afatinib für dieses schwer zu behandelnde Patientenklientel gezeigt worden, konstatierte er. *Ine Schmale*

Media Event „Going head-to-head in advanced squamous cell carcinoma of the lung“, Chicago, 29. Mai 2015; Veranstalter: Boehringer Ingelheim