

Metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom

Auf der Suche nach der optimalen Therapiesequenz

Antihormonelle Therapien bieten beim metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRPC) einen Überlebensvorteil. Unklar ist bislang aber, in welcher Reihenfolge sie im Rahmen einer Sequenztherapie eingesetzt werden sollten.

Während unter Androgenrezeptorblockern persistierende Resistenzmutationen auf DNA-Ebene auftreten können, seien unter Androgenbiosyntheseinhibitoren wie z. B. Abirateronacetat (Zytiga®) reversible Veränderungen auf Protein- und mRNA-Ebene beobachtet worden, erklärte Jürgen Gschwend, München. Diese unterschiedlichen Mechanismen

können möglicherweise die Wirksamkeit von Folgetherapien beeinflussen, so Gschwend.

Hinweise darauf, dass die Reihenfolge bei einer Sequenztherapie berücksichtigt werden sollte, bieten zwei aktuelle Studien: In der einen zeigte sich in der Sequenz Abirateron/Prednison → Enzalutamid ein signifikant längeres progressionsfreies

Überleben (PFS) als in der Sequenz Enzalutamid → Abirateron/Prednison (16,3 vs. 12,5 Monate; $p = 0,04$) [Maughan BL et al. ASCO-GU 2016; Abstr 308]. Die zweite Studie bestätigte die bessere Effektivität dieser Sequenz Abirateron/Prednison → Enzalutamid [Emamekhoo H et al. ASCO-GU 2016; Abstr 294]. *Abdol A. Ameri*

Pressekonferenz „Zytiga – Aktuelle Daten zur Resistenz und Sequenz: Profitieren Patienten vom Beginn der mCRPC-Therapie mit Zytiga®?“ anlässlich des DKK 2016, Berlin, 26. Februar 2016; Veranstalter: Janssen-Cilag

Chronisch primäre Immunthrombozytopenie

Therapie per Spritze – die Milz bleibt drin

Für erwachsene Patienten mit chronischer primärer Immunthrombozytopenie (ITP) gibt es eine wichtige, für den Behandlungsalltag ausgesprochen erfreuliche Verbesserung.

Der Einsatz des Thrombopoetin(TPO)-Rezeptoragonisten Romiplostim (Nplate®) ist jetzt auch ohne vorangegangene Splenektomie möglich. Das vereinfacht die Behandlung dieser seltenen Autoimmunerkrankung. Romiplostim, das die Patienten selbst einmal pro Woche subkutan spritzen können, kommt als Zweitlinientherapie infrage, wenn Erstlinien-

therapeutika wie Kortikosteroide oder Immunglobuline nicht ausreichend wirksam sind. Bisher war dafür die Entfernung der Milz Voraussetzung.

Nach der Zulassungserweiterung kann Romiplostim jetzt auch ohne Milzentfernung und damit deutlich früher zum Einsatz kommen. In Vergleich zu Placebo bzw. zu den gegenwärtigen Standard-

therapien hat der TPO-Rezeptoragonist auch bei nicht splenektomierten ITP-Patienten seinen Nutzen hinsichtlich dauerhaftem Thrombozytenansprechen und reduzierter Blutungsrate gezeigt. Vielversprechend sind die Ergebnisse einer aktuellen Phase-II-Studie bei Patienten mit primärer ITP seit ≤ 6 Monaten: 32 % kamen im Laufe eines Jahres in Remission, das heißt, über 24 Wochen konnte ohne jegliche ITP-Medikation eine Thrombozytenzahl $\geq 50.000/\mu\text{l}$ aufrechterhalten werden.

Ulrike Wepner

Pressegespräch „Die ITP-Therapie im Umbruch durch Romiplostim: Remission im Blick“, München, 18. März 2016; Veranstalter: Amgen

Multiples Myelom

Aktivierung des Immunsystems erfolgreich

Patient mit multiplem Myelom müssen fast immer mit einem Rezidiv rechnen. Ein Paradigmenwechsel bahnt sich derzeit mit der bevorstehenden Einführung antikörperbasierter Therapien wie Elotuzumab an.

Der humanisierte monoklonale IgG1-Antikörper Elotuzumab bindet spezifisch an Membranprotein SLAMF7 („signaling lymphocyte activation molecule family member 7“). Elotuzumab aktiviere einerseits NK-Zellen (natürliche Killerzellen) direkt und erleichtert andererseits über die Bindung an SLAMF7 auf Myelomzel-

len die Interaktion mit den NK-Zellen (Markierung der Myelomzelle), was die Zerstörung der Myelomzellen über die antikörperabhängige zellvermittelte Zytotoxizität (ADCC) ermöglicht, erklärt Igor W. Blau, Berlin.

Untermauert würde der innovative Wirkansatz durch die Ergebnisse der

zulassungsrelevanten Phase-III-Studie ELOQUENT-2. In Kombination mit Lenalidomid/Dexamethason (Ld) zeigte sich Elotuzumab (E) mit einer signifikanten relativen Reduktion des Progressions- oder Mortalitätsrisikos um 30 % gegenüber Ld allein (Hazard Ratio für Progression oder Tod: 0,70; 95 %-Konfidenzintervall 0,57–0,85; $p < 0,001$). Nach einem Jahr hatten 68 vs. 57 % der Patienten ein progressionsfreies Überleben unter E/Ld vs. Ld erreicht.

Yuri Sankawa

Satellitensymposiums „Immunonkologie – Wir schreiben Geschichte: Einzug in die Hämatologie“ anlässlich des DKK 2016, Berlin, 24. Februar 2016; Veranstalter: Bristol-Myers Squibb