

Hodgkin Lymphom

## Hohe Ansprechrate des PD-1-Inhibitors

Der PD-1 („programmed cell death protein 1“)-Inhibitor Nivolumab erzielte in einer Phase-II-Studie eine hohe Ansprechrate mit anhaltender Wirkung bei vorbehandelten Patienten mit einem rezidivierenden/refraktären klassischen Hodgkin-Lymphom (cHL).

Nivolumab (Opdivo®) ist bereits zugelassen für die Monotherapie des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms und des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms sowie als Monotherapie oder in Kombination mit Ipilimumab für die Therapie des fortgeschrittenen Melanoms. Nun

wird Ende des Jahres die europäische Zulassung von Nivolumab als erste immunonkologische Therapieoption beim Hodgkin-Lymphom (cHL) erwartet. Der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der europäischen Arzneimittelagentur hatte diese Zulassungserweiterung empfohlen. In der zulassungsrele-

vanten Phase-II-Studie CheckMate 205 betrug die objektive Ansprechrate nach einem medianen Follow up von 8,9 Monaten 66 %. 8 % der Patienten erreichten eine komplette Remission, 58 % eine partielle Remission und bei 23 % stabilisierte sich die Erkrankung. Die mediane Dauer bis zum Ansprechen betrug 2,1 Monate und die Dauer des Ansprechens 7,8 Monate. Zum Zeitpunkt der Auswertung hielt das Ansprechen auf die Therapie bei 66 % nach wie vor an. *Andrea Warpakowski*

Satellitensymposium „Die Geschichte der Immunonkologie geht weiter – Therapie von hämatologischen und soliden Tumoren“, anlässlich der DGHO-Jahrestagung, Leipzig, 15 Oktober 2016; Veranstalter: Bristol-Myers Squibb

ALK-positives Lungenkarzinom

## Neuer Standard nach Vortherapie

Bei Patienten mit ALK („anaplastic lymphoma kinase“)-positivem nichtkleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) hat der ALK-Inhibitor Crizotinib eine hohe Aktivität gezeigt. Er kann mittlerweile bereits als Erstlinientherapie eingesetzt werden.

Eine Resistenzentwicklung sei im Therapieverlauf des NSCLC nahezu die Regel, erklärte Giorgio Scagliotti, Turin, Italien. Für diese Patienten steht mit Ceritinib (Zykadia®) ein ALK-Inhibitor der zweiten Generation zur Verfügung. Ceritinib besitzt eine 20-fach höhere Potenz als Cri-

zotinib. In Studien der Phase I und II hat sich die Substanz bereits bei zytostatisch und mit Crizotinib vorbehandelten Patienten als wirksam erwiesen [Shaw AT et al. *N Engl J Med.* 2014;370(13):1189-97; Kim DW et al. *Lancet Oncol.* 2016;17(4):452-63]. Als konfirmatorische Phase-III-

Studie aufgelegt, sollte die Studie ASCEND-5 den Nutzen der Ceritinib-Zweitlinientherapie weiter untermauern. Die Studie schloss 231 Patienten mit ALK-positivem fortgeschrittenem NSCLC ein. Sie erhielten eine Standardchemotherapie oder Ceritinib. Das progressionsfreie Überleben als primärer Endpunkt wurde durch Ceritinib nach einem Follow-up von 16,5 Monaten mehr als verdreifacht: Kontrollpatienten lebten median nur 1,6 Monate ohne Progress, die im Ceritinib-Arm dagegen 5,4 Monate ( $p < 0,001$ ).

*Katharina Arnheim*

Proffered Paper Session „NSCLC, metastatic 1“, anlässlich des ESMO 2016, Kopenhagen, Dänemark, 10. Oktober 2016

Hodgkin-Lymphom nach ASCT

## Konsolidierungstherapie senkt Risiko

Die Überlebensraten bei Patienten mit einem Hodgkin-Lymphom (HL) haben sich dank neuer Therapiestrategien deutlich verbessert, dazu gehört auch das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Brentuximab Vedotin.

Bei HL-Patienten mit einem rezidivierten bzw. refraktären Verlauf ist heute die Hochdosis-Chemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation (ASCT) der Standard. Für Patienten mit einem CD30-positivem HL steht als zusätzliche Option Brentuximab Vedotin (BV; Adcetris®) zur Verfügung. Die Zulassung von BV für die Konsolidierungstherapie basiert auf den

Ergebnissen der AETHERA-Studie. „Brentuximab Vedotin zeigte bei diesen Patienten eine signifikante Verbesserung des progressionsfreien Überlebens um 43 % nach zwei Jahren“, so Craig Moskowitz, New York, NY/USA. Das mediane PFS betrug unter BV 42,9 Monate (vs. 24,1 Monate unter Placebo, Hazard Ratio 0,57;  $p = 0,001$ ). Die Überlegenheit von BV fand

sich in allen Subgruppen mit Risikofaktoren, nämlich bei Patienten, die gegen die Frontline-Therapie refraktär waren, ebenso wie bei Patienten mit einem Rezidiv < 12 Monate nach der Frontline-Therapie bzw. bei Patienten mit einem Rezidiv ≥ 12 Monate mit extranodaler Beteiligung [Moskowitz CH et al.: *Lancet.* 2015; 385(9980):1853-62].

Die häufigste Nebenwirkung war die Neuropathie, die sich in den meisten Fällen besserte oder sogar vollständig zurückbildete. *Peter Stiefelhagen*

Satellitensymposium „Relapsed/Refractory Hodgkin Lymphoma: Nuances in Therapeutic Strategies to Improve Outcomes“ im Rahmen des ISLH10, Köln, 23. Oktober 2016; Veranstalter: Takeda