

Metastasiertes kolorektales Karzinom

Drittlinientherapie mit geringerer Toxizität

Mehrere Fachgesellschaften empfehlen mittlerweile die Kombination Trifluridin/Tipiracil als Drittlinientherapie für Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (mCRC).

Die Kombination Trifluridin/Tipiracil (TAS-102, Lonsurf®) bietet eine Option für Patienten mit intensiv vorbehandeltem mCRC. In der Zulassungsstudie RE-COURSE zeigte sich unter TAS-102 plus Best Supportive Care (BSC) ein signifikanter Überlebensvorteil von 1,8 Monaten gegenüber Placebo plus BSC (7,1 vs. 5,3 Monate; Hazard Ratio 0,68; $p < 0,001$)

[Mayer RJ et al. N Engl J Med. 2015; 372(20):1909-19]. Der Überlebensvorteil entsprach damit dem von Regorafenib, allerdings bei geringerer Toxizität. „TAS-102 weist ein deutlich angenehmeres Toxizitätsprofil auf als Regorafenib, was diese Substanz gerade in der fortgeschrittenen Therapielinie für die Patientenführung ideal macht“, so Stefan Ku-

bicka, Reutlingen. Die Nebenwirkungen beschränken sich weitgehend auf das Knochenmark; häufige unerwünschte Ereignisse (Grad ≥ 3) waren etwa Neutropenie und Thrombozytopenie.

Kubicka könnte sich vorstellen, zuerst Capecitabin plus Bevacizumab einzusetzen und als nächstes Chemotherapeutikum TAS-102, ebenfalls kombiniert mit Bevacizumab. Seiner Meinung nach könnte eine entsprechende Studie positive Ergebnisse generieren. *Marion Hofmann-Abmus*

Symposium „Sequentielle Therapie des Kolonkarzinoms – von der Adjuvanz bis zum Stadium IV“, anlässlich der Jahrestagung der DGHO, OeGHO, SGMO und SGH, 29. September 2017, Stuttgart; Veranstalter: Servier

Rituximab-Biosimilar

Vergleichbare Ansprechrate bei Patienten mit follikulärem Lymphom

Mit dem ersten Rituximab-Biosimilar CT-P10 konnten bei Patienten mit rheumatoider Arthritis positive Erfahrungen gesammelt werden. Auch zum follikulären Lymphom (FL) gibt es bereits Daten.

In einer Phase-I/III-Studie erhielten zuvor unbehandelte Patienten mit CD20-positivem FL randomisiert entweder CT-P10 ($n = 70$) oder das Referenzpräparat ($n = 70$) plus CVP (Cyclophosphamid, Vincristin, Prednison) [Coiffier B et al. Blood. 2016; 128(22):1807]. Patienten mit zumindest

partiellem Ansprechen nach 24 Wochen bekommen für zwei Jahre eine Erhaltungstherapie mit CT-P10 oder dem Originator. Nachdem eine vergleichbare Pharmakokinetik beschrieben wurde, konnte auch eine Nichtunterlegenheit von CT-P10 gegenüber dem Originator bzgl. der Ge-

samtansprechrate belegt werden (97 % unter CT-P10 vs. 92,6 %) [Kim WS et al. J Clin Oncol. 2017;35(Suppl):Abstr 7532]. Erste vorläufige Ergebnisse zum progressionsfreien Überleben (PFS), einem sekundären Endpunkt, gebe es bereits, informierte Christian Buske, Ulm: „Es zeigen sich keine Unterschiede hinsichtlich des PFS zwischen den Behandlungsarmen“ (Hazard Ratio 0,743; 95 %-Konfidenzintervall 0,325–1,698; Logrank- $p = 0,4802$). Das Sicherheitsprofil sei in beiden Armen vergleichbar gewesen, so Buske. *Kim Jené*

Satellitensymposium: „The 1st biosimilar rituximab based on clinical evidence“, anlässlich des 22. EHA-Kongresses, 22. Juni 2017, Madrid, Spanien; Veranstalter: Celltrion Healthcare/Mundipharma

Multiples Myelom (MM)

Die erste rein orale MM-Therapie

Eine orale MM-Therapie könnte Patienten nutzen, die Probleme haben, die Infusionstermine einzuhalten, oder mehr Freiheit wünschen.

MM-Patienten mit mindestens einer vorausgegangenen Therapie haben seit der Zulassung im November 2016 mit dem oralen Proteasominhibitor Ixazomib (Ninlaro®) in Kombination mit Lenalidomid/Dexamethason (Rd) erstmals die Möglichkeit einer rein oralen Therapie. Die Zulassung basierte auf der randomisierten Phase-III-Studie TOURMALINE-MM1, in der 722 Patienten mit rezidiviertem und/

oder refraktärem MM und 1–3 Vortherapien zusätzlich zu Rd Ixazomib (4 mg, Tag 1, 8, 15; q28d) oder Placebo erhielten [Moreau P et al. N Engl J Med. 2016;374(17):1621-34]. Wie Silke Schirmmacher-Memmel, Aschaffenburg, erläuterte, verlängerte Ixazomib + Rd das mediane progressionsfreie Überleben (PFS; 20,6 vs. 14,7 Monate; Hazard Ratio [HR] 0,74; 95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI] 0,59-0,94; $p = 0,01$). Die

Studie habe damit ihren primären Endpunkt erreicht, so Schirmmacher-Memmel.

Nebenwirkungen vom Grad 3/4 wurden durch die Zugabe von Ixazomib zu Rd sehr selten induziert. 6 % (vs. 3 % in der Placebo-Gruppe) litten unter Diarrhöen, 5 % (2 %) unter Hautausschlägen, 2 bzw. 1 % (vs. 0 %) unter Übelkeit bzw. Erbrechen. Schirmmacher-Memmel hob hervor, dass die Polyneuropathie-Häufigkeit unter Ixazomib + Rd sehr gering war und keine vermehrten kardiovaskulären Risiken bestanden. *Günter Springer*

Praxis-Workshop „Mit der Chance auf mehr Freiraum: Der orale Proteasom-Inhibitor Ixazomib im Behandlungsalltag beim Multiplen Myelom“, 9. August 2017, Aschaffenburg; Veranstalter: Takeda