

hville, TN/USA, stellte Ergebnisse der Phase-I/II-Studie nach median 15,4 Monaten vor [Locke FL et al. EHA. 2018; Abstr S801]. An der Studie nahmen Patienten mit rezidiviertem/re-fraktärem DLBCL, mit primär mediastinalem B-Zell-Lymphom sowie mit transformiertem follikulärem Lymphom teil.

Für 99 % der 108 behandelten Patienten konnte ein CAR-T-Zell-Produkt hergestellt werden, 91 % erhielten die entsprechende Infusion. Die Patienten waren ebenfalls stark vorbehandelt, jedoch war eine Bridging-Chemotherapie im Vorfeld nicht erlaubt. Die ORR lag nach median 15,4 Monaten bei 82 %, die CR-

Rate bei 58 %, 42 % der Remissionen waren anhaltend [Neelapu SS et al. N Engl J Med. 2017;377(26):2531-44]. Die Zahl der vorangegangenen Therapielinien war nicht relevant für die Chance auf eine PR oder CR. Die Raten eines ZFS Grad ≥ 3 waren in etwa vergleichbar, es gab aber einen Trend zu mehr schweren Nebenwirkungen Grad ≥ 3 und mehr Neurotoxizität bei Patienten mit multiplen Vortherapien (≥ 5).

Friederike Klein

Bericht vom 23. Kongress der European Hematology Association vom 14. bis 17. Juni 2018 in Stockholm, Schweden

Ein B-Zell-Lymphom kommt nicht immer alleine

Follikuläre Lymphome (FL) oder andere niedrig-gradige B-Zell-Lymphome (Low Grade, LG) finden sich gar nicht so selten neben einem diffus-groß-zelligen B-Zell-Lymphom (DLBCL) mit hohem Risiko. Doch was heißt das für die Prognose?

Normalerweise werden Patienten mit Hochrisiko-DLBCL und gleichzeitigen anderen niedriggradigen B-Zell-Lymphomen entsprechend der Therapie bei einem reinen De-novo-DLBCL behandelt. Wie effektiv das ist, wurde im Rahmen des spezialisierten Lymphomprogramms (SPORE) untersucht [Wang Y et al. EHA. 2018; Abstr S1547]. Von 1.521 Patienten mit Erstdiagnose eines DLBCL und anschließender Therapie nach Wahl des jeweiligen betreuenden Arztes wiesen 113 (7,8 %) zusätzlich ein FL und 73 (5,0 %) zusätzlich ein anderes LG auf. Patienten mit der Doppeldiagnose DLBCL und FL unterschieden sich von denen mit alleinigem DLBCL durch eine im Mittel geringere LDH-Erhöhung und einen geringeren IPI (Internationaler Prognostischer Index)-Score, die Patienten mit DLBCL und LG wiesen häufiger ein weiter fortgeschrittenes Stadium auf als die Patienten mit De-novo-DLBCL.

Das mediane ereignisfreie Überleben (EFS) war bei Patienten mit DLBCL und FL mit 145,9 Monaten signifikant länger als bei De-novo-DLBCL alleine (101,9 Monate; $p = 0,049$), während sich das mediane EFS von DLBCL und LG nicht signifikant von dem bei De-novo-DLBCL unterschied (63,0 vs. 101,9 Monate, $p = 0,269$). Analog war das mediane Gesamtüberleben bei DLBCL und FL signifikant besser als bei De-novo-DLBCL (Median nicht erreicht vs. 139,7 Monate; $p = 0,004$), bei DLBC und LG dagegen nicht signifikant anders als bei de novo DLBCL (120,7 vs. 139,7 Monate; $p = 0,624$). Rezidive gingen gleichermaßen auf DLBCL wie auch auf das jeweils begleitende andere Lymphom zurück.

Weil sich DLBCL plus FL in dieser Studie ähnlich eines DLBCL mit keimzentrumsartiger B-Zell-Herkunft (GCB) verhielten, schlug Yucai Wang, Rochester, NY/USA, vor, diese Gruppe auch entsprechend bei der Rekrutierung für Studien zu behandeln, da die Prognose günstiger ist als bei De-novo-DLBCL oder DLBCL und GLG.

Friederike Klein

Bericht vom 23. Kongress der European Hematology Association vom 14. bis 17. Juni 2018 in Stockholm, Schweden

Akute Promyelozytenleukämie (APL)

APL chemotherapiefrei behandeln

In der APL0406-Studie wurde die Überlegenheit einer chemotherapiefreien Behandlung der APL mit all-Trans-Retinsäure (ATRA) und Arsenitrioxid (ATO) gegenüber der damaligen Standardtherapie mit ATRA plus einer anthracyclinbasierten Chemotherapie (AIDA) belegt. Jetzt stellte Laura Cicconi, Rom, Italien, die 72-Monats-Daten der Studie vor [Cicconi et al. EHA. 2018; Abstr S115]. Danach sind die Raten des ereignisfreien und Gesamtüberlebens (EFS, OS) im chemotherapiefreien Arm mit 96,6 % und 98,3 % immer noch sehr hoch. Im AIDA-Vergleichsarm liegt das EFS dagegen bei 77,4 % ($p < 0,001$ vs. ATRA-ATO), das OS bei 89,8 % ($p = 0,004$). Die kumulative Rezidivinzidenz beträgt nach ATRA-ATO-Therapie 1,7 %, nach der mit Behandlung mit ATRA plus Chemotherapie 15,5 % ($p = 0,00015$). Zwei sekundäre Malignome wurden bislang im ATRA-Chemotherapie-Arm verzeichnet (zwei myeloide Neoplasien), noch keine im ATRA-ATO-Arm. Auswertungen zur Langzeitlebensqualität und zu Spätfolgen der Therapien laufen.

Friederike Klein

Bericht vom 23. Kongress der European Hematology Association vom 14. bis 17. Juni 2018 in Stockholm, Schweden

CML: Neues zum Therapiestop

Unter bestimmten Voraussetzungen lässt sich ggf. die Therapie der chronischen myeloischen Leukämie deeskalieren bzw. sogar ganz absetzen. Darauf hatten die Daten der britischen Destiny-Studie hingedeutet. Jetzt gibt es Daten nach längerem Follow-up.

Bei Patienten mit chronischer myeloischer Leukämie (CML), die mindestens eine stabile MR^{3.0} (BCR-ABL $< 0,1$ %) erreicht haben, schien es sicher zu sein, die Therapie auf die Hälfte der Tyrosinkinaseinhibitor (TKI)-Standarddosis zu reduzieren, so ein Ergebnis der nicht randomisierten Phase-II-Studie Destiny [Clark RE et al. Blood. 2016;128(22):938]. In der Studie wurde die TKI-Dosis zunächst für 12 Monate reduziert und dann für weitere 24 Monate abgesetzt. Bei Rezidiven (2 Folgemessungen mit BCR-ABL $> 0,1$ %) wurde die Therapie mit voller TKI-Dosis reinitiiert.

Die finalen Daten nach 36 Monaten scheinen das Vorgehen zu bestätigen [Clark R et al. 2018. EHA; Abstr S809]: Die Raten