

Multiples Myelom:

MRD zur Therapiesteuerung?

Die Bedeutung der minimalen Resterkrankung (MRD) wird noch weiter steigen, etwa für die Bewertung der Therapiewirksamkeit

Die MRD sei zweifelsohne ein unabhängiger prognostischer Faktor für das progressionsfreie Überleben beim multiplen Myelom, erläuterte Sebastian Böttcher, Rostock.

In der Zukunft lasse sich die MRD darüber hinaus wahrscheinlich nutzen, um Hochrisikopatienten zu identifizieren, die dann intensiver oder zum Beispiel länger therapiert werden könnten. Auch ließen sich zukünftig Patienten mit sehr gutem MRD-Ansprechen identifizieren, „die wir wahrscheinlich kürzer therapieren wollen“, lautete Böttchers Einschätzung. Allerdings sei die Therapiesteuerung auf MRD-Basis etwas, was nicht außerhalb von klinischen Studien durchgeführt werden sollte. Für die MRD-Steuerung in der klinischen Routine gäbe es derzeit schlicht keine

Daten. Man könne in Abhängigkeit vom MRD-Ergebnis allenfalls überlegen, ob man einen Patienten etwas häufiger oder seltener zu Kontrollterminen einbestellen wolle, erklärte Böttcher: „Mehr würde man damit heute nicht machen.“

Die international anerkannten Methoden zur Bestimmung der MRD seien die Durchflusszytometrie nach EuroFlow („Next Generation Flow“) oder das Next Generation Sequencing. Die Bestimmung müsse dabei standardisiert, quantitativ und mit einer Sensitivität von 10^{-5} erfolgen, erläuterte Böttcher. *Moritz Borchers*

Satellitensymposium „Myelomtherapie im Wandel“ anlässlich der DGHO-Jahrestagung 2018, Wien, Österreich, 30. September 2018; Veranstalter: Janssen

Fortgeschrittenes Ovarialkarzinom

Erhaltungstherapie mit PARP-Inhibitor

Beim Ovarialkarzinom könnte das progressionsfreie Überleben (PFS) durch die PARP-Inhibitor verlängert werden.

„Vor allem die frühe Therapiephase bietet uns eine Möglichkeit, die Heilungsraten der Patientinnen zu verbessern – hier ist die Erhaltungstherapie mit einem PARP-Inhibitor eine vielversprechende Option“, erklärte Rebecca Kristeleit, London, Großbritannien. Dem Ziel, das PFS bei Frauen mit Ovarialkarzinom zu verlängern, ist man mit der Erhaltungstherapie mit Niraparib (Zejula®) näher gekommen. In einer Phase-III-Studie lebten Patientinnen, die auf eine vorherige platinbasierte Chemotherapie angesprochen hatten, signifikant länger progressionsfrei unter Niraparib im Vergleich zu Placebo – und zwar unabhängig vom BRCA-Mutationsstatus [Mirza MR et al. *N Engl J Med* 2016; 375:2154-64].

In der aktuell laufenden, randomisierten, placebokontrollierten Phase-III-Studie PRIMA/ENGOT-OV26/GOG-3012 wird

eine Niraparib-Erhaltungstherapie bei Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom untersucht, welche auf die Erstlinientherapie angesprochen haben. Erste Ergebnisse betreffen die Verträglichkeit unter individualisierter Niraparib-Dosierung [González-Martín A et al. *ESMO*. 2018; Abstr 941]. Bei Patientinnen mit einem Körpergewicht < 77 kg oder mit einer Thrombozytenzahl < 150.000/ μ l konnte die Niraparib-Startdosis von 300 auf 200 mg reduziert werden. Unter individualisierter Dosisreduktion fanden sich deutlich weniger Blutbildveränderungen. Insbesondere die Thrombozytopenie Grad ≥ 3 fiel im Vergleich zur fixen Startdosis von 300 mg deutlich geringer aus. Weitere Daten der Studie werden für Ende 2019 erwartet. *Marion Hofmann-Alßmus*

Satellitensymposium „Changing the natural disease course in ovarian cancer – the role of PARPi maintenance“ am 22. Oktober 2018 anlässlich des ESMO 2018 Congress, München; Veranstalter Tesaro

AML: Multikinasehemmung seit einem Jahr in der Praxis

Seit einem Jahr ist der Multikinasehemmer Midostaurin (Rydapt®) für die Behandlung von Patienten mit FLT3-positiver akuter myeloischer Leukämie (AML) zugelassen. Darauf wies Novartis in einer Mitteilung hin. Midostaurin gehöre inzwischen zusammen mit einer intensiven Chemotherapie zum leitliniengerechten Therapiestandard. Die Zulassung gilt für erwachsene Patienten mit neu diagnostizierter FLT3-positiver AML. Midostaurin darf in diesem Kontext eingesetzt werden

- ▶ zusammen mit einer Chemotherapie zur Induktion (mit Daunorubicin und Cytarabin) und zur Konsolidierung (mit Hochdosis-Cytarabin) bzw.
- ▶ alleine in der Erhaltungstherapie bei Patienten, die sich in kompletter Remission befinden.

Midostaurin ist zudem zugelassen zur Therapie dreier Formen der fortgeschrittenen systemischen Mastozytose. *red*

Nach Informationen von Novartis Pharma

Entrectinib bei NTRK-Fusion-positiven Tumoren

Eine Therapie mit Entrectinib habe bei 57,4% der Patienten mit NTRK-Fusion-positiven, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten soliden Tumoren zu einem klinisch relevanten, tiefen und lang andauernden (im Median 10,4 Monate) Ansprechen in zehn verschiedenen Tumorentitäten mit mindestens 19 verschiedenen Histologien geführt. Auch Betroffene mit Hirnmetastasen hätten in 54,5% der Fälle auf die Behandlung mit Entrectinib angesprochen. Das teilte Roche unter Bezug auf eine gepoolte Analyse von drei Studien mit [Demetri GD et al. *ESMO*. 2018; Abstr LBA17].

Nach einer medianen Nachbeobachtung von 12,9 Monaten lebten Patienten im Median 11,2 Monate progressionsfrei und im Median 20,9 Monate insgesamt.

Datenquellen der Analyse waren die Phase-I- und -II-Studien STARTRK-1, STARTRK-2 und ALKA-372-001 mit insgesamt 54 Patienten. *red*

Nach Informationen von Roche