

Herpes-zoster-Reaktivierungen nach Stammzelltransplantation vermindern

Relativ neu und explizit auch nach Stammzelltransplantation zugelassen ist der Herpes-zoster-Subunit-Totimpfstoff Shingrix®. In einer randomisierten und placebo-kontrollierten Studie hatte die Impfung von stammzelltransplantierten Patienten nach median 21 Monaten die Herpes-zoster-Reaktivierungen von 94,3/1.000 Personenjahren im Placebo- auf 30,0 pro 1.000 Personenjahren im Impfarm reduziert [Bastidas A et al. JAMA. 2019;322(2):123-33]. In einer Ad-hoc-Empfehlung empfiehlt die

AGIHO (Arbeitsgemeinschaft Infektionen in der Hämatologie und Onkologie der DGHO) die Impfung mit dem Totimpfstoff ab drei Monaten nach SZT – in zwei Impfungen im Abstand von zwei Monaten [https://tinyurl.com/Herpes-Zoster-Subunit-Vakzine]. Der Abstand zu einer vorhergehenden Anti-CD20-Antikörper-Therapie sollte sechs Monate betragen.

Friederike Klein,

Bericht von der gemeinsamen virtuellen Jahrestagung der DGHO, OEGHO, SGMO UND SGH+SSH, DGHO 2020 virtuell, 9. bis 11. Oktober 2020

DLBCL: Welche zelluläre Immuntherapie soll es sein?

Allogene Stammzelltransplantation oder CAR-T-Zell-Therapie? Daten aus Heidelberg liefern Hinweise, die den derzeitigen Standard – CAR-T-Zell-Therapie – bei diffus großzelligem B-Zell-Lymphom stützen.

Für die Rezidivtherapie des diffus großzelligen B-Zell-Lymphoms (DLBCL) stehen prinzipiell zwei zelluläre Immuntherapieformen zur Verfügung: Zum einen ist das die allogene hämatopoetische Stammzelltransplantation (alloHSZT) und zum anderen ein jüngerer Therapieansatz, der auf die Behandlung mit CAR („chimeric antigen receptor“)-T-Zellen setzt. Zwar gelte die CAR-T-Zell-Therapie für Patienten, bei denen die Erkrankung nach zwei oder mehr Therapielinien refraktär bzw. rezidiert (r/r) ist, derzeit als Behandlungsstandard, erinnerte Peter Dreger, Heidelberg, auf der virtuellen DGHO-Jahrestagung. Unklar sei aber, ob die CAR-T-Zell-Therapie in dieser Situation einen Benefit gegenüber der alloHSZT entfalte, so der Onkologe. Er und sein Team hatten daher diese Frage im Rahmen einer retrospektiven Kohortenanalyse untersucht. Sie verglichen mittels Intention-to-treat-Analyse zwei Patientengruppen:

- ▶ CAR-T-Gruppe: Patienten mit r/r DLBCL, bei denen zwischen Juli 2018 und Februar 2020 ein Tumorboard die Behandlung mit CAR-T-Zellen empfohlen hatte
- ▶ alloHSZT-Gruppe: Patienten mit r/r DLBCL, bei denen zwischen 2004 und 2020 ein Tumorboard empfohlen hatte, einen allogenen Stammzellspender ausfindig zu machen.

In die Studie aufgenommen wurden 101 Patienten (CAR-T: 41; alloHSZT: 60), primärer Endpunkt war das Gesamtüberleben (OS) ab Entscheidung des Tumorboards. Vor der Therapie unterschieden sich die beiden Patientengruppen in bestimmten Aspekten: Patienten in der CAR-T-Gruppe waren tendenziell älter (55 vs. 51 Jahre; $p = 0,09$), litten häufiger unter einer primär refraktären Erkrankung (61 vs. 32%; $p = 0,004$) und an einer „bulky disease“ (20 vs. 5%; $p = 0,047$). Unter Patienten in der alloHSZT-Gruppe waren mehr mit transformierten indolenten Lymphomen (33 vs. 10%; $p = 0,008$) und mehr Betroffene, denen bereits für die Zweitlinie eine alloHSZT empfohlen worden war (35 vs. 0%; $p < 0,0001$)

Kein Unterschied im Gesamtüberleben?

Im primären Endpunkt gab es keinen Unterschied zwischen den Gruppen (medianes OS ab Tumorboardempfehlung: 475 vs. 285

Tage [CAR-T vs. alloHSZT]; Hazard Ratio [HR] 0,96; $p = 0,88$). Wurden jene alloHSZT-Patienten rechnerisch ausgeschlossen, die eine Transplantationsempfehlung bereits in zweiter Linie erhalten hatten, habe sich aber tendenziell ein Vorteil für die CAR-T-Zell-Behandlung gezeigt, berichtete Dreger. Unter den sekundären Endpunkten wie progressionsfreies Überleben und Rezidivinzidenz habe es nach den zellulären Therapien zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede gegeben, während die Rate für die Non-Relapse-Mortalität (NRM) unter Patienten der CAR-T-Gruppe niedriger ausgefallen sei (3 vs. 21%; HR 0,27; $p = 0,04$).

Trotz eines ungünstigeren Risikoprofils vor der Therapie sei das klinische Ergebnis von Patienten in der CAR-T-Gruppe dem von Patienten der alloHSZT-Gruppe nicht unterlegen gewesen, fasste Dreger die Ergebnisse zusammen. Seine Bewertung: „Diese Ergebnisse stützen die aktuell vielfach verwendete Strategie der Bevorzugung von CAR-T-Zellen als erster zellulärer Immuntherapie in dieser Indikation.“

Moritz Borchers

Bericht von der gemeinsamen virtuellen Jahrestagung der DGHO, OEGHO, SGMO UND SGH+SSH, DGHO 2020 virtuell, 9. bis 11. Oktober 2020

Pilotprojekt zur digitalen Patientenaufklärung

Ein internetbasiertes Werkzeug kann zur Zufriedenheit von Patienten mit ihrer Aufklärung über Nebenwirkungen einer geplanten Tumorthherapie beitragen – und den zeitlichen Aufwand für die aufklärenden Onkologen sogar eher verringern. Das legen Ergebnisse aus einer einarmigen Pilotstudie ($n = 117$) nahe, die Onkologen um Jörg Thomalla, Koblenz auf der DGHO-Jahrestagung präsentiert haben.

Die befragten Patienten bewerteten die Aufklärung durch den Onkologen mit der Schulnote 1,64 (Spanne 1–3), die Internettool-basierte Information mit 1,90 (Spanne 1–5) und den Beipackzettel mit 2,38 (Spanne 1–5). 89,8% der befragten Onkologen wiederum gaben an, dass das digitale Tool dazu beigetragen hätte, die Qualität der Patientenaufklärung zu steigern und den dafür benötigte Zeitaufwand für sie eher zu reduzieren [Thomalla J et al. DGHO. 2020; Abstr 251]. Zum Einsatz kam das virtuelle Werkzeug „mAyuda“. Dieses erlaubt die Erstellung individualisierter Aufklärungsbögen und etwa auch die grafische Darstellung von Therapieabläufen. Moritz Borchers

Bericht von der gemeinsamen virtuellen Jahrestagung der DGHO, OEGHO, SGMO UND SGH+SSH, DGHO 2020 virtuell, 9. bis 11. Oktober 2020