

## CDK4/6 -Inhibition bei Brustkrebs

Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) Mamma hat in ihren Empfehlungen den CDK4/6-Inhibitor Ribociclib (Kisqali®) neu bewertet. Sie empfiehlt die Therapie mit Ribociclib als einzigen CDK4/6-Inhibitor in Kombination mit GnRh-Agonisten und Aromataseinhibitoren in der Therapie prämenopausaler Frauen mit HER2-negativem metastasiertem Mammakarzinom mit Doppelplus (1b B++).

Basis für diese Entscheidung seien die Ergebnisse einer explorativen Analyse der Studie MONALEESA-7, in der mit dieser Therapie bei prä- und perimenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor-positivem/HER2-negativem metastasiertem Mammakarzinom ein medianes Gesamtüberleben von 58,7 Monate erreicht wurde [Tripathy D et al. <https://doi.org/10.1158/1538-7445.SABCS20-PD2-04>]. *red.*

Nach Information von Novartis Pharma

## Hämophilie A und B: Neue Daten zur Therapie

Aufgrund eines Mangels an funktionsfähigem Faktor-VIII bzw. Faktor-IX kommt es bei 5.000 bzw. 20.000 männlichen Neugeborenen zu Blutgerinnungsstörungen. Die Faktorersatztherapie bildet nach wie vor den Eckpfeiler der Hämophiliebehandlung. Aktuelle Daten belegen nun die Wirksamkeit und gute Verträglichkeit der rekombinanten Ersatzfaktoren Efmoroctocog alfa (Faktor-VIII-Fc-Fusionsprotein mit verlängerter Halbwertszeit, rFVIIIFc; Elocta®) bei primär unbehandelten Patienten (PUP) mit Hämophilie A sowie Eftrenonacog alfa (Faktor-IX-Fc-Fusionsprotein mit verlängerter Halbwertszeit, rFIXFc; Alprolix®) für die Therapie von PUP mit Hämophilie B. Die betroffenen Kinder hatten signifikant weniger Blutungsereignisse. Hochtitrige Hemmkörper entwickelten sich nicht oder nur in geringem Maße [Königs C et al. BDC. 2020; Abstr PB29; Nolan Bet al. ISTH. 2020; Abstr PB0956]. *red.*

Nach Informationen von Sobi

## Fortgeschrittenes Cholangiokarzinom

### Zielgerichtete Therapie für die Zweitlinie

Pemigatinib kann ab sofort bei vorbehandelten Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Cholangiokarzinom mit Fusion oder Rearrangement von FGFR2 als Monotherapie eingesetzt werden.

Etwa bei der Hälfte der Patienten mit Cholangiokarzinom (CCA) treten genetische Aberrationen auf, die potenziell therapeutisch adressierbar sind, erläuterte Arndt Vogel von der Medizinischen Hochschule Hannover: „Dazu zählen insbesondere bei intrahepatischen CCA Aberrationen im FGFR2 („fibroblast growth factor receptor 2“)-Gen, die durch molekulares Profiling schon früh im Krankheitsverlauf nachgewiesen werden können.“

Für diese Subgruppe der Patienten ist jetzt mit Pemigatinib (Pemazyre®), einem selektiven, oralen Inhibitor der FGFR-Isoformen 1, 2 und 3, eine neue Behandlungs-

option verfügbar. In der offenen, einarmigen und unverblindeten Multizenterstudie der Phase-II – FIGHT-202 – führte der FGFR-Inhibitor zu einer objektiven Ansprechrate von 35,5 %, einem progressionsfreien Überleben von 6,9 Monaten und einem medianen Gesamtüberleben von 21,1 Monaten [Abou-Alfa GK et al. *Lancet Oncol.* 2020;21(5):671-84]. Die Krankheitskontrollrate betrug in dieser Kohorte 82 %. „Dass Pemigatinib jetzt bei dieser doch sehr schwerwiegenden Tumorerkrankung eingesetzt werden kann, markiert für die Betroffenen einen großen Fortschritt“, resümierte Vogel. *Silke Wedekind*

Fachpressekonferenz „Pemazyre® (Pemigatinib): Die erste in Europa zugelassene zielgerichtete Behandlung für die Zweitlinientherapie des fortgeschrittenen, metastasierten Cholangiokarzinoms mit FGFR2-Fusion oder -Rearrangement“; 16. April 2021; Veranstalter: Incyte Biosciences

## Nichtkleinzelliges Lungenkarzinom

### Atezolizumab als First-Line-Monotherapie bei hoher PD-L1-Expression

Für Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC steht mit Atezolizumab nun eine neue Monotherapie in der Erstlinie zur Verfügung.

Zugelassen ist Atezolizumab (Tecentriq®) für Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) und hoher PD-L1-Expression (auf  $\geq 50\%$  der Tumorzellen oder  $\geq 10\%$  der tumorinfiltrierenden Immunzellen), ohne ALK- oder EGFR-Mutationen und mit plattenepithelialer oder nichtplattenepithelialer Histologie. „Das ergänzt unser bisheriges Spektrum und ermöglicht einen noch breiteren Einsatz von Atezolizumab bei den unterschiedlichen Patientenkollektiven“, erklärte Wolfgang Schütte, Halle (Saale). Die Zulassungserweiterung basiert auf der randomisierten, offenen Phase-III-Studie IMpower110, in der die Atezolizumab-Monotherapie gegenüber einer Chemo-

therapie zu einem signifikant verbesserten Gesamtüberleben (OS) führte [Herbst RS et al. *N Engl J Med.* 2020;383(14):1328-39]. Nach einem medianen Follow-up von 15,7 Monaten lag das mediane OS bei den Patienten mit hoher PD-L1-Expression (gemäß SP142-Assay) unter Atezolizumab bei 20,2 Monaten gegenüber 13,1 Monaten unter Chemotherapie ( $p = 0,0106$ ). Das progressionsfreie Überleben (PFS) verbesserte sich in der Atezolizumab-Gruppe ebenfalls klinisch relevant (8,1 vs. 5,0 Monate;  $p = 0,0070$ ). Für Niels Reinmuth, München-Gauting, stellt die neue, hoch wirksame Therapieoption für Patienten mit hoher PD-L1-Expression eine Bereicherung für den klinischen Alltag dar.

*Marion Hofmann-Aßmus*

Digitales Pressegespräch „Tecentriq® in der Monotherapie: Neue Option in der First-Line beim NSCLC mit hoher PD-L1-Expression“, am 16. März 2021; Veranstalter: Roche