

Gezielte Intervention bei Krebspatienten

Unterstützte Ernährung senkt Sterblichkeit

Eine maßgerechte individuelle Unterstützung bei der Ernährung senkt die Mortalität stationär behandelter Krebspatienten mit Anzeichen von Mangelernährung. Die Intervention führt zu einer besseren Funktionalität und erhöht die Lebensqualität als die übliche Krankenhauskost. Das zeigen die Daten von 506 Patienten, die mit einer Krebsdiagnose stationär aufgenommen wurden und ein mindestens mittleres Risiko für Mangelernährung aufwiesen.

In der Interventionsgruppe wurde der Energiebedarf der Patienten anhand der Harris-Benedict-Formel ermittelt, in die Körpergewicht, Größe, Alter und Geschlecht einfließen. Die tägliche Proteinzufuhr taxierten Bargetzi und Kollegen auf 1,2–1,5 g/kg Körpergewicht [KG] (0,8 g/kg

KG bei akutem Nierenversagen). Um die Energie- und Eiweißziele zu erreichen, stellten die Forscher für jeden Patienten einen Ernährungsplan auf, ggf. unterstützt durch Sonden- oder parenterale Ernäh-



Individuelle Ernährungsinterventionen können ggf. üblicher Krankenhauskost überlegen sein.

rung. Mindestens alle zwei Tage wurde die Nahrungszufuhr kontrolliert. Zur Entlassung bekamen die Patienten der Interventionsgruppe eine Ernährungsberatung und ein Rezept für Nahrungsergänzungsmittel.

Die 251 Kontrollpatienten erhielten die übliche Krankenhauskost, keine Beratung und keine Ergänzungsmittel.

Während der 30-tägigen Nachbeobachtung starben 14% der Patienten der Interventionsgruppe und 20% der Patienten der Kontrollgruppe. Es ergab sich ein signifikanter Vorteil für die Ernährungsintervention. Das Verhältnis Verstorbener zu Überlebenden war in dieser Gruppe um gut 40% niedriger als in der Kontrollgruppe (Odds Ratio 0,57; 95%-Konfidenzintervall 0,35–0,94, $p = 0,027$).

Robert Bublak

Bargetzi L et al. Nutritional support during the hospital stay reduces mortality in patients with different types of cancers: Secondary analysis of a prospective randomized trial. *Ann Oncol.* 2021; 32(8):1025-33

Multiples Myelom

Daratumumab verlängert das Leben

Daratumumab zusammen mit Lenalidomid und Dexamethason verbesserte in der MAIA-Studie die Überlebenschancen von Patienten mit multiplem Myelom. Das Dreierregime war der alleinigen Gabe von Lenalidomid und Dexamethason überlegen. Nach einer medianen Nachbeobachtung über 56,2 Monate lag die Mortalität unter der Dreierkombination um fast ein Drittel niedriger als unter der Kombination von Lenalidomid und Dexamethason. Das Risiko für Progression oder Tod war um knapp die Hälfte reduziert.

An der noch laufenden Phase-III-Studie nehmen 737 Patienten teil. Primärer Endpunkt ist das progressionsfreie Überleben. Zum Ende der nunmehr rund 56 Monate währenden Nachbeobachtung war das mediane progressionsfreie Überleben allerdings noch nicht erreicht. Auch das mediane Gesamtüberleben war weder in der Daratumumab-Gruppe noch in der Kontrollgruppe erreicht.

Zu den häufigsten Nebenwirkungen vom Grad 3 oder höher gehören Neutropenien (54% unter Daratumumab, 37% in der Kontrollgruppe), Pneumonien

(19 vs. 11%), Anämien (17 vs. 22%) und Lymphopenien (16 vs. 11%). Das Profil entsprach jenem der Auswertung nach 28 Monaten. Insgesamt waren schwere Nebenwirkungen keine Seltenheit (77 vs. 70%). Die Rate therapiebedingter Todesfälle lag bei 4 versus 3%. 155 Patienten aus der Daratumumab-Gruppe blieben

ihrer Therapie treu, 67 waren es in der Kontrollgruppe. Die Behandlung in 28-Tages-Zyklen endete bei Progression oder unerträglichen Nebeneffekten. Im Median erhielten die Patienten 50 Zyklen.

Robert Bublak

Facon T et al. Daratumumab, lenalidomide, and dexamethasone versus lenalidomide and dexamethasone alone in newly diagnosed multiple myeloma (MAIA): overall survival results from a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2021;22(11):1582-96

kurz notiert

Knollenblätterpilzgift: Im ADC gebändigt gegen Krebs

In Form von sog. Antikörper-Wirkstoff-Konjugaten (ADC) lassen sich auch zytotoxische Substanzen einsetzen, die unkonjugiert aufgrund ihrer enormen Toxizität gar nicht erst als Antitumormittel infrage kämen (z.B. Monomethylauristatin E [MMAE], eingesetzt in ADC mit dem Namensteil „vedotin“). Eine solche höchst-toxische Wirkstoffklasse, die schon länger als „Beladung“ für ADC gehandelt wird, sind die sog. Amatoxine (auch: Amantine). Die haben ihren Namen von den Knollenblätterpilzen aus der Gattung *Amanita* und sind der Hauptgrund für deren extreme Giftigkeit. „Gesichert“ in Form eines ADC könnten Amantine aber als Antitumorwirkstoffe interessant sein, weil sie nicht nur hochpotent, sondern etwa auch in der Lage sind, sich teilende und „schlafende“ (also sich nicht teilende) Tumorzellen abzutöten. Zu den dafür zu lösenden Herausforderungen zählte bisher auch, Amatoxine in ausreichenden Mengen herzustellen. Hier ist Forschenden nun nach eigenem Bekunden ein Durchbruch gelungen [Yao G et al. *Am Chem Soc.* 2021;143(35):14322-31]. Der könnte es einfacher machen, Amantine in industriellem Maßstab zu produzieren – und auch (noch wirksamere) Derivate der Pilzgifte zu entwickeln. Der neue Syntheseweg mag gerade recht kommen: Denn aktuell stehe bei Patienten mit multiplen Myelom die erste klinische Prüfung eines Anti-BCMA-Amatoxin-ADC (HDP-101) kurz bevor, schreiben die Forschenden in einer Mitteilung zur Studie.

Moritz Borchers