

Gastrointestinale Tumoren

Mehr zugelassene Immuntherapien

Die Immuntherapie hat Einzug gehalten in die Therapie gastrointestinaler Tumoren. Immer mehr Studien belegen deren Wirksamkeit und definieren neue Standards.

„Die Zahl der zugelassenen Immuntherapien bei gastrointestinalen Tumoren hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen“, so Ralf Hofheinz, Mannheim. Die Zulassungen erfolgten auf der Basis überzeugender Studienergebnisse.

So konnte etwa in der Studie CheckMate-577 mit Nivolumab (Opdivo®) als Monotherapie bei Patienten mit einem Ösophaguskarzinom nach einer initialen Radiochemotherapie das mediane progressionsfreie Überleben (PFS) von 11,0 auf 22,4 Monate verlängert werden [Kelly RJ et al. *N Engl J Med.* 2021;384(13):1191-203].

In der dreiarmligen Studie CheckMate-648 wurde eine Chemotherapie mit einer Nivolumab-Monotherapie bzw. einer dualen Immuntherapie mit Nivolumab plus Ipilimumab (Yervoy®) bei Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom des Ösophagus verglichen – und zwar bei PD-L1-positiven Tumoren. Sowohl die Nivolumab-Monotherapie als auch die duale Immuntherapie erwiesen sich der Chemotherapie als überlegen. Unter Nivolumab mono stieg das mediane Gesamtüberleben von 9,1 Monaten unter der Chemotherapie auf 15,4 Monate, unter der dualen Immuntherapie auf 13,7 Monate [Doki Y et al. *N Engl J Med.* 2022;386(5):449-62]. *Peter Stiefelhagen*

Satellitensymposium „Gemeinsam zum Erfolg – Immunonkologische Behandlungsansätze bei gastrointestinalen Tumoren präzise gedacht“ anlässlich des 35. Deutschen Krebskongresses, 25. November 2022, Berlin; Veranstalter: Bristol-Myers Squibb

Urothelkarzinom

Erhaltungstherapie mit PD-L1-Hemmer

Auf dem Kongress ASCO GU gab es neue Daten zur Avelumab-Erhaltung.

Für Personen mit Urothelkarzinom, für die Cisplatin infrage komme, sei die Chemotherapie (CTX) mit nachfolgender Avelumab-Erhaltung in der Erstlinie Standard, erläuterte Viktor Grünwald, Essen. In der klinischen Praxis käme für 90 % der Betroffenen eine platinbasierte CTX infrage, sagte Marc-Oliver Grimm, Jena.

Avelumab (Bavencio®) wurde auf Basis der Studie JAVELIN Bladder 100 für die Erhaltung nach einer Erstlinien-CTX zugelassen. In dieser seien 700 Personen nach vier bis sechs Zyklen einer Erstlinien-CTX im Verhältnis 1:1 zu Avelumab plus Best Supportive Care (BSC) oder zu BSC allein randomisiert worden, sagte Thomas Powles, London, Großbritannien. Das Risiko für Progress oder Tod verringerte sich mit der Erhaltungstherapie um 24 % [Powles T et al. *ASCO GU.* 2022;Abstr 487].

Die Überlebensvorteile durch die Erhaltung mit Avelumab seien unabhängig vom Erstlinienregime oder der Anzahl der Zyklen der platinbasierten CTX, so Grimm. So betrug die Hazard Ratio für eine Vortherapie mit Cisplatin plus Gemcitabin 0,69 und die für eine Behandlung mit Carboplatin plus Gemcitabin 0,66. Weiterhin schien die Wirksamkeit nicht davon abzuhängen, ob die Betroffenen eine komplette oder partielle Remission oder eine stabile Erkrankung aufwiesen. Auch hinsichtlich dreier spezifischer behandlungsfreier Intervalle ergaben sich für die Effektivität von Avelumab keine Unterschiede. Man solle aber mit der Erhaltung aufgrund des Progressionsrisikos nicht zu lange warten, sagt Grimm. *Miriam Sonnet*

Symposium der Merck-Pfizer-Allianz „Paradigmenwechsel in der Behandlung des fortgeschrittenen Urothelkarzinoms (UC)“ anlässlich des 35. Deutschen Krebskongresses, 15. November 2022, Berlin; Veranstalter: Merck-Pfizer-Allianz

Neues Biosimilar von Bevacizumab zugelassen

In der EU ist mit Vegzelma® ein weiteres Bevacizumab-Biosimilar von der Europäischen Kommission zugelassen worden. Darauf machte Celltrion Healthcare aufmerksam. Das Referenzarzneimittel zu Vegzelma® ist Avastin® von Roche. Die Gleichwertigkeit im Wirkprofil des neuen Biosimilars Vegzelma® und dem Originator Avastin® wurde laut Celltrion Healthcare bei Patienten mit metastasierendem oder rezidivierendem, nichtkleinzelligem Lungenkarzinom nachgewiesen: Die Gesamtansprechrate habe in der Intention-to-treat-Population unter der Erstlinientherapie mit Vegzelma® (n = 342) bei 42,4 % (95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI] 37,16–47,64) und bei 42,07 % (95 %-KI 36,88–47,27) mit dem Referenzarzneimittel gelegen. Auch bezüglich der Profile von Pharmakokinetik, Immunogenität und Sicherheit hätten sich mit dem Referenzpräparat vergleichbare Daten ergeben [Ohe Y et al. *AACR.* 2022;Abstr CT551] *red.*

Nach Informationen von Celltrion Healthcare

Atezolizumab in neuen Kombinationen

Die Therapielandschaft des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) hat laut Roche in den letzten Jahren deutlich an Komplexität gewonnen. Und dieser Trend wird sich in Zukunft eher noch verstärken, wie das pharmazeutische Unternehmen mitteilte. So forsche man selbst etwa zum perioperativen Einsatz des PD-L1-Inhibitors Atezolizumab (Tecentriq®; IMpower030-Studie; [NCT03456063]) und zu Behandlungsregimen, in denen Atezolizumab mit Cabozantinib (CONTRACT-01-Studie; [NCT04471428]) oder dem Anti-TIGIT-Antikörper Tiragolumab (z. B. SKYSCRAPER-01 [NCT04294810]) kombiniert wird. Auch völlig andere Therapieansätze würden beforscht, darunter etwa mRNA-basierte Krebsvakzinen. „Die Entwicklung der letzten Jahre ist erst der Anfang einer therapeutischen Revolution“, wird Peter Meyerhuber, Integrated Strategy Lead Lung Cancer bei Roche zitiert. *red.*

Nach Informationen von Roche