

Hepatozelluläres Karzinom

Neue Standards in der Therapie

Atezolizumab plus Bevacizumab ist beim fortgeschrittenen oder nicht resezierbaren HCC heute unbestrittener Erstlinienstandard.

Die Kombination aus Atezolizumab (Tecentriq®) und Bevacizumab (Avastin®) hat sich innerhalb von nur kurzer Zeit als neuer Behandlungsstandard für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen oder nicht resezierbaren hepatozellulären Karzinoms (HCC) etabliert. Dazu hat nach Ansicht von Marie-Luise Berres, Aachen, nicht zu-

letzt die rasche Aktualisierung nationaler und internationaler Leitlinien beigetragen, in denen diese Therapie mit dem höchsten Empfehlungsgrad gekennzeichnet wird.

Zugelassen wurde die neue Therapieoption auf Basis der positiven Ergebnisse der nicht verblindeten Phase-III-Multizenterstudie IMbrave150. Darin hatten nicht systemtherapeutisch vorbehandelte Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem HCC randomisiert entweder die immunonkologische Kombinationstherapie oder den vorherigen Behandlungsstandard

Sorafenib erhalten [Finn RS et al. *N Engl J Med.* 2020;382(20):1894-1905]. „Für Atezolizumab plus Bevacizumab konnte in allen Endpunkten eine klinische relevante Überlegenheit gegenüber der Therapie mit dem Proteinkinaseinhibitor gezeigt werden“, sagte Berres. *Silke Wedekind*

Symposium „Neue Chancen in der Früherkennung & Therapie des HCC“ anlässlich der 76. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V. (DGVS), 16. September 2022, Hamburg; Veranstalter: Roche

Erstlinientherapie beim multiplen Myelom mit hohem Risiko

Hohe MRD-Negativität unter Vierfachkombination

Beim ASH 2022 gab es neue Daten zum Vierfachregime Isa-KRd.

Die aktuelle Auswertung der Phase-II-Studie GMMG-CONCEPT, an der Personen mit neu diagnostiziertem multiplen Myelom (MM) und Nachweis einer Hochrisiko-Zytogenetik (HRMM) teilnehmen, zeige hohe Ansprechraten und ein tiefes Ansprechen im Rahmen der Induktions- und Konsolidierungstherapie mit der Vierfachkombination aus Isatuximab (Sarclisa®), Carfilzomib, Lenalidomid und Dexamethason (Isa-KRd) ± Hochdosistherapie (Melphalan) mit autologer Stammzelltransplantation, erläuterte die Studienleiterin Katja Weisel, Hamburg. Vorgestellt wurden die Ergebnisse einer geplanten Zwischenauswertung der Kohorte 1 (n = 153) bei transplantationsgeeigneten (TE) und nicht transplantationsgeeigneten (TNE) Patientinnen und Patienten [Weisel KC et al. *ASH. 2022;Abstr 759*].

Primärer Studienendpunkt war die Anzahl der Patientinnen und Patienten ohne minimale Resterkrankung (MRD) nach

Induktions- und Konsolidierungstherapie. Diesen erreichten 67,7% der TE-Gruppe und 54,2% der TNE-Gruppe. Damit, so Weisel, wurde die Nullhypothese der Studie – MRD-Negativrate ≤ 50% [TE] bzw. ≤ 30% [TNE] – jeweils statistisch signifikant überboten (p = 0,0004 [TE] bzw. p = 0,012 [TNE]). *Birgit-Kristin Pohlmann*

Digitales Post-ASH Meet-the-Expert „Erstlinientherapie des Hochrisikomyeloms: Neue Daten aus der GMMG-CONCEPT-Studie“, 1. Januar 2023; Veranstalter: Sanofi

Nierenzellkarzinom

Pembrolizumab im adjuvanten Setting

Pembrolizumab ist der erste zugelassene Immuncheckpointinhibitor zur adjuvanten Therapie von RCC-Patienten mit intermediär-hohem und hohem Rezidivrisiko

Die Überlebenschancen und das Rezidivrisiko beim Nierenzellkarzinom (RCC) sind nach Gunhild von Amsberg, Hamburg, abhängig von der Tumorausdehnung. Gerade postoperative Rezidive senkten die Überlebenschancen, umso wichtiger sei es, mit einer adjuvanten

Therapie diese zu verhindern und damit die Lebenserwartung zu verlängern. Von Amsberg stellte die für Europa relevante Phase-III-Studie KEYNOTE-564 vor, in der Pembrolizumab (Keytruda®) beim RCC im adjuvanten Setting das krankheitsfreie Überleben (DFS) im Vergleich zu Placebo klinisch bedeutsam und statistisch signifikant verbesserte (Follow-up 24,1 Monate; Hazard Ratio [HR] 0,68; 95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 0,53–0,87; p = 0,001). In dieser Studie erhielten 994 noch nicht systemisch behandelte RCC-Patienten mit

metastasierter Erkrankung und erhöhtem Rezidivrisiko (rund 86% mit intermediär-hohem Risiko) innerhalb von 12 Wochen nach der Nephrektomie Pembrolizumab oder Placebo intravenös alle 3 Wochen. Eine weitere Auswertung nach einem medianen Follow-up von 30,1 Monaten bestätigte die Ergebnisse der ersten Analyse [Powles T et al. *Lancet Oncol* 2022; 23:1133-44]. Das Rezidiv- und Sterberisiko war unter Pembrolizumab im Vergleich zu Placebo um 37% gesenkt (HR 0,63; 95%-KI 0,50–0,80; p < 0,0001). *Andrea Warpakowski*

Symposium „Immuntherapie beim operablen RCC und NSCLC - eine neue Ära?“ anlässlich des DKK 2022, 14. November 2022, Berlin; Veranstalter: MSD Sharp & Dohme