

## CD38-Antikörper auch beim rezidierten Myelom

Kombinationstherapien inklusive des Anti-CD38-Antikörpers Isatuximab (Sarclisa®) können auch für Personen mit rezidiertem und refraktärem multiplem Myelom (rrMM) und +1q-Zytopogenetik das progressionsfreie Überleben verlängern. Darauf deuten Ergebnisse der Phase-III-Studien IKEMA und ICARIA-MM hin, in denen Isatuximab mit Carfilzomib/Dexamethason (Isa-Kd) bzw. Pomalidomid/Dexamethason (Isa-Pd) in der Zweit- bzw. Drittlinie bei Personen mit rrMM untersucht wurden [Martin T et al. Blood Cancer. 2023; 13(1):72; Attal M et al. Lancet. 2019;394(10214):2096-107]. In beiden Studien war das progressionsfreie Überleben unter der Kombination mit Isatuximab signifikant länger als unter der Vergleichstherapie. Subgruppenanalysen weisen darauf hin, dass auch Personen mit der prognostisch ungünstigen Aberration +1q von den Isatuximab-Kombinationen profitieren können. *red.*

Nach Informationen von Sanofi

## Positive Empfehlung für Faktor-D-Inhibitor bei PNH

Das Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) der Europäischen Zulassungsbehörde hat eine Empfehlung zur Zulassung des ersten oralen Faktor-D-Inhibitors Danicopan (Voydeya) zur Therapie von Personen mit paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie (PNH) und extravaskulärer Hämolyse ausgesprochen. Danicopan wurde als Add-on zum Therapiestandard Ravulizumab oder Eculizumab entwickelt. Basis für die positive Einschätzung waren die Ergebnisse der Phase-III-Studie ALPHA [Lee JW et al. Lancet Haematol. 2023;10(12):e955-e965]. In der randomisierten, doppelblinden Studie erhielten die Teilnehmenden Danicopan oder Placebo zur Ravulizumab oder Eculizumab. In Woche 12 war der Hämoglobinwert unter der Kombination mit Danicopan signifikant höher als unter der alleinigen C5-Inhibition ( $p < 0,0001$ ). *red.*

Nach Informationen von Alexion

4-Jahres-Daten aus HIMALAYA

## HCC: Anhaltender Überlebensvorteil unter dem STRIDE-Regime

In der HIMALAYA-Studie verbesserte sich das Gesamtüberleben beim inoperablen hepatozellulären Karzinom (HCC) unter dem STRIDE-Regime gegenüber Sorafenib auch langfristig.

In der Primäranalyse der Phase-III-Studie HIMALAYA verbesserte die doppelte Immuncheckpointblockade mit Durvalumab (Imfinzi®) und Tremelimumab in der Erstlinie im Rahmen des STRIDE-Regimes das Gesamtüberleben (OS) von Personen mit nicht resezierbarem hepatozellulärem Karzinom (uHCC) gegenüber Sorafenib signifikant (Hazard Ratio 0,78; 96,02 %-Konfidenzintervall 0,65–0,93;  $p = 0,0035$ ) [Abou-Alfa GK et al. NEJM Evid. 2022;1(8):EVIDoa2100070]. Mittlerweile liegen 4-Jahres-Daten der

Studie vor [Sangro B et al. Oncol Res Treat. 2024;47(Suppl 1):69-70]. „Unter dem STRIDE-Regime wurde eine zuvor noch nicht beobachtete Überlebensrate von 25,2 % nach 48 Monaten erreicht“, so Christine Koch, Frankfurt/Main. Im Vergleich dazu habe die OS-Rate im Sorafenib-Arm nur noch bei 15,1 % gelegen. Bei Teilnehmenden mit Komplettremission, partieller Remission oder Krankheitsstabilisierung unter STRIDE lag die 4-Jahres-OS-Rate sogar bei 36,2 %; im Sorafenib-Arm betrug die Rate 20,3 %.

*Silke Wedekind*

Symposium „Die Kombi macht's. Immuntherapie bei gastrointestinalen Tumoren heute und in Zukunft aus Sicht des multidisziplinären Teams“ anlässlich des 36. Deutschen Krebskongresses, Berlin, 23. Februar 2024; Veranstalter: AstraZeneca

HR-positives Mammakarzinom

## Adjuvant gemäß dem individuellen Risiko therapieren

Die adjuvante Therapie eines frühen Hormonrezeptor(HR)-positiven, HER2-negativen Mammakarzinoms sollte personalisiert und risikoadaptiert erfolgen.

„Wir wollen keine adjuvante Über- oder Untertherapie, aber man kann das Risiko leicht über- oder unterschätzen“, so Michael Lux, Paderborn. Für das Gesamtbild des individuellen Risikos unerlässlich sei die kollektive Entscheidung der interdisziplinären Tumorkonferenz. Genexpressionstests könnten bei Erkrankten mit und ohne Lymphknotenbefall eine wichtige Entscheidungshilfe für oder wider eine intensiviertere adjuvante Therapie sein. Sie werden aber oft nicht ausreichend durchgeführt, wie etwa die europaweite myC-Initiative [<https://cancerpatientseurope.org/myc/>] verdeutlicht.

Die Addition eines CDK4/6-Hemmers zur adjuvanten endokrinen Therapie (ET)

kann das Rezidivrisiko weiter senken: Auf Basis der Phase-III-Studie monarchE [Harbeck N et al. ESMO. 2023; Abstr LBA17] zugelassen wurde Abemaciclib. „Bei den Patientinnen dieser Studie lag eine ‚Hoch-Hoch-Risikokonstellation‘ vor“, erklärte Anja Welt, Essen. An der Phase-III-Studie NATALEE mit adjuvantischem Ribociclib (Kisqali®) konnten bei weiteren Risikofaktoren auch Patientinnen ohne Lymphknotenbefall teilnehmen. Nach median 33,3 Monaten Follow-up zeigte sich eine Verbesserung des Überlebens ohne invasive Erkrankung durch die Addition von Ribociclib um 3,1 % [Hortobagyi G et al. SABCS. 2023; Abstr GS03-03]. *Mascha Pömmel*

Symposium „Das unterschätzte Risiko? – Neue Herausforderungen beim frühen HR+ / HER2-Mammakarzinom“ anlässlich des 36. Deutschen Krebskongresses, Berlin, 23. Februar 2024; Veranstalter: Novartis Pharma