



Dendritische Zellen gegen Melanome?  
Die Ergebnisse sind ernüchternd.

© D. Mikrobiel / Stock.adobe.com

## Adjuvante Zelltherapie Beim Melanom wenig erfolgreich?

Schon länger wird versucht, dendritische Zellen (DC) auch therapeutisch zu nutzen. Aktuelle Studiendaten deuten nun darauf, dass die Zelltherapie als adjuvante Behandlung nach der Resektion von Stadium-III-Melanomen wohl nicht viel nützt.

An der Phase-III-Studie MIND-DC nahmen 148 Melanomkranke nach Tumorresektion teil. Zunächst wurden DC gewonnen. In der Interventionsgruppe wurden diese mit Tumorantigenen geimpft und schließlich intranodal zurückinjiziert. Die Kontrollgruppe bekam eine zellfreie Lösung injiziert.

Mit der Zelltherapie lebten nach 56 Monaten noch 37% ohne Rezidive (primärer Endpunkt), in der Kontrollgruppe waren es 47%. Im Median blieben Melanomkranke mit Zelltherapie rund 13 Monate rezidivfrei, solche mit Placebo 20 Monate. Sämtliche Resultate erwiesen sich als statistisch nicht signifikant, aber überall zeigte sich ein tendenziell günstiger Verlauf unter Placebo.

Immerhin entwickelten zwei Drittel in der Interventionsgruppe eine starke T-Zell-Antwort auf die Tumorantigene der dendritischen Zellen, in der Kontrollgruppe nur 4%.

Weshalb sich die T-Zell-Antwort nicht in eine bessere Prognose übersetzte, bleibt unklar. Eine Erklärung könnte die übermäßige zytotoxische Aktivität der induzierten T-Zellen sein: Das Immunsystem hat solche Zellen vielleicht gezielt deaktiviert und damit indirekt die Tumorbewehr untergraben.

Thomas Müller

Bol KF et al. Adjuvant dendritic cell therapy in stage IIIB/C melanoma: the MIND-DC randomized phase III trial. Nat Commun. 2024;15(1):1632

## Kurz notiert

### Stabiles PI-RADS 3 benötigt wohl zunächst keine Folgebiopsie

Lautet der Befund nach multiparametrischer Magnetresonanztomografie (mpMRT) der Prostata PI-RADS 3, ist die Dignität der identifizierten Läsion unklar. In der AWMF-Leitlinie zum Prostatakarzinom heißt es: „PI-RADS-3-Befunde werden vielfach biopsiert; in Zentren mit hoher Expertise und interner Qualitätskontrolle sowie unter Berücksichtigung weiterer klinischer Faktoren wie der PSA-Dichte ist eine Überwachung von PI-RADS-3-Läsionen möglich.“

Wie sich PI-RADS-3-Befunde im weiteren Verlauf entwickeln, vor allem, wie oft sich ein klinisch signifikantes Karzinom zu erkennen gibt, wurde nun retrospektiv anhand der Daten von 126 Patienten mit initialen PI-RADS-3-Läsionen geprüft [Kwe J et al. World J Urol. 2024;42:84]. Nach 23 Monaten ergab sich bei 28 Männern (22%) ein Upgrading des PI-RADS-Scores, bei 26 auf einen Score von 4 und bei zweien auf einen Score von 5. Einen niedrigeren PI-RADS-Score erhielten 29 Männer (23%), konstant bei PI-RADS 3 blieben 69 Patienten (55%). Ein Karzinombefund fand sich in der Folgebiopsie bei 35 Patienten (28%), von denen sich 21 (17% insgesamt, 60% der Karzinombefunde) letztlich als klinisch signifikant entpuppten (ISUP-Grad  $\geq 2$ ).

Von klinisch signifikanten Karzinomen waren 3% der Männer mit PI-RADS-Scores  $< 3$ , 12% der Patienten mit PI-RADS 3, 42% der Männer mit PI-RADS 4 und 50% derjenigen mit PI-RADS 5 betroffen. Das Upgrading des PI-RADS-Scores war ein unabhängiger und statistisch signifikanter Prädiktor für das Auffinden eines klinisch signifikanten Karzinoms in der Folgebiopsie (Odds Ratio 16,2). 43% der Patienten hatten nach einem Upgrading klinisch signifikante Karzinome, verglichen mit 9% der Männer ohne eine solche Höhereinstufung. Hingegen waren andere potenzielle Vorhersageparameter für klinisch relevante Prostatakarzinome, beispielsweise die PSA-Dichte, weder unabhängig noch unterschiedlich ihre Treffgenauigkeit wesentlich von der eines Münzwurfs.

„Aufgrund unserer Ergebnisse schlagen wir vor, Männer mit PI-RADS-3-Befunden primär einer Follow-up-MRT nach Ablauf von zwei Jahren zu unterziehen; wenn sich jedoch in der Folge-MRT ein Upgrading ergibt, ist eine Biopsiewiederholung dringend zu empfehlen, weil eine signifikante Assoziation eines solchen Upgradings mit einer Höhereinstufung des Karzinombefundes besteht“, resümiert das Studienteam um Jeremy Kwe, Universitätsklinikum Dresden.

Robert Bublak

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.