

## Mammakarzinom: Aspekte zur Wahl des Knochenschutzes

Bei Patientinnen mit Mammakarzinom, zumal wenn sie eine Hormontherapie erhalten, ist eine knochenprotektive Behandlung Standard. Sowohl Bisphosphonate (BP) als auch der RANK-Liganden(RANKL)-Hemmer Denosumab verringern signifikant die skelettbezogenen Komplikationen (SRE), so Peter Dall, Lüneburg. Im direkten Vergleich erwies sich Denosumab (XGEVA®) in der metastasierten Situation Zoledronat bei der Reduktion von SREs signifikant überlegen [Stopeck AT et al. J Clin Oncol. 2010;28(35): 5132–9]. Bei einer Studienpopulation von 2.046 Frauen mit Brustkrebs und mindestens einer Knochenmetastase reduzierte der RANKL-Inhibitor die SREs um 18%. Zudem traten moderate bis starke Schmerzen unter

Denosumab im Median erst nach 295 Tagen auf, bei BP schon nach 176 Tagen ( $p = 0,0024$ ). Der Einfluss von Osteoprotektiva auf die Prognose scheint widersprüchlich, so Dall. So fanden Ingo Diel und Kollegen bei Frauen mit initialem Mammakarzinom durch die adjuvante Gabe von Clodronat gegenüber der Kontrollgruppe einen knapp signifikanten Vorteil beim Gesamtüberleben über einen mittleren Zeitraum von 97 Monaten [Diel IJ et al. Ann Oncol. 2008;19(12):2007–11]. In der AZURE-Studie verbesserte eine adjuvante BP-Therapie jedoch nur in Subgruppenanalysen – bei sicher postmenopausalen Frauen und bei Patientinnen mit starker Östrogen-Depletion – das krankheitsfreie Überleben (DFS), nicht aber für die gesamte Studienpopulation.

Frederik Marmé, Heidelberg, verwies auf die Verträglichkeit der osteoprotektiven Medikation: Die bessere Nierenverträglichkeit von Denosumab gegenüber den BP solle nicht nur bei renaler Vorschädigung berücksichtigt werden, da auch die Tumorthherapie nephrotoxisch sein könne. Neben der besseren Prävention von SREs spreche auch die patientenfreundliche subkutane Applikation für Denosumab. *Reimund Freye*

Satellitensymposium „Warum bleibt der Knochen im Fokus? – Knochengesundheit gestern, heute und morgen“, im Rahmen der 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie, Stuttgart, 6. Juli 2012; Veranstalter: Amgen

## Nicht kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC): Neuartige EGFR-Hemmung vielversprechend

Die Überlebenschance bei Lungenkrebs hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten zunehmend verbessert. Mit einer molekular stratifizierten Therapie könnte eine weitere Überlebensverlängerung erreicht werden, so Frank Griesinger, Oldenburg. 10–15% aller Patienten mit einem NSCLC weisen eine

EGFR-Mutation auf, in 90% der Fälle eine del19- oder L858R-Mutation. Da sich EGFR-Mutationen nicht nur bei Rauchern, sondern auch bei Ex- oder Nierauchern finden, sollte bei Nicht-Plattenepithelkarzinomen unabhängig vom Raucherstatus eine EGFR-Mutationstestung erfolgen. Eine neue Studie

ergab, dass Patienten mit positivem EGFR-Mutationsstatus in Bezug auf das progressionsfreie Überleben (PFS), die Symptomkontrolle und die Lebensqualität von einer Erstlinientherapie mit dem irreversiblen ErbB-Family-Blocker Afatinib profitieren können. In der Phase-III-Studie LUX-Lung 3 wurde Afatinib (40 mg/d) mit der derzeit wirksamsten Kombinationschemotherapie in der Erstlinie – Cisplatin/Pemetrexed – bei 345 Patienten mit fortgeschrittenem Adenokarzinom der Lunge und EGFR-aktivierenden Mutationen verglichen [Yang JC et al. J Clin Oncol. 2012;30(Suppl):Abstr LBA7500]. Das mediane PFS in der Afatinib-Gruppe betrug 11,1 Monate gegenüber 6,9 Monaten in der Kontrollgruppe ( $p = 0,0004$ ). Patienten mit den EGFR-Mutationen del19 und L8585R profitierten besonders von Afatinib. Die Überlegenheit im Vergleich zur Standardchemotherapie zeigte sich in allen relevanten Subgruppen von Patienten, so Rainer Wiewrodt, Münster. Die objektive Ansprechrate betrug 56% gegenüber 23% unter der Standardchemotherapie. Auch die Kontrolle tumorassoziierter Symptome und die Lebensqualität waren besser. *Abdol A. Ameri*

## Zielgerichtete Darmkrebstherapie immer häufiger in der Erstlinie

Der KRAS-Mutationsstatus wird in der klinischen Praxis bei metastasiertem Kolorektalkarzinom (mCRC) immer häufiger getestet. Die Mehrheit der KRAS-Wildtyp (WT)-Patienten erhält eine palliative Erstlinientherapie mit dem IgG1-Antikörper Cetuximab (Erbix®), der den epidermalen Wachstumsfaktorrezeptor EGFR inhibiert. Dies zeigt eine Analyse aus dem Therapie-Monitor®, in dem Daten zu Therapieentscheidungen und Behandlungsstrategien bei Patienten mit malignen Erkrankungen in einer repräsentativen Stichprobe dokumentiert wurden [Arnold et al. DGHO 2011].

Insgesamt erhielten im Jahr 2009 53% und im Jahr 2010 65% der Patienten mit mCRC eine zielgerichtete Therapie, wobei 2009 30% und 2010 52% der KRAS-WT-Patienten eine palliative, systemische Erstlinientherapie mit Cetuximab bekamen. Am größten war die Zunahme der gezielten Erstlinientherapie mit Cetuximab in der Subgruppe der Patienten, bei denen das Therapieziel ein Erreichen der Resektabilität der Metastasen war: Der Anteil stieg hier von 43% im Jahr 2009 auf 77% im Jahr 2010.

Nach Informationen von Merck

Forschung trifft Klinik: ASCO 2012 Snapshot zum nicht kleinzelligen Lungenkarzinom, Meet the Clinic – Interaktiver Austausch mit Experten zum nicht kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC), Oldenburg, 6. Juli 2012; Veranstalter: Boehringer Ingelheim