

SCLC: Erster Lichtblick nach zwei Jahrzehnten des Stillstands

Auf der diesjährigen World Conference on Lung Cancer (WCLC) in Toronto, Kanada, wurden erstmals Phase-III-Daten zur Kombination von Atezolizumab (Tecentriq®) mit Chemotherapie (Carboplatin und Etoposid) in der Firstline-Therapie des kleinzelligen Lungenkarzinoms mit extensiver Ausbreitung (ES-SCLC) vorgestellt. In der IMpower133-Studie wurde das mediane Gesamtüberleben (OS) durch die Atezolizumab-Kombination signifikant um zwei Monate verlängert (12,3 vs. 10,3 Monate unter Chemotherapie) – der Überlebensvorteil entspricht einer signifikanten Reduktion des Mortalitätsrisikos um 30% (Hazard Ratio 0,70; 95%-Konfidenzintervall 0,54–0,91; $p = 0,0069$) [Liu S et al. IASLC-WCLC. 2018; Abstr PL02.07]. „Diese Ergebnisse sind ein echter Lichtblick für uns als Ärzte und für unsere Patienten – innerhalb der letzten 20 Jahre haben wir trotz vielfältiger Studien keinen Fortschritt für diese Indikation zeigen können. Diese Daten werden die Behandlung von Patienten mit einem fortgeschrittenen kleinzelligen Lungenkarzinom grundsätzlich verändern“, wird Martin Reck, Grosshansdorf, zitiert. *red.*

Nach Informationen von Roche

Hoffnung für NSCLC-Patienten mit NTRK-Genfusion

Nach einer Subgruppenanalyse führt die Behandlung mit dem in der Entwicklung befindlichen Wirkstoff Larotrectinib bei drei von vier Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) und einer Fusion der Gene für die neurotrophe Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK) zu einem teilweisen oder vollständigen Ansprechen [Farago AF. IASLC-WCLC. 2018;P1.13-40]. Bei den Patienten war die Erkrankung nach einer oder mehrerer platinbasierten Chemotherapien weiter fortgeschritten, wie eine nachträgliche bildgebende Befundung bestätigte. Unter Larotrectinib zeigte sich ein schnelles und stabiles Ansprechen (Zeit bis zum Ansprechen: 49–56 Tage). „Nichtkleinzellige Lungenkarzinome mit NTRK-Genfusionen sind zwar selten, scheinen aber auf eine hochselektive TRK-Inhibition sehr gut anzusprechen“, wird die Erstautorin Anna F. Farago vom Massachusetts General Hospital Cancer Center, Boston, MA/USA, zitiert. *red.*

Nach Informationen von Bayer

Weniger Infektionen und bessere Lebensqualität durch IgG-Substitution

— Sekundäre Immundefekte (SID) sind ein häufiges Problem bei Patienten mit hämatologischen Erkrankungen, wie z.B. chronisch lymphatischer Leukämie oder multiplem Myelom, und sind mit einem erhöhten Risiko für schwere und lebensbedrohliche Infektionen assoziiert. Da diese Patienten häufig einen ausgeprägten Mangel an Immunglobulinen (IgG) aufweisen, könnten sie von der Applikation intravenöser Immunglobuline (IVIg) zur Prävention schwerwiegender Infektionen profitieren. Bei der Behandlung von SID mit Antikörpermangel gilt der therapeutische Nutzen dieser Therapie als gesichert [Raanaani P et al. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(4):CD006501]. Nach den Querschnittsleitlinien der Bundesärztekammer liegen die erforderlichen IgG-Dosierungen im Bereich von 0,2–0,4 g/kg KG/Monat. Die IgG-Talspiegel sollten sorgfältig überwacht werden, um mögliche Unterdosierungen zu vermeiden. Interimsergebnisse einer noch laufenden multizentrischen, nicht interventio-

nellen Studie mit dem hochkonzentrierten (10%) IVIG-Präparat IgPRO10 (Privigen®) deuten darauf hin, dass eine höhere Monatsdosis (20 g vs. 10 g) zu höheren IgG-Talspiegeln und einer geringeren Infektionsrate führt [Ehlers HU et al. Oncol Res Treat 2017; 40(Suppl 3):Abstr V763]. Erste Daten einer prospektiven Beobachtungsstudie bestätigen den Nutzen dieser Strategie. Laut Rudolf Weide, Koblenz, kam es im Vergleich zur Therapie ohne IgG-Substitutionstherapie im Verlauf von 12 Monaten zu deutlich weniger Infekten (im Durchschnitt 0,7 vs. 1,8) und auch die Zahl der antibiotikapflichtigen Infektionen sank (0,3 vs. 1,3/Patient). Zudem empfangen die Patienten eine spürbare Verbesserung des körperlichen Befindens, der Leistungsfähigkeit und des allgemeinen Gesundheitszustands. *Abdol A. Ameri*

Satellitensymposium „Länger und besser leben – Supportivtherapie optimieren“ im Rahmen der DGHO-Jahrestagung, Wien, Österreich, 28. September 2018; Veranstalter: CSL-Behring

Antikoagulation: Prognose von Risikopatienten verbessern

— Patienten auf Intensivstationen haben nach Christian von Heymann, Berlin, ein besonders hohes Risiko für venöse Thromboembolien (VTE), weil bei ihnen zahlreiche Risiken akkumulieren. Sie sollten – außer bei akuten Blutungen – prinzipiell eine medikamentöse VTE-Prophylaxe erhalten. Standard, so von Heymann, sei bei ihnen die Thromboseprophylaxe mit niedermolekularen Heparinen (NMH). Hinsichtlich des Lungenembolie-Risikos seien NMH in Metaanalysen unfractionierten Heparinen (UFH) signifikant überlegen gewesen – bei einer ähnlichen Nebenwirkungsrate [Alhazzani W et al. Crit Care Med. 2013;41(9):2088-98]. Auch Patienten mit malignen Tumoren, hätten ein erheblich erhöhtes Risiko für VTE, ergänzte Florian Langer, Hamburg. Zudem, so Langer verschlechtere eine manifeste VTE die Prognose von Krebspatienten deutlich. Die aktuelle S2k-Leitlinie empfiehlt bei tumorassoziierten Thromboembolien die

Gabe eines NMH für 3–6 Monate. Grundlage dafür ist u. a. die CATCH-Studie [Lee AY et al. JAMA. 2015;314(7):677-86]. Hierin konnte das NMH Tinzaparin (innohep®) versus Warfarin bei Tumor-Patienten mit akuter VTE das Rezidivrisiko deutlich senken ($p = 0,07$). Ein signifikanter Unterschied ($p = 0,009$) wurde bei klinisch relevanten Blutungen zugunsten von Tinzaparin verzeichnet [Kamphuisen PW et al. J Thromb Haemost. 2018;16(6):1069-77]. Im Vergleich mit direkten oralen Antikoagulantien (DOAK) sieht Langer Vorteile für die NMH in einem lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Stadium. Bei lokalisierten Tumoren würde er hingegen eher DOAK einsetzen. *Reimund Freye*

Satellitensymposium: „Antikoagulation beim Risikopatienten – wie und wann?“, im Rahmen der 47. DGA-Jahrestagung, Münster, 13. September 2018; Veranstalter: Leo Pharma