



oder Watch-and-Wait (n=109). Nach einer medianen Beobachtungszeit von 80 Monaten zeigte sich nur ein geringer, nicht statistisch signifikanter Vorteil zugunsten der R-Erhaltungstherapie (HR 1,21; 95 %-KI 0,78–1,89; p = 0,3982). Auch das Gesamtüberleben war mit Erhaltungstherapie nicht besser als ohne (HR 0,85; 95 %-KI 0,46–1,55; p = 0,5962). Eine explorative Subgruppenanalyse belegte aber einen möglichen Nutzen für ältere Patienten: Bei den über 65-Jährigen lag das mediane PFS bei 118,4 Monaten mit und 64,3 Monaten ohne Erhaltungstherapie (HR 1,83; 95 %-KI 1,03–3,38; p = 0,0355).

Ob Ältere wirklich von der Erhaltungstherapie profitieren, muss erst noch prospektiv bestätigt werden. Aktuell bleibt BR Therapie der Wahl in der Erstlinie bei WM, betonte Rummel.

*Friederike Klein*

Bericht vom 61st ASH (American Society of Hematology) Annual Meeting and Exposition vom 6. bis 10. Dezember 2019 in Orlando, FL/USA



## Multiples Myelom: Fortschritt kommt bei Älteren zu wenig an

Nach wie vor stirbt ein Teil von Patienten mit multiplem Myelom (MM) früh. Unter 90.975 Patienten mit MM aus der US-amerikanischen Surveillance Epidemiology and End Results (SEER)-Datenbank lag die Rate früher Todesfälle in den ersten sechs Monaten zwischen 1975 und 2015 bei 21% [Ailawadhi S et al. ASH. 2019; Abstr 71]. Dabei waren Patienten im Alter von 69 bis 77 Jahren und besonders von über 77 Jahren überproportional betroffen. Moritz Binder von der Mayo Clinic in Rochester, MN/USA, berichtete, dass es einer Auswertung von Daten aus der SEER-Datenbank sowie aus dem Mayo-Klinikverbund zufolge zwischen 2001 und 2015 zu einem deutlichen Rückgang der Früh- wie Langzeitmortalität gekommen sei [Binder M et al. ASH. 2019; Abstr 72]. Es profitierten aber vor allem die jüngeren Patienten: Ihre Exzessmortalität gegenüber Gleichaltrigen in der Normalbevölkerung nahm ab. Bei den über 75-Jährigen – ein Viertel aller Patienten – blieb die Exzessmortalität dagegen über 15 Jahre hinweg trotz Einführung neuer Therapien gleich. Ein Drittel der Patienten dieser Altersgruppe überlebte das erste Jahr nach Diagnose nicht, fünf Jahre überlebte nur einer von fünf Patienten.

*Friederike Klein*

Bericht vom 61st ASH (American Society of Hematology) Annual Meeting and Exposition vom 6. bis 10. Dezember 2019 in Orlando, FL/USA

© zinkevych / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodell)

## Bispezifische Antikörper auch nach CAR-T-Zellen oder als Bridging-Therapie anwendbar

Bei schwer behandelbaren hämatologischen Malignomen wie rezidierten Non-Hodgkin-Lymphomen können CAR-T-Zellen und bispezifische Antikörper künftig in frühe Therapielinien vorrücken. Bispezifische Antikörper eignen sich aber auch als Bridging-Therapie.

**C**AR-T-Zellen und bispezifische Antikörper könnten sich künftig als Sequenztherapien ergänzen bei malignen hämatologischen Erkrankungen. „Für CAR-T-Zellen ist eine hohe Effektivität belegt bei bestimmten Formen von Lymphomen oder bei der rezidierten akuten lymphoblastischen Leukämie, die auf Zytostatika nicht oder nicht mehr ansprechen. Um die längere Zeit zu überbrücken, bis eine individuelle CAR-T-Zellzubereitung verfügbar ist, werden künftig vermutlich zunehmend Immuntherapien angewendet, die direkt verabreicht werden können, zum Beispiel bispezifische Antikörper“, so Stephen J. Schuster vom Abramson Cancer Center in Phila-

delphia, PA/USA. Bislang in den USA und Europa zugelassen sind die CAR-T-Zellprodukte Tisagenlecleucel und Axicabtagen-Ciloleucel. Logistik und Herstellung der Produkte erfordern jedoch einige Wochen. Bispezifische Antikörper sind „CAR-T-Zellen light“: Sie haben ein ähnliches Wirkprinzip wie CAR-T-Zellen, indem sie Krebszellen und T-Lymphozyten miteinander verlinken, sind aber nicht autologe „Produkte von der Stange“. Beide Immuntherapien werden unter anderem bei Non-Hodgkin-Lymphomen (NHL) klinisch geprüft.

So ließ sich mit dem bispezifischen Antikörper Mosunetuzumab noch bei jedem fünften Patienten mit aggressiven

NHL nach intensiver Vorbehandlung eine komplette Remission erzielen; auch bei Patienten nach CAR-T-Zell-Therapie [Schuster SJ et al. ASH. 2019; Abstr 6]. „Bei den aggressiv und schnell wachsenden NHL wie z. B. einem Mantelzelllymphom, die auf Zytostatika meist unzureichend ansprechen, ist es denkbar, künftig statt Zytostatika direkt Immuntherapien anzuwenden“, erklärte Schuster. „Und wenn eine CAR-T-Zell-Therapie geplant ist, die einen längeren Verlauf benötigt, könnten bispezifische Antikörper wie Mosunetuzumab statt Chemotherapie als Bridging gegeben werden. Im Einzelfall gehen wir schon heute so vor, aber die optimale Sequenz muss natürlich in Studien untersucht werden.“

*Nicola Siegmund-Schultze*

Bericht vom 61st ASH (American Society of Hematology) Annual Meeting and Exposition vom 6. bis 10. Dezember 2019 in Orlando, FL/USA