



es um eine duale Checkpointhemmung mit Fianlimab (LAG-3-Inhibitor) und Cemiplimab (PD-1-Inhibitor) bei fortgeschrittenen Melanomen.

Insgesamt hatten 23,5 % der Teilnehmenden zuvor eine (neo-)adjuvante Therapie erhalten. Bei Patienten mit vorheriger Behandlung, jedoch ohne PD-1-Inhibition, erreichte die ORR unter der Kombinationstherapie 63 % und die DCR 80 %. „Eine ähnliche Wirkung wurde bei den Patienten mit vorheriger adjuvanter Anti-PD-1-Therapie beobachtet“, erklärte Petrella. Die Werte erreichten in dieser Patientenkohorte 56 % bzw. 67 %. In Untergruppen mit einer

schlechten Prognose, wie Lebermetastasen und hohem LDH, waren die Ergebnisse ebenfalls ermutigend.

Behandlungsbedingte unerwünschte Ereignisse kamen häufig vor und führten bei 16,3 % der Teilnehmenden zum Abbruch der Behandlung. „Bei den unerwünschten Ereignissen unterscheidet sich die Kombination nicht sehr von der, die wir bei Anti-PD-1-Therapien mit einem Wirkstoff oder bei Nivolumab plus Relatlimab sehen“, erklärte Petrella abschließend.

Nicola Zink

Bericht vom 13th European Post-Chicago Melanoma/Skin Cancer Meeting, am 22. und 23. Juli 2023 in München sowie virtuell

Aderhautmelanom: Nebenwirkungen unter Fusionsprotein

Tebentafusp (Tebe) ist ein bispezifisches Fusionsprotein zur spezifischen Immuntherapie bei Aderhautmelanomen, wenn diese HLA A*02:01 exprimieren. Der T-Zell-Rezeptor (TCR) des Fusionsproteins bindet spezifisch an Glycoprotein 100 (gp100), ein Peptid, das vom HLA-A*02:01-Komplex auf Aderhautmelanomzellen präsentiert wird; die CD3-Domäne aktiviert und rekrutiert anschließend T-Zellen zu den Tumorzellen. Wie Jessica Hassel von der Hautklinik am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg auf dem Post Chicago Melanoma und Skin Cancer Meeting 2023 erklärte, könnten unter der Therapie mit Tebentafusp Nebenwirkungen (AE) auftreten, mit denen Ärztinnen und Ärzte bislang nicht konfrontiert waren. Es werde empfohlen, die ersten drei Infusionen in spezialisierten Zentren durchzuführen, da nur bei diesen mit schweren AE zu rechnen ist. Danach könne auf ein ambulantes Setting gewechselt werden.

Hassel präsentierte bisher unveröffentlichte Daten zur Häufigkeit von AE unter Tebe. Diese traten bei insgesamt 89 % der Personen (n = 252) auf. 12 % der AE waren dem Schweregrad 1 zuzuordnen, 76 % Grad 2 und 0,8 % Grad 3. Bislang sind zwei Arten von AE bekannt: zytokinvermittelte und hautbezogene Symptome [Nathan P et al. N Engl J Med. 2021;385:1196-206].

Erstere seien nur sehr selten schwerwiegend (1 % Grad \geq 3), sagte Hassel. Es kann jedoch zu einem Zytokinfreisetzungssyndrom (CRS) mit Fieber und eventuell Hypotonie kommen. CRS und Fieber beginnen bis zu vier Stunden nach der Infusion. Rund zwölf Stunden danach kann man einen Anstieg der Hauttoxizität sowie eine Erhöhung der Leberfunktion/Hepatotoxizität (Transaminasenanstieg) feststellen. Das zeige sehr schön, auf welche Symptome man zu welchem Zeitpunkt achten müsse, so Hassel. Wenn ein CRS früh erkannt werde, genüge in der Regel eine Behandlung mit intravenösen Flüssigkeiten und fiebersenkenden Mitteln. Die Symptome eines CRS verschwinden im median nach zwei Tagen wieder.

Als hautbezogenes Symptom kann ein Ausschlag auftreten, der oft einem leichten Sonnenbrand ähnelt, aber auch mit Blasen und Ödemen einhergehen kann. Median trete er nach einem Tag auf und könne bis zu sechs Tage anhalten; meist aber bessere sich der Ausschlag schon nach 24 Stunden deutlich, so Hassel. Bei starkem Pruritus können Antihistaminika oder lokale Steroide verabreicht werden.

Jenny Gisy

Bericht vom 13th European Post-Chicago Melanoma/Skin Cancer Meeting, am 22. und 23. Juli 2023 in München sowie virtuell

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.