

für das rezidivfreie Überleben (RFS) betragen 72 % bei Patienten mit MR^{4.0} bzw. 39 % bei Patienten mit MMR („major molecular response“, aber keine MR^{4.0}). Alle Patienten mit Rezidiv hätten die MMR binnen vier Monaten wiedererlangt. Die Rolle der Deeskalation vor Absetzen müsse nun in Folgestudien geprüft werden, so die Forscher.

Moritz Borchers

Bericht vom 23. Kongress der European Hematology Association vom 14. bis 17. Juni 2018 in Stockholm, Schweden

FL: Auch ohne Chemotherapie lange Überleben

Beim fortgeschrittenen follikulären Lymphom (FL) könnte die Kombination von Lenalidomid und Rituximab (R²) einer Standard-Chemoimmuntherapie zur Induktion Konkurrenz machen.

Wie Franck Morschhauser, Lille, Frankreich, berichtete, sind nach ersten Ergebnissen der Phase-III-Studie RELEVANCE das Ansprechen und das progressionsfreie Überleben (PFS) unter beiden Therapieoptionen vergleichbar. Allerdings bei deutlich unterschiedlichem Toxizitätsprofilen [Morschhauser F et al. EHA. 2018; Abstr S154]. Insgesamt waren 1.030 nicht vorbehandelte Patienten mit fortgeschrittenem FL in der Studie behandelt worden.

Koprimäre Endpunkte der Studie waren die Raten der bestätigten oder unbestätigten Komplettremission (CR oder CRu) nach Abschluss der Therapie nach 120 Wochen und das PFS bei der Interimsanalyse nach Erreichen einer Ereignisrate von 50 %. Nach einer medianen Beobachtungszeit von 37,9 Monaten waren die CR bzw. CRu-Raten nach 120 Wochen Therapie in beiden Armen vergleichbar mit 48 % in der R²- und 53 % in der R-Chemotherapie-Gruppe. Auch die auf drei Jahre bezogenen PFS-Raten zeigten mit 77 % und 78 % keinen Unterschied. Die 3-Jahres-Gesamtüberlebensrate war mit 94 % iden-

Aggressiven Lymphome

Konjugate in Kombinationstherapien bei DLBCL und FL

Polatuzumab Vedotin, ein auf das Antigen CD79 gerichtetes Antikörper-Wirkstoff-Konjugat, kann in Kombination mit Bendamustin/Rituximab (BR) das progressionsfreie (PFS) und Gesamtüberleben (OS) bei Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem diffus-großzelligem B-Zell-Lymphom (r/r DLBCL) gegenüber BR alleine verlängern.

Laurie H. Sehn, Vancouver, Kanada, stellte auf der EHA-Jahrestagung 2018 Ergebnisse einer Phase-II-Studie vor [Sehn LH et al. EHA. 2018; Abstr S802]. Danach lag das mediane PFS in der Interventionsgruppe bei 6,7 Monaten, in der BR-Gruppe bei 2,0 Monaten (Hazard Ratio [HR] 0,31; 95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI] 0,18–0,55; p < 0,0001). Die entsprechenden medianen OS-Raten betragen 11,8 versus 4,7 Monate (HR 0,35; 95 %-KI 0,19–0,76; p = 0,0008). Vorangegangen waren signifikant höhere Ansprechraten durch Addition von Polatuzumab Vedotin unabhängig von der Zahl der vorangegangenen Therapielinien.

Kein Vorteil bei Patienten mit follikulärem Lymphom

Bei Patienten mit follikulärem Lymphom fand sich in derselben Studie kein Vorteil mit Polatuzumab Vedotin plus BR gegenüber BR alleine.

Polatuzumab Vedotin erhielt für die Therapie der r/r DLBCL eine Priority-Medicine-Designation (PRIME) der europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA).

Friederike Klein

Bericht vom 23. Kongress der European Hematology Association vom 14. bis 17. Juni 2018 in Stockholm, Schweden

tisch, diese Daten seien allerdings für die Analyse noch nicht reif, sagte Morschhauser. Wichtig waren ihm die Unterschiede hinsichtlich der Sicherheit: Im R-Chemotherapie-Arm waren Grad-3/4-Neutropenien und febrile Neutropenien deutlich häufiger als im R²-Arm (50 vs. 34 % bzw. 6 vs. 2 %). Die R²-Kombination ging dagegen mit mehr Grad-3/4-Hautreaktionen einher (7 vs. 1 %).

Die mit der Immunchemotherapie vergleichbare Wirksamkeit des immunmodulatorischen Ansatzes nannte Morschhauser einen wirklichen Fortschritt.

Friederike Klein

Bericht vom 23. Kongress der European Hematology Association vom 14. bis 17. Juni 2018 in Stockholm, Schweden

Morbus Waldenström: Ibrutinib plus Rituximab erfolgreich

Die Kombination Ibrutinib plus Rituximab (R) könnte Standard bei Morbus Waldenström (MW) werden.

Der MW wird in der Regel erst dann behandelt, wenn krankheitsassoziierte Symptome auftreten. In der Erstlinie erhalten die Patienten bislang eine Kombination aus R plus Chemotherapie.

Bei vorbehandelten Patienten hatte eine Monotherapie mit dem hochselektiven oralen BTK („Bruton's tyrosine kinase“)-Inhibitor Ibrutinib zu sehr guten Ergebnissen geführt [Dimopoulos MA et al. Lancet Oncol. 2017;18(2):241-50]. In der Phase-III-Studie iNNOVATE (PCYC-1127) wurden nun Wirksamkeit und Verträglichkeit der Kombination Ibrutinib/Rituximab (IR) mit Placebo/R in der Erstlinientherapie oder bei rezidivierter Erkrankung prospektiv und randomisiert untersucht. Meletios A. Dimopoulos,

Athen, Griechenland, stellte auf der EHA-Jahrestagung 2018 Ergebnisse einer geplanten Interimsanalyse vor: „Nach einem im Median 26,5-monatigen Follow-up war das progressionsfreie Überleben (PFS) unter IR gegenüber R signifikant länger, das Risiko für eine Krankheitsprogression oder den Tod um das 5-Fache reduziert“, so Dimopoulos (Median nicht erreicht vs. 20,3 Monate; Hazard Ratio 0,20; 95 %-Konfidenzintervall 0,11–0,38; p < 0,0001). Auch die 30-Monats-PFS-Raten unter IR beeindruckten (82 vs. 28 %) [Dimopoulos MA et al. EHA. 2018; Abstr S852]. Unerwartete Toxizitäten traten nicht auf. „Auf Basis dieser Ergebnisse sollte IR als eine Standardoption für Patienten mit MW in Erwägung gezogen werden“, so Dimopoulos.

Silke Wedekind

Bericht vom 23. Kongress der European Hematology Association vom 14. bis 17. Juni 2018 in Stockholm, Schweden