

toren bekannte, mit Diarrhö (27 % der Patienten), Fatigue (24 %), Übelkeit (17 %), Verstopfung (15 %) und Hautausschlag als den häufigsten. Zu beachten ist aber auch hier, dass es sich um Phase-I- oder Phase-II-Studien mit 26 bzw. 59 Teilnehmern handelte.

Die US-Behörden hielten die Daten jedenfalls für ausreichend, Cemiplimab zur Therapie des fortgeschrittenen PEK zuzulassen. Die Zulassung in der Europäischen Union wird in diesem Jahr erwartet.

Neues vom malignen Melanom

Aus der Melanomtherapie ist die Checkpointblockade bereits nicht mehr wegzudenken. Im vergangenen Jahr sind Nivolumab und Pembrolizumab für die adjuvante Therapie des Melanoms im Stadium III zugelassen worden. Das gilt auch für die Kombination der Kinaseinhibitoren Dabrafenib und Trametinib, hier aber beschränkt auf BRAF-V600-mutierte Tumoren. Nivolumab kann darüber hinaus in der Adjuvanz im Stadium IV nach Resektion eingesetzt werden. Das Risiko für Rezidive sinkt unter Nivolumab

verglichen mit Ipilimumab um 35 % und unter Pembrolizumab im Vergleich zu Placebo um 43 %. Die Dabrafenib/Trametinib-Kombination reduziert die Rezidivhäufigkeit um 51 % gegenüber Placebo, wohlgermerkt bei BRAF-mutierten Melanomen.

Selbst die operative Therapie des Melanoms hat Neuerungen aufzuweisen. Beispielsweise wird beim In-situ-Melanom nach histologisch gesicherter Komplettexzision keine Nachexzision mit einem Sicherheitsabstand von 5 mm mehr gefordert. Zudem ist zu vermuten, dass ein radikales chirurgisches Vorgehen bei positivem Wächterlymphknoten künftig an Stellenwert einbüßen wird. Komplettierende Lymphknotendissektionen scheinen jedenfalls keine Vorteile mit Blick auf das fernmetastasenfreie Überleben nach sich zu ziehen – aber erhebliche Nebeneffekte, wie Lymphödeme in den abhängigen Körperregionen.

Robert Bublak

Bericht vom 11. Jahreskongress des Tumorzentrums in München, 9. und 10. Februar 2019

Krebstherapie in der Schwangerschaft: Konflikt zwischen Therapie der Mutter und Schutz des Kindes

Die Krebstherapie in der Schwangerschaft ist ein onkologischer Drahtseilakt. Was der Mutter nützt, kann dem Kind schaden – und was ihr schadet, ist dem Kind von Nutzen.

Der Fall klingt zunächst einmal nicht ungewöhnlich. Eine junge Frau hat zunehmend Mühe bei körperlicher Belastung, etwa beim Treppensteigen, sie hat Atemnot, schwitzt vermehrt, fühlt sich müde. Und sie ist in der 28. Woche schwanger – was zunächst alles zu erklären scheint. Die körperliche Untersuchung bringt nichts Auffälliges ans Licht, die Patientin ist leicht anämisch; auch das ist für eine Schwangere nicht auffällig.

Doch Fuat Oduncu von der Medizinischen Klinik Innenstadt der LMU München hätte die Geschichte der Frau auf dem Jahreskongress des Tumorzentrums München nicht erzählt, hätte sie nicht eine maligne Pointe. Denn als die Beschwerden der Frau nicht besser werden, veranlasst ihre Ärztin eine Röntgenaufnahme des Thorax. Sie zeigt eine Raumforderung im Mediastinum. Der Tumor erweist sich schließlich als klassisches Hodgkin-Lymphom.

Krebs in der Schwangerschaft – das ist nicht so selten, wie man glauben mag. Es trifft eine von 1.000 Schwangeren. Am häufigsten ist Brustkrebs (39 %), gefolgt von Zervixkarzinom (13 %) und Lymphomen (10 %). Die Krux liegt in der Therapie, denn die Prognosekurven von Mutter und Kind laufen entgegengesetzt. Eine im ersten Trimenon nötige Krebstherapie würde die Prognose der Mutter erheblich verbessern; für das Kind wäre sie wahrscheinlich tödlich. Wartete man bis nach der Schwangerschaft, könnte sich das Verhältnis umkehren. Ein Schnittpunkt der Kurven liegt kurz nach dem Übergang vom zweiten zum dritten Trimenon.

Im geschilderten Fall lehnt die Mutter jede Maßnahme ab. In der 32. Woche wird sie per Sectio entbunden, nach der Geburt startet die Chemotherapie des Hodgkin-Lymphoms im

Stadium IVA. Beide haben Glück, das Kind ist gesund, die Mutter erreicht nach drei Zyklen eine Komplettremission. Nur eines muss sie beachten: Stillen soll sie ihr Kind nicht.

Robert Bublak

Bericht vom 11. Jahreskongress des Tumorzentrums in München, 9. und 10. Februar 2019

Multipl. Myelom

Gegen CD38-gerichteter Antikörper hoch wirksam

Der CD38-Antikörper Daratumumab ist 2018 erstmals zur Primärtherapie des multiplen Myeloms (MM) bei nicht transplantationsgeeigneten Patienten zugelassen worden, die Zulassung betrifft die Kombination mit Bortezomib/Melphalan/Prednisolon. Erste Ergebnisse der MAIA-Studie zeigen nun, dass die Hinzunahme des Antikörpers auch Patienten unter einer First-Line-Therapie mit Lenalidomid/Dexamethason (Rd) zugutekommt.

An der Phase-III-Studie beteiligten sich über 700 Patienten mit neu diagnostiziertem MM, die nicht für eine Transplantation infrage kamen. Nach 30 Monaten lebten unter Daratumumab-Rd (D-Rd) noch 71 % progressionsfrei, unter Rd nur 56 %, das entspricht einer 44 %igen Reduktion des Risikos für Tod oder Progression. Das mediane PFS betrug unter Rd 32 Monate, unter D-Rd war es nach 40 Monaten noch nicht erreicht. Die Ansprechrate insgesamt wurde durch den Antikörper ebenfalls signifikant erhöht, von 81 % auf 93 %. Der Anteil der Patienten ohne minimale Resterkrankung (MDR) war sogar dreimal so hoch wie unter Rd (24 vs. 7 %). Daten zum Gesamtüberleben sind laut Florian Bassermann, München, erst in etwa einem Jahr zu erwarten. Der Hämatologe bezeichnete D-Rd als „einen neuen Standard für die Primärtherapie bei MM-Patienten ohne Transplantation“. Er geht davon aus, dass im Lauf des Jahres die entsprechende Zulassung erteilt wird.

Beate Schumacher

Bericht vom 11. Jahreskongress des Tumorzentrums in München, 9. und 10. Februar 2019