© filipk / iStock

ASCO-GI 2018 in San Francisco

Neue Tumortherapien auf dem Prüfstand

Vom 18. bis 20. Januar 2018 fand in San Francisco das jährliche Gastrointestinal Cancers Symposium der American Society of Clinical Oncology (ASCO-GI) statt. Neben Studien zu relevanten Tumorentitäten wie dem Magenkarzinom und HCC sowie der Bedeutung der primären Tumorlokalisation für die Prognose beim mCRC war die Beurteilung der Wertigkeit der Immuncheckpointblockade bei der Therapie von MSI-H-Patienten beim mCRC eines der Top-Themen.

Primäre Tumorlokalisation beeinflusst auch krankheitsfreies Überleben beim mCRC

Ob Patienten mit metastasiertem Kolorektalkarzinom (mCRC) und rechts lokalisiertem Primarius im Hinblick auf das krankheitsfreie Überleben (DFS) eine schlechtere Prognose haben, wurde anhand von Daten der SCOT-Studie untersucht.

Die Multicenterstudie SCOT (Short Course Oncology Treatment) [Iveson T et al. J Clin Oncol. 2017;35(Suppl): Abstr 3502] war Teil der IDEA(International Duration Evaluation of Adjuvant chemotherapy)-Studieninitiative, in der geprüft wurde, ob der bisherige Behandlungsstandard bei CRC-Patienten im UICC(Union for International Cancer Control)-Stadium III (die sechsmonatige adjuvante, Oxaliplatin-basierte Chemotherapie) ohne Wirksamkeitsverlust auf drei Monate verkürzt werden kann. 6.088 Patienten mit Kolon- und Rektumkarzinomen im Stadium III beziehungsweise im Hochrisikostadium II nahmen an der Untersuchung teil. Für diese Patientengruppe konnte die Nichtunterlegenheit der drei- im Vergleich zur sechsmonatigen Therapie nachgewiesen werden (3-Jahres-DFS-Rate: 76,7 % vs. 77,1 %, Hazard Ratio [HR] 1,0006, 95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI] 0,909 – 1,114; p = 0,012).

Nachdem die entsprechenden Informationen über die Lokalisation der Tumoren von 3.219 Patienten vorlagen, wurden die Daten erneut analysiert [Saunders MP et al. J Clin Oncol. 2018; 36(Suppl 4S):Abstr 558]. „Nun zeigte sich, dass Patienten mit rechtsseitigem Primärtumor ein signifikant schlechteres 3-Jahres-DFS hatten als Patienten mit linksseitigem Tumor", berichtete Mark P. Saunders, Manchester, Großbritannien (73 vs. 80 %, HR 1,401; 95 %-KI 1,216 – 1,615; p < 0,0001). Nach Adjustierung für das T- und N-Stadium reduzierte sich die HR auf 1,215, blieb aber signifikant (95%-KI 1,051 – 1,404; p = 0,009). Auf das Ergebnis des Wirksamkeitsvergleichs zwischen der drei- und der sechsmonatigen adjuvanten Chemotherapie hatte die Tumorlokalisation keinen Einfluss. *Dr. Silke Wedekind*

GI-Cancers Symposium, 18. – 20.1.2018, San Francisco, CA/USA

VEGFR-2-Hemmer beim Magenkarzinom: Enttäuschende Daten in der Erstlinie

Die Hemmung der Neoangiogenese mit dem VEGFR-2-Antikörper Ramucirumab erschien als vielversprechendes Konzept in der Erstlinientherapie bei Patienten mit fortgeschrittenem Adenokarzinom des Magens und des ösophagogastralen Übergangs (AEG). Geprüft wurde der Ansatz in der randomisierten, placebokontrollierten Phase-III-Doppelblindstudie RAINFALL [Fuchs CS et al. J Clin Oncol. 2018;36(Suppl 4S): Abstr 5]. 645 therapienaive Patienten mit HER2-negativem, metastasiertem Adenokarzinom des Magens oder des AEG erhielten randomisiert Ramucirumab plus Cisplatin/Capecitabin, 5-Fluorouracil (n = 326) oder die Chemotherapie allein (n = 319) bis zur Krankheitsprogression oder zum Auftreten einer intolerablen Toxizität.
Die Studie erreichte ihren primären Endpunkt (signifikante Verlängerung des medianen progressionsfreien Überlebens, PFS) für Ramucirumab in Kombination mit der Chemotherapie gegenüber der Chemotherapie (5,72 vs. 5,39 Monate; HR 0,75; 95 %-KI 0,61 – 0,94; p = 0,011). Dieser PFS-Vorteil wurde in praktisch allen Patientensubgruppen beobachtet. Neue oder unerwartete Sicherheitssignale traten unter Ramucirumab nicht auf. Die Reduktion des Progressions- und Todesfallrisikos übersetzte sich aber nicht in einen Überlebensvorteil (medianes Gesamtüberleben 11,17 vs. 10,74 Monate; HR 0,96; 95 %-KI 0,80 – 1,16; p = 0,68). Auch gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Gesamtansprech- und der Krankheitskontrollrate. Die Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass der VEGF-Signalweg offenbar erst in der Zweitlinie prognoserelevant wird. *Dr. Silke Wedekind*

GI-Cancers Symposium, 18. – 20.1.2018, San Francisco, CA/USA