

HCC: Metaanalyse zur Immunkombi

Auf dem virtuellen ASCO 2020 wurden neue Daten zur Therapie von Patienten mit einem hepatozellulären Karzinom (HCC) mit der Kombination Atezolizumab (Tecentriq®)/Bevacizumab (Avastin®) (A/B) präsentiert. Das teilte Roche mit. Unter anderem wurden Ergebnisse einer retrospektiven Netzwerkmetaanalyse präsentiert, in der ein indirekter Head-to-Head-Vergleich der Therapieoptionen „A/B“, Lenvatinib und Nivolumab in der Erstlinie vorgenommen wurde. Die Wahrscheinlichkeit, dass A/B mit Blick auf das Gesamtüberleben wirksamer war als Lenvatinib lag bei 93,7 % und die für die Überlegenheit gegenüber Nivolumab bei 90,3 % [Vogel A et al. ASCO. 2020; Abstr 4585]. In den in die Metaanalyse eingehenden drei Studien waren die Substanzen jeweils gegen Sorafenib verglichen worden. *red.*

Nach Informationen von Roche

Daten zu neuem ADC beim multiplen Myelom

Belantamab mafodotin (BM) ist ein Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (ADC), das sich gegen BCMA („B-cell maturation antigen“) richtet. Für die Substanz waren zuletzt aus der Phase-II-Studie DREAM-2 Hinweise auf die Wirksamkeit bei Patienten mit refraktärem/rezidiviertem multiplen Myelom (r/r MM) geliefert worden. Auf dem virtuellen ASCO 2020 gab es nun aktualisierte Daten der DREAM-2-Studie, wie GSK mitteilte. Die objektive Ansprechrate betrug unter BM2,5 (2,5 mg/kg Körpergewicht [KG]) 31 % und 35 % unter BM3,4 (3,4 mg/kg KG) [Lonial S et al. ASCO. 2020; Abstr 8536]. Das mediane Gesamtüberleben lag bei 14,9 Monaten unter BM2,5 und bei 14,0 Monaten unter BM3,4. Nebenwirkungen vom Grad ≥ 3 wurden für 84 % der Patienten in beiden Gruppen berichtet; am häufigsten: Keratopathie, Thrombozytopenie und Anämie. *red.*

Nach Informationen von GSK

HR-positives HER2-negatives Mammakarzinom

Längeres Überleben unter CDK4/6-Inhibitor

CDK4/6-Inhibitoren können sich günstig auf Überleben und Lebensqualität auswirken.

Für Patientinnen mit HR-positivem (HR+), HER2-negativem (HER2-) Brustkrebs wird in aktuellen Leitlinien an erster Stelle die endokrine Therapie empfohlen, da sie besser wirksam und weniger belastend ist als die Chemotherapie (CTX). Ihre Wirksamkeit kann durch die Kombination mit einem CDK4/6-Inhibitor wie Abemaciclib (Verzenio®) erheblich verbessert werden: Die Daten zum Gesamtüberleben (OS) unter Abemaciclib basieren auf der Phase-III-Studie MONARCH 2 [Sledge Jr GW et al. J Clin Oncol. 2017;35(25):2875-84; Goetz MP et al. J Clin Oncol. 2017;35(32):3638-46], in der Abemaciclib bei Patientinnen mit HR+, HER2-, metastasiertem Mammakarzinom in der Erst- und Zweitlinie in Kombination mit Fulvestrant untersucht wurde. Wie Johannes Ettl, München, ausführte, verbes-

serte die Zugabe von Abemaciclib zu Fulvestrant konsistent in allen untersuchten Subgruppen signifikant das progressionsfreie Überleben (PFS) [Sledge Jr GW et al. J Clin Oncol. 2017;35(25):2875-84] und auch das OS (46,7 vs. 37,3 Monate; Hazard Ratio [HR] 0,757; p = 0,0137).

Zudem verlängerte die Kombination aus Abemaciclib/Fulvestrant die mediane Zeit bis zu einer nachfolgenden CTX im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant [Sledge Jr GW et al. J Clin Oncol. 2017;35(25):2875-84; Goetz MP et al. J Clin Oncol. 2017;35(32):3638-46]. Dies sei für Betroffene besonders wichtig, da die CTX in der Regel mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden sei und die Lebensqualität stark einschränken könne, betonte Ettl.

Kirsten Westphal

Symposium „Gesamtüberleben beim HR+, HER2-Mammakarzinom – das zählt!“ anlässlich des DKK 2020, Berlin, 21. Februar 2020; Veranstalter: Lilly

Immun- und zielgerichtete Therapie

Kombiniert gegen das Nierenzellkarzinom

Worauf gründet der Ansatz, beim RCC TKI und CPI zu kombinieren?

Was könnte grundsätzlich dafür sprechen, in der Behandlung des klarzelligen Nierenzellkarzinoms (RCC) Tyrosinkinaseinhibitoren (TKI) und Checkpointhemmer (CPI) zu kombinieren? Gunhild von Amsberg, Hamburg, diskutierte in diesem Zusammenhang u. a. Folgendes:

- ▶ TKI ließen Tumorzellen absterben, was die Präsentation von (immunogenen) Antigenen erhöhe.
- ▶ TKI könnten die Vaskularisierung und Sauerstoffversorgung im Tumor günstig beeinflussen, was wiederum die Hemmung von Immunzellen im Tumormikromilieu lockern könne.

Von Amsberg verwies u. a. auf die Daten aus der Studie KEYNOTE-426 [Rini BI et al. N Engl J Med. 2019;380(12):1116-27]. In dieser Phase-III-Studie wurden 861 Patienten mit unbehandeltem, fortgeschritte-

nem RCC entweder mit einem TKI plus CPI (Axitinib/Pembrolizumab) oder mit einem TKI (Sunitinib) allein behandelt. Die geschätzte 1-Jahres-Überlebensrate betrug nach einem medianen Follow-up von 12,8 Monaten unter Axitinib/Pembrolizumab (Keytruda®) 89,9 % und 78,3 % unter Sunitinib allein (Hazard Ratio [HR] für Tod 0,53 %; p < 0,0001). Dieser Vorteil sei in allen Subgruppen beobachtet worden – auch bei Patienten, deren Tumoren kein PD-L1 („programmed cell death-ligand 1“) exprimieren, berichtete von Amsberg. „Das heißt: das ist tatsächlich eine Behandlung, die man prinzipiell allen [RCC-]Patienten anbieten kann, die im metastasierten Setting bei Erstdiagnose bei Ihnen vorstellig werden“, freute sich die Onkologin.

Moritz Borchers

Symposium: „Immunonkologische Therapien heute und in der Zukunft: Nierenzellkarzinom und gastrointestinale Tumoren“, anlässlich des DKK 2020, Berlin, 20. Februar 2020; Veranstalter: MSD Sharp & Dohme