

Checkpointinhibition beim kutanen Plattenepithelkarzinom

— Beim lokal fortgeschrittenen oder metastasierten kutanen Plattenepithelkarzinom (cSCC) „bleiben Operation und Radiatio der Goldstandard und sind in der Mehrheit der Fälle die ausreichende Behandlung“, erklärte Prof. Carola Berking, Erlangen. „In dem Moment, wo wir es mit einem metastasierten oder lokal fortgeschrittenen Stadium zu tun haben, sollte zunächst ein multidisziplinäres Tumorboard eingeschaltet werden. Bei den inoperablen Tumoren kann dann in der Erstlinie eine Systemtherapie mit einem PD-1-Antikörper erfolgen und nur im Falle von Kontraindikationen in der nächsten Linie eine Chemotherapie oder eine zielgerichtete Therapie mit EGFR-Inhibitoren“, ergänzte sie.

Neue Daten der zulassungsrelevanten Phase-II-Studie EMPOWER-CSCC-1 zu Cemiplimab (Libtayo®) zeigen: Die Rate für eine komplette Remission haben beim metastasierten cSCC unter Cemiplimab (3 mg/kg q2w) 20,3%, beim lokalen cSCC 12,8% und in der heutigen Standarddosierung (350 mg q3w i.v.) 16,1% betragen [Rischin D et al. J Clin Oncol 2020; 38 (Suppl): Abstr 10018]. „Der fundamentale Unterschied zur Chemotherapie ist, dass es sich um langanhaltende Remissionen handelt“, erläuterte Prof. Axel Hauschild, Kiel. Die mediane Dauer der Remission wurde noch nicht erreicht, das gilt auch für das mediane Gesamtüberleben. „Nach zwei Jahren sind noch 73,3% der Patienten am Leben“, sagte Hauschild. Das mediane progressionsfreie Überleben lag bei 18,4 Monaten (95%-Konfidenzintervall 10,3–24,3) für alle Patienten.

Im Vergleich zu anderen Checkpointinhibitoren gab es keine neuen Sicherheitssignale und keinen therapiebedingten Tod. Zur Optimierung der Therapie könnte der PD-1-Hemmer auch in Neoadjuvant und/oder Adjuvant eingesetzt werden, so Hauschild. Dazu laufen derzeit vier Studien.

Sabrina Kempe

Industriesymposium „Highlights der Immuntherapie – PD-1 Inhibition beim kutanen Plattenepithelkarzinom“ im Rahmen des 30. Deutschen Hautkrebskongress, 10. September 2020; Veranstalter: Sanofi Genzyme

Neue Behandlungsoption für Behçet-Syndrom

— Das Behçet-Syndrom (BS) kann an verschiedensten Lokalisationen auftreten, erklärte Dr. Theodoros Xenitidis, Tübingen. Die Vaskulitis manifestiert sich in Form oraler und genitaler Geschwüre, ubiquitärer Hautläsionen oder als Uveitis und Arthritis, und kann ebenso als Beteiligung des ZNS und des Gastrointestinaltraktes auftreten. Insbesondere imponieren schmerzhafte orale Aphten, die häufig rezidivieren und bis zur Unmöglichkeit der Nahrungsaufnahme Schmerzen verursachen können.

Therapeutisch stehen topische Glukokortikosteroide sowie Colchicin im Vordergrund. Letzteres ist ebenso wie Methotrexat jedoch nicht für BS zugelassen. Zwar können bei schwereren Verläufen auch Azathioprin und Ciclosporin A eingesetzt werden, sind jedoch mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet.

Dr. Felix Lauffer, München, stellte Daten zum seit Kurzem zugelassenen oral verabreichten kleinmolekularen PDE4-Inhibitor Apremilast (Otezla®) vor. Die für die Zulassung relevante RELIEF-Studie adressierte vornehmlich die oralen Aphten. Primärer Wirksamkeitsendpunkt war die „area under the curve“ für die Gesamtzahl oraler Aphten während des zwölfwöchigen placebokontrollierten Zeitraums. Hierbei war Apremilast Placebo ebenso signifikant überlegen wie bei der Reduktion der durch sie verursachten Schmerzen; die positive Wirkung war nachhaltig. Nebenwirkungen über Placeboniveau waren vor allem gastrointestinaler Natur (Diarrhö, Übelkeit, Erbrechen) [Hatemi G et al. N Engl J Med 2019; 381: 1918-28].

Reimund Freye

Virtuelle Pressekonferenz „Neue Erfahrungswerte mit Apremilast ein halbes Jahr nach der Behçet-Indikationserweiterung“, 11. September 2020; Veranstalter: Amgen

Psoriasis: neuer IL-17-Inhibitor in der Pipeline

— Daten aus der Phase-III-Studie BE-SURE haben gezeigt, dass Psoriasispatienten, die mit dem sich in der Entwicklung befindenden IL-17A- und IL-17F-Inhibitor Bimekizumab behandelt wurden, in Woche 16 im Vergleich zu Adalimumab signifikant höhere PASI (Psoriasis and Severity Index)-90- und PASI-100-Haut-Clearance-Raten erzielten [Warren R et al. EADV 2020]. Bei Patienten, die zu Beginn der Studie mit Bimekizumab begonnen hatten, blieben die Ansprechraten bis zu einem Jahr erhalten. Bei Patienten, die in Woche 24 von Adalimumab auf Bimekizumab wechselten,

wurde ein rascher Anstieg der Haut-Clearance-Raten beobachtet. Die Verträglichkeit und Wirksamkeit von Bimekizumab wurden noch nicht ausreichend untersucht, daher steht eine Zulassung noch aus.

In der Studie erreichten 86,2% der mit Bimekizumab behandelten Patienten in Woche 16 ein nahezu normalisiertes Hautbild (PASI 90), verglichen mit 47,2% unter Adalimumab ($p < 0,001$). Zusätzlich erreichten 85,3% unter Bimekizumab einen IGA (Investigator's Global Assessment) 0/1 (vs. 57,2%; $p < 0,001$). Außerdem erzielten sig-

nifikant mehr Patienten unter Bimekizumab eine vollständige Haut-Clearance (PASI 100): 60,8% versus 23,9% in Woche 16 und 66,8% versus 29,6% in Woche 24 (jeweils $p < 0,001$).

In beiden Bimekizumab-Studienarmen wurden die Ansprechraten von PASI 90, PASI 100 und IGA 0/1 bis Woche 56 aufrechterhalten. In Woche 56 waren die Ansprechraten bei den Patienten, die zu Bimekizumab wechselten, mit denen vergleichbar, die während der gesamten Studie mit Bimekizumab behandelt worden waren.

red

Nach Informationen von UCB