



Hodgkin-Lymphom, multiples Myelom: Immuntherapien sind im Kommen

Neue Therapeutika wie die Checkpointinhibitoren erweitern das ohnehin gute Therapierepertoire beim Hodgkin-Lymphom. Auch beim multiplen Myelom wecken neuartige Immuntherapien Hoffnungen.

Fast die Hälfte aller Patienten mit Hodgkin-Lymphom (HL) wird in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. In der PET-getriebenen HD15-Studie zeigte sich, dass für diese Patienten sechs anstelle von acht Zyklen BEACOPP_{eskaliert} effektiver sind [Engert A et al. Lancet. 2012;379(9828):1791-9]. Allerdings ist dieser Standard schon wieder überholt. Denn für Patienten, die nach zwei Zyklen Chemotherapie PET-negativ waren, wurde in der HD18-Studie die Nichtunterlegenheit von vier Zyklen im Vergleich zu acht Zyklen BEACOPP_{eskaliert} belegt [Borchmann P et al. Lancet. 2018; 390(10114):2790-802]. Laut Andreas Engert, Köln, brachte auch die Therapie mit dem PD-1-Inhibitor Nivolumab große Fortschritte. In der Phase-II-Studie CheckMate-205 sprachen selbst intensiv vorbehandelte Patienten mit refraktärem cHL nach autologer Stammzelltransplantation sehr gut an [Fanale M et al. ICML. 2017]. Bei über

95% der Patienten reduzierte sich die Tumorlast.

Vielversprechende neue Immuntherapeutika

Beim multiplen Myelom (MM) werden derzeit Immuntherapeutika der neuesten Generation getestet – mit Erfolg, wie die Phase I/II-Studie DREAMM-1 belegte [Trudel S et al. ASH. 2017; Abstr 741]. Patienten mit refraktärem/rezidiertem MM wurden mit einem gegen BCMA („B-cell maturation antigen“) gerichteten Antikörper behandelt, der mit einem zytotoxischen Agens (Monomethylauristatin F) konjugiert wurde (GSK2857916). Von 35 Patienten sprachen 60% auf die Medikation an, einer mit einer stringenten kompletten Remission (sCR), zwei mit einer CR, 15 mit sehr guter partieller Remission (VGPR) und drei mit partieller Remission (PR). Das mediane progressionsfreie Überleben lag bei 7,9 Monaten. Ein weiterer

33. Deutscher Krebskongress

Ein Schwerpunkt des DKK 2018 waren Oxford-Debatten. Im Bereich Hämatonkologie wurde mit diesem Format über eine Chemotherapie-freie Zukunft der CLL-Therapie diskutiert. Dies war aber nur eins von vielen spannenden Themen.

© Moritz Borchers

++ DKK 2018 ++

Ansatz besteht in der Therapie mit gen-modifizierten T-Zellen (CAR-T-Zellen), die sich ebenfalls gegen BCMA richten. In einer Studie mit 21 Patienten sprachen alle bis auf einen Patienten (94%) an, davon 89% mit einem VGPR [Berdeja JG et al. ASH. 2017; Abstr 740]. „Diese Therapeutika stellen beim multiplen Myelom eine sehr spannende Option dar“, resümierte Hermann Einsele, Würzburg.

Marion Hofmann-Abmus

Bericht vom 33. Deutschen Krebskongress vom 21. bis 24. Februar 2018 in Berlin

Hat die Chemotherapie bei der CLL ausgedient?

In einer Oxford-Debatte wurde diskutiert, ob die Chemotherapie bei der chronischen lymphatischen Leukämie (CLL) bald Medizingeschichte ist.

Bei der CLL etabliert sich die gezielte Hemmung von Signalmolekülen immer mehr. Aktuell geht es vor allem um die Hemmung der Bruton-Tyrosinkinase im B-Zell-Rezeptor-Signalling durch Tyrosinkinasehemmer wie Ibrutinib und um die gezielte Blockade von BCL2 durch Substanzen wie Venetoclax. Werden kombinierte Chemoimmuntherapien wie Fludarabin, Cyclophosphamid plus Rituximab (FCR) oder Bendamustin plus Rituximab (BR) dadurch obsolet?

Bei dem Oxford-Symposium wurde zu Beginn der Veranstaltung gefragt, ob die Anwesenden eine chemotherapiefreie Zukunft bei der CLL erwarteten. Die Meinungen waren geteilt: Rund die Hälfte glaubte daran, die andere Hälfte nicht.

Stephan Stilgenbauer, Ulm, fasste zusammen, welche Argumente für einen Abschied von der Chemotherapie sprechen. Im frühen Stadium (Binet-A) der CLL könnten Chemoimmuntherapien schon heute nicht mehr gerechtfertigt werden, so der Hämatologe. Er erinnerte an die schon 2013 vorgestellte CLL7-Stu-

die, die gezeigt habe, dass eine FCR-Chemotherapie den natürlichen Verlauf der Erkrankung nicht verändere. Aktuell läuft in diesem Setting die CLL12-Studie, die bei Patienten mit Binet-A-CLL und niedrigem Risiko eine abwartende Strategie hat und bei Binet-A-CLL-Patienten mit mittlerem Risiko randomisiert zwischen abwartender Strategie und Ibrutinib. „Hieraus könnte sich der neue Standard ergeben“, so Stilgenbauer.

Im fortgeschrittenen Stadium der CLL ist die Datenlage dünner. Was es gibt, ist die 2015 publizierte RESONATE-2-Studie, die bei „unfiten“ Patienten über 65 Jahren Ibrutinib mit einer Chlorambucil-