



## Grad-III-Gliom: Adjuvante Chemotherapie nützt auch bei schlechter Prognose

Eine adjuvante Temozolomid-Therapie ist auch bei anaplastischen Gliomen ohne 1p/19q-Kodeletion hilfreich: Die progressionsfreie Überlebenszeit lässt sich damit verdoppeln.

Eine 1p/19q-Kodeletion ist bei höhergradigen Gliomen von Vorteil: Inzwischen konnte in einigen Studien gezeigt werden, dass die Patienten deutlich besser auf Chemotherapeutika an als Patienten ohne Kodeletion. Weitgehend unklar war aber noch, ob Patienten mit anaplastischen Gliomen ohne Kodeletion überhaupt von einer Chemotherapie zusätzlich zur Radiotherapie profitieren, und falls ja, ob diese besser zeitgleich, adjuvant oder sowohl als auch zu erfolgen hat. Genau dies haben Neuroonkologen in Rotterdam jetzt untersucht.

An der Studie CATNON nahmen 745 Patienten mit frisch diagnostiziertem anaplastischem Gliom ohne Kodeletion teil. Bei allen Patienten wurde der Tumor reseziert, anschließend erhielt ein Viertel nur eine Radiotherapie (RT, 59,4 Gy in 33 Fraktionen), ein Viertel bekam gleichzeitig mit der RT eine Temozolomid-Chemotherapie (täglich 75 mg/m<sup>2</sup> für max. 7 Wochen), ein weiteres Viertel eine adjuvante Temozolomid-Behand-

lung (12 4-Wochen-Zyklen mit täglich 150–200 mg/m<sup>2</sup>), beginnend 4 Wochen nach Ende der RT. Das übrige Viertel wurde zeitgleich zur RT sowie adjuvant mit Temozolomid behandelt.

Die Studie begann im Dezember 2007, im Mai 2015 waren 221 Patienten (30 %) gestorben und die Forscher begannen mit einer zuvor geplanten Zwischenauswertung. Signifikante Unterschiede ergaben sich zu diesem Zeitpunkt nur mit Blick auf die adjuvante Therapie. Bis zum Stichtag waren die Patienten im Median 27 Monate nachuntersucht worden. Bei 46 % war es zu einer Tumorprogression gekommen. In den Gruppen mit adjuvanter Temozolomid-Behandlung waren weniger Patienten gestorben (92/373 [25 %]) als in der Gruppe ohne Temozolomid-Therapie (129/372 [35 %]; adjustierte Hazard Ratio 0,65;  $p = 0,0014$ ).

Bei 39 % mit und 54 % ohne adjuvante Temozolomid-Behandlung kam es zu einer Tumorprogression. Im Median be-

trug das progressionsfreie Überleben (PFS) bei Patienten mit adjuvanter Therapie 43 Monate (ohne Temozolomid: 19 Monate). Die Rate für das 5-Jahres-PFS betrug 43 % versus 24 % bei Patienten ohne Temozolomid.

Aufgrund der schon in der Zwischenanalyse erkennbaren Überlegenheit von adjuvant verabreichtem Temozolomid sollte diese Therapie der neue Standard bei anaplastischen Gliomen sein, schreiben die Onkologen. Zu erwägen sei auch, Patienten mit diffusen Grad-II-Gliomen ohne Kodeletion in ähnlicher Weise zu behandeln, da sich diese Tumoren nur graduell von anaplastischen Gliomen unterscheiden und ähnliche molekulare Anomalitäten aufwiesen.

**Fazit:** Schon in der Zwischenanalyse ließ sich eine Überlegenheit von adjuvant verabreichtem Temozolomid bei Patienten mit anaplastischem Gliom ohne 1p/19q-Kodeletion erkennen. Daher sollte diese Therapie bei ihnen der neue Standard sein, schreiben die Forscher. Welche Bedeutung zeitgleich zur Radiotherapie verabreichtes Temozolomid habe, müsse noch abgewartet werden. *Thomas Müller*

van den Bent MJ et al. Interim results from the CATNON trial (EORTC study 26053-22054) of treatment with concurrent and adjuvant temozolomide for 1p/19q non-co-deleted anaplastic glioma: a phase 3, randomised, open-label intergroup study. *Lancet*. 2017;390(10103):1645-53.

## Glioblastom bei Älteren: Kurzzeit-Radiotherapie reicht aus

Bei älteren Patienten mit Glioblastom ist eine Kurzzeit-Strahlentherapie einer konventionellen Radiotherapie nicht unterlegen.

Das zeigt eine ungeplante Subgruppenanalyse einer prospektiven Phase-III-Studie. Das Design der internationalen randomisierten Nichtunterlegenheitsstudie sah einen Vergleich der Kurzzeit-Radiotherapie (RT, 25 Gy in 5 Fraktionen) mit der konventionellen RT (40 Gy in 15 Fraktionen) stratifiziert u. a. nach Patientenalter, Karnofsky-Perfor-

mancestatus (KPS) und einer Operation vor. Einbezogen in die vorliegende Analyse waren 61 von insgesamt 98 Patienten im Alter von  $\geq 65$  Jahren, mit einem KPS von 50–80 % (gebrechlich) oder 80–100 % (nicht gebrechlich).

Das mediane Gesamtüberleben in der Kurzzeittherapiegruppe lag bei 6,8 Monaten, im Vergleich zu 6,2 Monaten unter der klassischen 15-Fraktionen-Therapie ( $p = 0,936$ ). Auch beim medianen progressionsfreien Überleben zeigte sich mit 4,3 versus 3,2 Monaten kein signifikanter Unterschied.

Das Ergebnis sei konsistent mit den Daten der Gesamtpopulation, stellen die Radiologen fest. Gerade in dem von Beginn an palliativen Setting bietet die Kurzzeit-RT damit eine gute Option für gebrechliche Glioblastompatienten.

**Fazit:** Im Hinblick auf OS und PFS ist eine Kurzzeit-RT bei älteren Glioblastompatienten der konventionellen RT nicht unterlegen und kann damit vor allem gebrechlichen Menschen mit schlechtem Performancestatus angeboten werden. *Barbara Kreutzkamp*

Guedes D et al. Survival outcomes with short-course radiation therapy in elderly patients with glioblastoma: data from a randomized phase 3 trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2017;98(4):931-8.