

### 23. Kongress der EHA

Auf dem Kongress der European Hematology Association (EHA) in Stockholm, Schweden, wurden viele neue Daten präsentiert. Darunter Ergebnisse mit neuen Therapieansätzen, etwa CAR-T-Zell-Produkten bei diffus-großzelligen Lymphomen.



++ EHA 2018 ++ EHA 2018 ++ EHA 2018 ++

## Ein B-Zell-Lymphom kommt nicht immer alleine

Follikuläre Lymphome (FL) oder andere niedriggradige B-Zell-Lymphome (Low Grade, LG) finden sich gar nicht so selten neben einem diffus-großzelligen B-Zell-Lymphom (DLBCL) mit hohem Risiko. Doch was heißt das für die Prognose?

Normalerweise werden Patienten mit Hochrisiko-DLBCL und gleichzeitig anderen niedriggradigen B-Zell-Lymphomen entsprechend der Therapie bei einem reinen de novo DLBCL behandelt. Wie effektiv das ist, wurde im Rahmen des spezialisierten Lymphomprogramms (SPORE) untersucht [Wang Y et al. EHA. 2018; Abstr S1547]. Von 1.521 Patienten mit Erstdiagnose eines DLBCL und anschließender Therapie nach Wahl des jeweiligen betreuenden Arztes wiesen 113 (7,8%) zusätzlich ein FL und 73 (5,0%) zusätzlich ein anderes LG auf. Patienten mit der Doppeldiagnose DLBCL und FL unterschieden sich von denen mit alleinigem DLBCL durch eine im Mittel geringere LDH-Erhöhung und einen geringeren IPI (Internationaler Prognostischer Index)-Score, die Patienten mit DLBCL und LG wiesen häufiger ein weiter fortgeschrittenes Stadium auf als die Patienten mit de novo DLBCL.

Das mediane ereignisfreie Überleben (EFS) war bei Patienten mit DLBCL und FL mit 145,9 Monaten signifikant länger als bei de novo DLBCL alleine (101,9 Monate;  $p = 0,049$ ), während sich das mediane EFS von DLBCL und LG nicht signifikant von dem bei de novo DLBCL un-

terschied (63,0 vs. 101,9 Monate,  $p = 0,269$ ). Analog war das mediane Gesamtüberleben bei DLBCL und FL signifikant besser als bei de novo DLBCL (Median nicht erreicht vs. 139,7 Monate;  $p = 0,004$ ), bei DLBC und LG dagegen nicht signifikant anders als bei de novo DLBCL (120,7 vs. 139,7 Monate;  $p = 0,624$ ). Rezidive gingen gleicherma-

ßen auf DLBCL wie auch auf das jeweils begleitende andere Lymphom zurück.

Weil sich DLBCL plus FL in dieser Studie ähnlich eines DLBCL mit keimzentrumstypischer B-Zell-Herkunft (GCB) verhielten, schlug Yucai Wang, Rochester, NY/USA, vor, diese Gruppe auch entsprechend bei der Rekrutierung für Studien zu behandeln, da die Prognose günstiger ist als bei de novo DLBCL oder DLBCL und GLG. *Friederike Klein*

Bericht vom 23. Kongress der European Hematology Association vom 14. bis 17. Juni 2018

## Aktuelle Daten zu den neu zugelassenen CAR-T-Zell-Therapien bei DLBCL

Zum Einsatz von zwei der am weitesten entwickelten chimären Antigenrezeptor(CAR)-T-Zell-Produkten, Tisagenlecleucel und Axicabtagen Ciloleucel, bei Patienten mit DLBCL wurden neue Daten präsentiert.

Zur globalen Phase-II-Studie JULIET präsentierte Peter Borchmann, Köln, die 14-Monats-Daten von erwachsenen Patienten mit diffus-großzelligem B-Zell Lymphom (DLBCL). Die Probanden hatten nach  $\geq 2$  systemischen Therapien Rezidive entwickelt oder waren refraktär und mit dem autologen, gegen

das Antigen CD19 gerichteten CAR-T-Zell-Produkt Tisagenlecleucel behandelt worden [Borchmann P et al. EHA. 2018; Abstr S799]. Zum Auswertungzeitpunkt hatten 111 von 165 Patienten eine Infusion mit den CAR-T-Zellen erhalten. Fast alle hatten zuvor schon eine Bridging-Therapie oder eine lym-