

Oskar-Medizin-Preis 2018 Ausschreibung

Die Stiftung Oskar-Helene-Heim fördert die Wissenschaft und Forschung auf dem Gebiet der Medizin. Als besonderes Förderprojekt verleiht sie jährlich den mit 50.000€ dotierten Oskar-Medizin-Preis. Mit diesem Medizinpreis werden hervorragende Leistungen gewürdigt und die Weiterführung von Forschungen unterstützt. Für 2018 ist der Oskar-Medizin-Preis auf dem Gebiet der Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten mit dem Thema „Adipositas“ ausgeschrieben.

Weltweit ist jeder dritte Mensch übergewichtig oder fettleibig, auch in Deutschland. Mit dem Übergewicht steigen die Risiken für weitere Erkrankungen. Zur Förderung der Forschung soll mit dem Oskar Medizinpreis 2018 ein habilitierter Mediziner oder Wissenschaftler ausgezeichnet werden, der einen relevanten Beitrag zu einem der genannten Teilaspekte des Themas „Adipositas“ in der Grundlagen- und/oder klinischen Forschung leistet. Fachübergreifende Arbeitsgruppen sind ebenfalls zur Bewerbung zugelassen. Der prämierte Erkenntnisgewinn soll für eine breite Öffentlichkeit vermittelbar sein.

- ▶ Dem Antrag sollen der Lebenslauf, die wichtigsten Arbeiten aus den letzten drei Jahren zum Thema „Prävention durch Bewegung“ (Arbeiten, die bereits eine anderweitige Prämierung erhalten haben, sind ausgeschlossen) sowie eine inhaltliche Zusammenfassung der Forschungsergebnisse, ergänzt um die weitere Forschungsplanung beigefügt werden.
- ▶ Das Preisgeld ist für Forschungszwecke nach der freien Entscheidung des Preisträgers zu verwenden. Der Preisträger hat der Stiftung diese Verwendung in geeigneter Weise zu belegen.
- ▶ Der Antrag ist bis zum 31. Mai 2018 bei der Stiftung Oskar-Helene-Heim, Waltherhöferstr. 11, 14165 Berlin einzureichen (info@stiftung-ohh.de).

Weitere Informationen erteilt der Geschäftsführer der Stiftung, Thomas Höhn (E-Mail: thomas.hoehn@heliosgesundheits.de, Telefon 030 8102-1104).

Nach Information der
Stiftung Oskar-Helene-Heim

Mittelschwerer bis schwerer Morbus Crohn

Langfristige Remission unter Anti-IL12/23

Mit Ustekinumab (Stelara®) ist seit 2016 der erste Interleukin (IL)-12/23-Inhibitor bei mittelschwerem bis schwerem Morbus Crohn (MC) zugelassen. In den Phase-III-Studien UNITI-1 und UNITI-2 erzielte der vollständig humanisierte monoklonale Antikörper nach Versagen einer konventionellen als auch nach Versagen einer Anti-TNFα-Therapie hohe Ansprech- und Remissionsraten. Die Erhaltungsstudie IM-UNITI zeigte eine anhaltende Wirkung, so Prof. Axel Dignass, Frankfurt/Main. Etwa die Hälfte der Patienten befand sich nach 44 Wochen Therapie mit Ustekinumab in klinischer Remission.

Mittlerweile dokumentieren Daten bis zu zwei Jahren eine lang anhaltende Wirksamkeit und gute Verträglichkeit von Ustekinumab bei aktivem MC. 298 der 397 Teilnehmer aus IM-UNITI (75%), die bis Woche 44 gut auf Ustekinumab angesprochen hatten, wurden in das Langzeit-Fol-

low-up aufgenommen. Nach Woche 92 waren 79,2% der Patienten, die Ustekinumab alle zwölf Wochen und 87,1% der Patienten, die Ustekinumab alle acht Wochen erhalten hatten, in klinischer Remission (CDAI < 150). Jeweils 90,9% und 94,3% zeigten in Woche 92 ein klinisches Ansprechen (Reduktion des Baseline-CDAI-Scores um ≥ 100 Punkte). Die langfristigen Ansprechraten waren tendenziell besser bei Patienten, die zuvor noch nicht erfolglos mit einem TNFα-Blocker behandelt worden waren. Bei allen Patienten, die bis Woche 96 Ustekinumab erhalten hatten, lagen die Raten für Remission und Ansprechen in Woche 92 bei 70,7% respektive 84,7%.

Dr. Beate Fessler

Satellitensymposium „Biologika bei Morbus Crohn – Welche Erwartungen sind erfüllbar“, Dresden, Viszeralmedizin 2017, 15.9.2017, Dresden
Veranstalter: Janssen

Sequenztherapie

Systemische Therapie des HCC

Wie die Ergebnisse der Phase-III-Studie RESORCE zeigen, kann das Gesamtüberleben (OS) von Patienten mit hepatozellulärem Karzinom, die zuvor mit Sorafenib behandelt wurden, unter der Zweitlinientherapie mit Regorafenib deutlich verbessert werden [Bruix J et al., Lancet 2017;389:56–66].

Patienten mit hepatozellulärem Karzinom (HCC) werden in der First-Line-Therapie mit dem Multikinase-Inhibitor Sorafenib (Nexavar®) behandelt. Werden die Patienten unter Sorafenib progredient, steht mit dem Multikinase-Inhibitor Regorafenib (Stivarga®) eine Second-Line-Therapie zur Verfügung.

Verbesserung des medianen Gesamtüberlebens

In der internationalen, multizentrischen, plazebokontrollierten Phase-III-Studie RESORCE (Regorafenib after Sorafenib in patients with hepatoCellular carcinoma) wurden 573 Patienten mit inoperablem hepatozellulärem Karzinom, die in

der First-Line-Therapie mit Sorafenib behandelt wurden, entweder mit Regorafenib und Best Supportive Care (BSC) (n = 379) oder mit Placebo und BSC (n = 194) therapiert. Unter Regorafenib lag das mediane OS der Patienten bei 10,6 Monaten versus 7,8 Monaten unter Placebo (Hazard Ratio [HR] 0,63, 95%-Konfidenzintervall [KI] 0,50–0,79; p < 0,0001). Das mediane progressionsfreie Überleben betrug in der Verumgruppe 3,1 Monate und in der Placebogruppe 1,5 Monate (HR 0,46; 95%-KI 0,37–0,56; p < 0,001).

Bei den mit Regorafenib behandelten Patienten wurden am häufigsten Grad-3- oder Grad-4-Nebenwirkungen, Hand-Fuß-Hautreaktionen, Diarrhö, Fatigue und Hypertonie beobachtet.

Ulrike Hafner

Satellitensymposium „HCC: Sequenztherapie mit System“, Viszeralmedizin 2017, 16.9.2017, Dresden
Veranstalter: Bayer Vital