ASH 2014 multiples Myelom-Update - Tag zwei: Fortbildungssitzung und Vortragssitzung vom Mittag

Vom Myeloma Beacon Team, übersetzt von Sabine Schock

Veröffentlicht: Am 10. Dez 2014

Der Sonntag war der zweite Tag der Jahresversammlung der amerikanischen Gesellschaft für Hämatologie (ASH), die in San Francisco abgehalten wurde.

Wie auch am ersten Tag der Sitzung gab es mehrere Vorträge während mehrerer Sitzungen, die im Laufe des Tages stattfanden.

Eine Fortbildungssitzung vom ersten Tag der Konferenz wurde am Sonntagmorgen wiederholt.

Während die Fortbildungssitzung abgehalten wurde, fand eine separate "wissenschaftliche Sitzung" mit zwei parallelen Vorträgen statt. Die Sitzung konzentrierte sich auf einen neuen immuntherapeutischen Ansatz der Krebsbehandlung, die CAR-T-Therapie. Einer der Vorträge auf dieser Sitzung stellte eine kurze Aktualisierung einer Vorstudie vor, die die CAR-T-Therapie bei Myelompatienten prüft.

Mittags fand eine Sitzung statt, die sich auf gerade genehmigte und potenzielle neue Myelomtherapien, einschließlich Daratumumab, Ixazomib (MLN9708) und SAR650984 konzentrierte.

Die Fortbildungssitzung, das wissenschaftliche Symposium und die Vortragssitzung am Mittag werden in diesem Artikel zusammengefasst.

Später am Nachmittag gab es noch zwei Vortragssitzungen, die sich nur auf das Myelom konzentrierten und eine zusätzliche Vortragssitzung über die Stammzelltransplantation, die einige Vorträge über das Myelom mit eingeschloss. Eine Postersitzung am Abend zeigte Ergebnisse von mehreren Forschungsstudien über das Myelom.

Über die am Sonntagnachmittag und –abend abgehaltenen Sitzungen wird in einem getrennten Beacon-ASH Update berichtet.

Fortbildungssitzung

Drei Myelomexperten hielten Vorträge während der Fortbildungssitzung am Sonntagmorgen.

Die ersten zwei Vorträge waren eine Erörterung der Rolle der autologen Stammzelltransplantation für neu diagnostizierte Myelompatienten. Der dritte Vortrag besprach Behandlungsoptionen für das rezidierte Myelom.

Frühe Stammzelltransplantation für alle

Im ersten Vortrag nahm Dr. Philippe Moreau vom Universitätskrankenhaus in Nantes, die Position ein, dass alle neu diagnostizierten, transplantationsgeeigneten Myelompatienten, die Transplantation als einen Teil ihrer Erstbehandlung haben sollten; die Transplantation sollte nicht bis zum ersten Rezidiv oder später (Zusammenfassung, in Englisch) hinausgezögert werden.

Dr. Moreau führte aus, dass das Überleben von Myelompatienten deutlich zugenommen hat, seitdem die Stammzelltransplantation ein allgemeiner Teil der Erstbehandlung für neu diagnostizierte Patienten geworden ist. Außerdem zeigen sechs von sieben klinischen Studien in den letzten 20 Jahren, die die frühe gegen die verzögerte Transplantation für das multiple Myelom verglichen haben, dass die frühe Transplantation einen progressionsfreien Überlebensvorteil ergibt und drei Studien zeigen einen Vorteil beim Gesamtüberleben für die frühe Stammzelltransplantation.

Dr. Moreau gab zu, dass diese Studien vor dem regelmäßigen Einsatz von neuen Substanzen in der Behandlung des multiplen Myeloms durchgeführt wurden. So werden zwei neue Studien, die das Problem untersuchen - IFM/DFCI 2009 und HOVON/EMN H095 - wichtige neue Einblicke zu dem Thema gewähren. Er sagte, dass erste Ergebnisse der IFM/DFCI 2009-Studie am wahrscheinlichsten gegen Ende nächsten Jahres da sein werden.

Dr. Moreau bemerkte ebenfalls, dass die autologe Stammzelltransplantation mit einer Patientensterblichkeit von weniger als zwei Prozent eine sichere Therapie ist. Außerdem birgt eine Verzögerung der Stammzelltransplantation das Risiko, dass ein Patient ungeeignet für die Transplantation werden kann, wenn die Krankheit rezidiert und wenn sich therapie- oder krankheitsbedingte Gesundheitsprobleme entwickeln.

Frühe Stammzelltransplantation für einige

Den zweiten Vortrag während der Fortbildungssitzung hielt Dr. Paul Richardson vom Dana-Farber Cancer Institute in Boston. Er widersprach der Perspektive von Dr. Moreau zur Stammzelltransplantation und erklärte stattdessen, dass die Transplantation als ein Teil der Erstbehandlung eines Myelompatienten auf eine selektive Art und Weise (Zusammenfassung, auf Englisch) durchgeführt werden sollte.

Dr. Richardson argumentierte, dass der Ansatz, alle neu diagnostizierten Myelompatienten als Erstbehandlung einer Transplantation zuzuführen, keinen Sinn macht, weil die Krankheit selber unter den Patienten große Variationen aufweist.

Außerdem leben Myelompatienten jetzt viel länger, als sie es vor fünf, zehn und vor fünfzehn Jahren getan haben. Wenn die Patienten heute in einem frühen Stadium eine Stammzelltransplantation haben, werden viele von ihnen lange mit den Nebenwirkungen leben müssen, die häufig infolge der Transplantation vorkommen können, sagte Dr. Richardson.

Er erklärte, dass es noch wichtiger sei, dass es jetzt mehrere rückblickende Studien mit Daten vom Zeitalter der neuen Therapien für Myelom gibt, die zeigen, dass eine frühe Stammzelltransplantation keinen klaren Vorteil gegenüber einer verzögerten Transplantation ergibt. Er führte an, dass diese Ergebnisse dadurch erklärt werden können, dass die neuen Substanzen heute regelmäßig die Art von tiefen Remissionen erreichen, die

in der Vergangenheit nur durch den Einsatz der Stammzelltransplantation erreicht werden konnten.

Das Auftreten solch tiefer Remissionen ohne den Einsatz der Transplantation wird in der Zukunft wahrscheinlich noch üblicher werden, erklärte Dr. Richardson, weil weitere neue Myelomtherapien verfügbar werden. Unter den neuen Myelomtherapien, die zurzeit in Entwicklung sind, führt er die monoklonalen Antikörper, wie Elotuzumab, Daratumumab, und SAR650984 als bedeutende "Impulsgeber" an.

Diese neuen Therapien werden wahrscheinlich die starke Steigerung des Überlebens für die Myelompatienten weiter verbessern, mehr als die bereits existierenden Medikamente und mehr als die Transplantation die Behandlung der Krankheit verbessert hat, schloss Dr. Richardson.

Wie man das rezidierte Myelom behandelt

Den letzte Vortrag während der Fortbildungssitzung am Sonntag hielt Dr. Joseph Mikhael von der Mayo Klinik, der einen "praktischen Ansatz zur Behandlung des rezidierten Myeloms" formulierte ([Zusammenfassung](#), [Präsentation](#) [PDF] mit freundlicher Genehmigung von Dr. Mikhael; beide auf Englisch).

Dr. Mikhael begann seinen Vortrag mit der Zusammenfassung neuer Ergebnisse, die mit der intraklonalen Heterogenität beim multiplen Myelom verbunden sind (siehe die damit zusammenhängende Kolumne bei Myeloma Beacon von Dr. Gareth Morgan von der University of Arkansas for Medical Sciences).

Es gibt mehrere wichtige Erkenntnisse dieser Forschung, erklärte Dr. Mikhael. Einer ist, dass selbst zum Zeitpunkt der Diagnose, die Erkrankung eines einzelnen Patienten aus mehreren genetisch unterschiedlichen Myelomsubtypen besteht, von denen jeder wahrscheinlich unterschiedlich auf verschiedene Myelomtherapien antworten wird. Infolgedessen verlangt eine effektive Therapie des multiplen Myeloms häufig eine Kombinationstherapie mit verschiedenen Substanzklassen.

Ebenso wichtig ist, dass das multiple Myelom sich mit der Zeit in jedem Patienten entwickelt und dass dieser Prozess kompliziert ist. Während der Krankheitsprogress normalerweise bedeutet, dass es resistent wird auf Therapien, mit denen bereits behandelt worden ist, ist das nicht immer der Fall. Subtypen der Krankheit, die am Anfang nicht so wichtig sind, können wieder erscheinen und eine bedeutende Rolle einnehmen, so dass eine Wiederbehandlung mit Vortherapien eine Option darstellt.

Dr. Mikhael sagte, dass sich die Ärzte fünf Schlüsselfragen stellen sollten, wenn sie entscheiden, wie man einen rezidierten Patienten behandelt:

1. Muss ich den Patienten wirklich jetzt behandeln - d. h. bin ich sicher, dass der Patient wirklich rezidiert ist?
2. Sollte ich mit einer Vortherapie wiederbehandeln?

3. Habe ich die "Großen Fünf" Myelomtherapien - Thalidomid, Velcade (Bortezomib), Revlimid (Lenalidomid), Kyprolis (Carfilzomib) und Pomalyst (Pomalidomid, Imnovid) verwendet?

4. Habe ich die wichtigen Erweiterungstherapien - Kortikosteroide, einschließlich Dexamethason und Prednison verwendet; alkylierende Substanzen, einschließlich Melphalan (Alkeran), Cyclophosphamid (Cytoxan) und Doxil (liposomales Doxorubicin)?

5. Habe ich einen individualisierten Therapieansatz in Betracht gezogen, die Eigenschaften des Patienten, die Eigenschaften der Krankheit des Patienten und verfügbaren Behandlungen und ihre Eigenschaften berücksichtigt?

CAR-T Therapie für das multiple Myelom

Auf der ASH-Tagesordnung am Sonntagmorgen war ebenfalls ein wissenschaftliches Symposium, das aus zwei verlängerten Vorträgen bestand. Beide Vorträge konzentrierten sich auf einen neuen immuntherapeutischen Ansatz, die sogenannte Antigen Rezeptor T-Zell (CAR-T) Therapie.

Der erste Schritt in der CAR-T Therapie umfasst die Gewinnung von Immunsystemzellen, die sogenannten T-Zellen des Patienten. Die T-Zellen werden dann genetisch so verändert, dass sie, wenn sie in den Patienten re-infundiert werden, die Krebszellen des Patienten angreifen und töten.

Erste Ergebnisse der CAR-T Therapie bei der Krebsbehandlung haben sehr viel Aufregung in der onkologischen Gemeinschaft verursacht, als sie vor drei Jahren bekannt gegeben wurden (siehe verwandte Nachrichten von Myeloma Beacon, einen Anschlussartikel ein Jahr später, und eine Rezension der neuen immuntherapeutischen Therapien für das Myelom, der durch Myeloma Beacon vor der ASH-Sitzung des letzten Jahres veröffentlicht wurde).

Auf der ASH-Sitzung am Sonntag stellte Dr. Carl June von der Universität of Pennsylvania die Arbeit vor, die er und seine Kollegen als CAR-T Therapie, die sogenannte CTL019 (Zusammenfassung) durchführen. Die Behandlung wurde in erster Linie verwendet, um sowohl die chronischen als auch akuten Formen der lymphozytischen Leukämie zu behandeln. Jedoch hat Dr. June während seines Vortrags kurz die ersten Ergebnisse einer Versuchsstudie besprochen, die diese Therapie beim multiplen Myelom prüft.

Insgesamt sind bisher vier Patienten in einem späten Stadium mit CTL019 behandelt worden. Der erste Patient erhielt seine Behandlung vor dem Beginn der aktuellen Studie. Alle Patienten erreichten mindestens eine sehr gute teilweise Remission auf CTL019 und mindestens zwei Patienten eine stringente komplette Remission (Präsentationsdias [PDF] vom Vortrag von Dr. June mit Ergebnissen der CTL019 Behandlung des Myeloms; zusätzliche Einblicke in die Studienergebnisse wurden Myeloma Beacon von einem Patienten gewährt, der an der Studie teilnimmt und berichtete, dass, seiner Kenntnis nach, alle drei Patienten in der Studie eine komplette Remission erreicht haben.)

Vorträge über neue Myelomtherapien

Am Sonntagmittag konzentrierte sich die Vortragssitzung auf Ergebnisse von klinischen Studien, die sich mit kürzlich genehmigten und potenziellen neuen Myelomtherapien beschäftigen.

Kyprolis-Revlimid-Dexamethason

Den ersten Vortrag hielt Dr. Keith Stewart von der Mayo Klinik. Dr. Stewart präsentierte Ergebnisse der "ASPIRE" Studie, die die Wirkung von Kyprolis, Revlimid und Dexamethason im Vergleich zu Revlimid und Dexamethason bei rezidivierten Myelompatienten ([Zusammenfassung](#), [Präsentation](#) [PDF] mit freundlicher Genehmigung von Dr. Stewart; beide auf Englisch) untersucht.

Erste Ergebnisse der Studie, die in diesem Sommer veröffentlicht wurden, zeigten, dass Patienten in der Studie, die die Kyprolis-Revlimid-Dexamethason Kombination (KRd) erhielten, ein bedeutend längeres progressionsfreies Überleben hatten als Patienten, die nur Revlimid und Dexamethason (Rd) bekamen (siehe verwandte Nachrichten von Myeloma Beacon).

Die ASPIRE Studie schloss 792 Patienten ein, die eine mittlere Anzahl von zwei Vortherapien erhalten hatten.

Dr. Stewart berichtete, dass 87 Prozent der Patienten, die KRd erhielten, auf die Behandlung ansprachen im Vergleich zu 67 Prozent, die Rd erhielten. Die Remissionen waren in der KRd Behandlungsgruppe tiefer. 32 Prozent der Patienten erreichten eine stringente komplette Remission oder komplette Remission im Vergleich zu 9 Prozent in der Rd-Behandlungsgruppe.

Das progressionsfreie Überleben betrug 26,3 Monate für Patienten in der KRd Behandlungsgruppe im Vergleich zu 17,6 Monaten in der Rd-Behandlungsgruppe. Das mittlere Gesamtüberleben ist in beiden Behandlungsgruppen noch nicht erreicht worden. Jedoch gibt es eine Tendenz im Gesamtüberleben, das die KRd Behandlungsgruppe bevorzugt.

Die Rate von schweren, behandlungsbedürftigen Nebenwirkungen war zwischen den zwei Behandlungsgruppen ähnlich (84 Prozent für Patienten, die KRd erhielten, gegen 80 Prozent für Patienten mit Rd).

Dr. Stewart bemerkte auch, dass KRd die gesundheitszusammenhängende Lebensqualität im Vergleich zum Rd allein verbesserte.

Es gab eine positive Reaktion der Experten auf den Vortrag von Dr. Stewart, die sich über die bedeutende Wirkung der KRd Therapie äußerten und das Fehlen von irgendwelchen unerwarteten, mit der Behandlung verbundenen Nebenwirkungen.

Langfristige Ixazomib Erhaltungstherapie

Dr. Shaji Kumar präsentierte Ergebnisse einer Phase 2- Studie von Ixazomib (MLN9708) in der Kombination mit Revlimid und Dexamethason, die von einer Ixazomib Erhaltungstherapie bei neu diagnostizierten Myelompatienten ([Zusammenfassung](#),

[Präsentation](#) [PDF] mit freundlicher Genehmigung von Dr. Kumar; beide auf Englisch) gefolgt ist.

Ixazomib gehört derselben Substanzklasse wie Velcade und Kyprolis an, sogenannte Proteasomenhemmstoffe. Es wird durch Millennium-Pharmaceuticals entwickelt, dieselbe Gesellschaft, die Velcade entwickelt hat. Ixazomib unterscheidet sich von Velcade und Kyprolis, die durch Infusion oder Spritze gegeben werden, durch eine orale Einnahme.

Die auf der ASH-Jahresversammlung des letzten Jahres vorgestellten Ergebnisse zeigten, dass die Ixazomib-Revlimid-Dexamethason Induktionstherapie eine hohe Ansprechrate bei neu diagnostizierten Myelompatienten erzeugt hat (siehe verwandte Nachrichten von Myeloma Beacon).

Der Vortrag von Dr. Kumar konzentrierte sich auf den Erhaltungsteil der Studie.

Von 49 auswertbaren Patienten, die eine Induktionstherapie mit Ixazomib plus Revlimid und Dexamethason erhalten haben, sprachen 90 Prozent an; 43 Prozent der Patienten setzten die Ixazomib Erhaltungstherapie fort.

Dr. Kumar berichtete, dass 48 Prozent der Patienten ihr Ansprechen während der Ixazomib Erhaltungstherapie verbesserten. Die Rate von kompletten und nahezu kompletten Remissionen hat sich von 24 Prozent nach der Induktionstherapie auf 62 Prozent nach der Erhaltungstherapie verbessert.

Dr. Kumar zufolge wurde die Ixazomib Erhaltungstherapie gut vertragen. Die Entstehung neuer Nebenwirkungen war beschränkt und nur 10 Prozent der Patienten verlangten eine Dosisverminderung während der Erhaltungstherapie.

Die Ergebnisse von Dr. Kumar auf der Sonntagsitzung wurden positiv vom Publikum aufgenommen. Die Möglichkeit einer hoch aktiven, komplett oralen Dreierkombination zur Myelomtherapie wurde als sehr wünschenswert angesehen.

SAR650984 plus Revlimid und Dexamethason

Dr. Thomas Martin von der University of California San Francisco präsentierte aktualisierte Ergebnisse einer Phase 1b-Studie mit SAR650984 in der Kombination mit Revlimid und Dexamethason beim rezidierten und refraktären multiplen Myelom ([Zusammenfassung](#), [Präsentation](#) [PDF] mit freundlicher Genehmigung von Dr. Martin; beide auf Englisch). Erste Ergebnisse der Studie waren bereits auf der Jahresversammlung der amerikanischen Gesellschaft für klinische Onkologie (ASCO) in diesem Sommer vorgestellt worden (siehe verwandte Nachrichten von Myeloma Beacon).

SAR650984 wird von der pharmazeutischen Firma Sanofi (NYSE:SNY) entwickelt. Es gehört zu einer Klasse von sogenannten monoklonalen Antikörpern. Es nimmt Krebszellen ins Visier, die ein Protein namens CD38 auf ihrer Oberfläche haben.

Die Studie schließt bis jetzt 31 Myelompatienten ein, die eine mittlere Anzahl von sieben Vortherapien erhalten haben. Die Mehrheit der Patienten (84 Prozent) hatte ein Rezidiv und war auf immunmodulatorische Substanzen, wie Revlimid und Pomalyst refraktär.

Die Studie untersuchte drei verschiedene Dosisniveaus (3 mg/kg, 5 mg/mg und 10 g/kg) SAR650984.

Insgesamt sprachen 58 Prozent der Patienten an. 6 Prozent erreichten eine komplette Remission, 29 Prozent eine sehr gute teilweise Remission und 23 Prozent eine teilweise Remission. Patienten, die die höchste geprüfte Dosis von SAR650984 erhielten haben, hatten eine Gesamtansprechrates von 63 Prozent, Patienten, die ein Rezidiv hatten oder zur vorherigen Therapie von Revlimid refraktär wurden, hatten eine Gesamtansprechrates von 50 Prozent.

Das mittlere progressionsfreie Überleben betrug 6,2 Monate für alle Patienten.

Dr. Martin zufolge hat die Kombination ein lenkbares Nebenwirkungsprofil. Als Antwort auf eine Frage bezüglich der Dosierung von SAR650984, kommentierte Dr. Martin, dass die Substanz mit den während der Studie geprüften Dosen sicher genug sei und dass er persönlich dazu neigen würde, es mit beträchtlich höheren Dosen zu geben.

Das Ergebnis, das Dr. Martin präsentierte, verstärkte die Meinung unter vielen Myelomexperten, dass SAR650984 weiterhin eine der viel versprechendsten potenziellen neuen Myelomtherapien in den mittleren Stufen der Entwicklung zu sein scheint.

Daratumumab in der Kombination mit Revlimid und Dexamethason

Der letzte Vortrag der Sonntagsmittags-Sitzung wurde von Dr. Torben Plesner vom Vejle Krankenhaus in Dänemark gehalten. Dr. Plesner präsentierte Ergebnisse einer Phase 1/2-Studie mit Daratumumab mit Revlimid und Dexamethason bei rezidivierten Myelompatienten ([Zusammenfassung](#), [Präsentation](#) [PDF] mit freundlicher Genehmigung von Dr Plesner; beide auf Englisch). Erste Ergebnisse der Studie wurden bereits früher in diesem Jahr auf der ASCO Jahresversammlung (siehe verwandte Nachrichten von Myeloma Beacon)vorgelegt.

Daratumumab ist ein anderer monoklonalen Antikörper, der das CD38, in Myelomzellen gefundene, Protein ins Visier nimmt. Es wird von der dänischen Biotechnologiefirma Genmab zusammen mit Janssen Biotech, einer Tochtergesellschaft von Johnson & Johnson (NYSE:JNJ) entwickelt.

Die Studie schließt bisher 45 Patienten mit einem mittleren Alter von 61 Jahren und einer mittleren Anzahl von zwei Vortherapien ein.

Die Patienten erhielten Daratumumab mit Dosen im Intervall von 2 mg/kg bis 16 mg/kg im Phase 1-Teil der Studie. Nachdem die maximale tolerierte Dosis nicht erreicht wurde, wird im Phase 2 Teil der Studie 16 mg/kg untersucht.

Alle 13 Patienten im Phase 1-Teil der Studie sprachen auf die Dreierkombination an. Von 30 Patienten, die auf ihr Ansprechen im Phase 2-Teil der Studie auswertbar sind, sprachen bisher 87 Prozent auf die Dreiertherapie an. 7 Prozent erreichten eine komplette Remission, 43 Prozent eine sehr gute Remission und 37 Prozent eine teilweise Remission.

Die Tiefe des Ansprechens während des Phase 2-Teils der Studie wird wahrscheinlich weiter zunehmen, bemerkte Dr. Plesner, weil viele der Patienten in diesem Teil der Studie gerade erst die Behandlung mit der Dreierkombination begonnen haben.

Außerdem erklärte Dr. Plesner, dass es wahrscheinlich ist, dass die Zahl von tiefen Remissionen in der Studie unterschätzt wird. Neuere Forschung zeigt, dass monoklonale Antikörper wie Daratumumab häufig die Serum Immundefixation (IFE) stören, die gemacht wird, um das Ansprechen eines Myelompatienten auf die Behandlung zu bestimmen. Patienten, die sehr gut auf die Behandlung mit einem monoklonalen Antikörper angesprochen haben, können IFE-Testergebnisse haben, die die Anwesenheit eines monoklonalen Proteins anzeigen, obwohl kein solches Protein da ist.

Ein modifizierter IFE-Test ist in Entwicklung, der dieses Phänomen mit berücksichtigt.

Die häufigsten Nebenwirkungen der Daratumumab-Revlimid-Dexamethason Kombination waren niedrige Leukozytenzahlen (64 Prozent), Muskelkrämpfe (44 Prozent) und Diarrhöe (31 Prozent).

Dr. Plesner sagte, dass eine Phase 3-Studie mit der Drei-Substanz-Kombination bei rezidivierten und refraktären Patienten begonnen worden ist, und dass, eine Phase 3-Studie mit derselben Kombination bei neu diagnostizierten Patienten 2015 anfangen wird.

Das Publikum auf der Sitzung reagierte positiv auf den Vortrag von Dr. Plesner. Die gezeigten Ergebnisse scheinen weitere Beweise zu sein, dass Daratumumab hoch aktiv und als eine Myelomtherapie in Frage kommt.

Pomalyst Plus Low-Dose Dexamethasone

Es gab zwei Vorträge während der Sonntagssitzung die sich auf Therapien mit Immunmodulatoren konzentrierten.

Dr. Meletios Dimopoulos von der Athener Universität stellte Ergebnisse einer europäischen Singlearm, Phase 3-Studie - der "STRATUS"- Studie - von Pomalyst in der Kombination mit niedrig dosiertem Dexamethason (Zusammenfassung, auf Englisch) vor.

Die Studie schloss 604 Patienten ein, die eine mittlere Anzahl von fünf Vortherapien erhalten hatten. Alle Patienten hatten vorher Revlimid und Velcade bekommen und 78 Prozent waren sowohl auf Revlimid als auch auf Velcade refraktär.

Insgesamt sprachen 35 Prozent der Patienten an. 1 Prozent erreichten eine komplette Remission, 5 Prozent eine sehr gute teilweise Remission und 29 Prozent eine teilweise Remission.

Das mittlere progressionsfreie Überleben betrug 4,2 Monate und das mittlere Gesamtüberleben 11,9 Monate.

Dr. Dimopoulos wies darauf hin, dass Patienten, die auf Revlimid und Velcade refraktär waren, ein ähnliches Gesamtansprechen, progressionsfreies und Gesamtüberleben als die gesamte Studienbevölkerung erreicht haben.

Dr. Dimopoulos zufolge wurde die Kombination gut vertragen. Die häufigsten schweren waren niedrige Leukozytenzahlen (42 Prozent), Infektionen (30 Prozent) und Anämie (29 Prozent).

Revlimid-Dauertherapie plus niedrig dosiertes Dexamethason bei älteren Patienten

Der zweite Vortrag, der sich mit immunmodulatorischen Therapien beschäftigte, war von Dr. Cyrille Hulin vom Universitätskrankenhaus in Nantes. Er präsentierte Ergebnisse einer Subanalyse, die die Auswirkung des Patientenalters auf die Ergebnisse in der "FIRST" Studie (Zusammenfassung, auf Englisch) untersucht hat.

Die Patienten in der FIRST-Studie hatten ein neu diagnostiziertes multiples Myelom und waren entweder mindestens 65 Jahre alt oder nicht geeignet für eine Stammzelltransplantation. Die Studienteilnehmer wurden zufällig eingeteilt, eine von drei verschiedenen Myelom Behandlungen zu erhalten: Revlimid plus Dexamethason (Rd) bis zum Krankheitsprogress ("kontinuierliches Rd"), Rd für eine feste Dauer von 72 Wochen oder Melphalan plus Prednison und Thalidomid (MPT) für eine feste Dauer von 72 Wochen.

Die ersten Ergebnisse der FIRST-Studie wurden auf der ASH-Jahresversammlung des letzten Jahres präsentiert. Sie zeigten, dass Patienten, die mit kontinuierlichem Revlimid behandelt wurden, die höchste Gesamtansprechrates und das längste progressionsfreie Überleben hatten (siehe verwandte Nachrichten von Myeloma Beacon).

In seinem Vortrag am Sonntag zeigte Dr. Hulin, dass diese wichtigen Ergebnisse der FIRST Studie auch gefunden wurden, wenn er und seine Kollegen die Studienteilnehmer in zwei Altersgruppen einteilten: Patienten 75 Jahre alt oder jünger, und Patienten, die älter sind als 75. In beiden Gruppen zeigte kontinuierliches Revlimid und Dexamethason die höchste Gesamtansprechrates und das längste progressionsfreie Überleben.

Bei den Patienten über 75 Jahre sprachen mehr Patienten auf die kontinuierliche Rd-Therapie (71 Prozent) an als auf die Therapie mit fester Dauer Rd (66 Prozent) oder MPT (55 Prozent). Das mittlere progressionsfreie Überleben war auch für diejenigen länger, die kontinuierliches Rd (21 Monate) erhielten als für diejenigen, die eine feste Dauer Rd (19 Monate) oder MPT (19 Monate) erhielten.

Dr. Hulin merkte an, dass das Muster und die Frequenz von Nebenwirkungen, die die Patienten mit kontinuierlichem Rd hatten, in den zwei Altersgruppen ähnlich waren. Er hat dieses Ergebnis den Dosisanpassungen zugeschrieben, die während der Studie gemacht wurden, die sich nach dem Patientenalter, der Nierenfunktion und der Knochenmarkfunktion richteten.

Dr. Hulin zufolge unterstützen diese neuen Ergebnisse der FIRST-Studie den Einsatz von kontinuierlichem Revlimid und Dexamethason als einen neuen Therapiestandard bei neu diagnostizierten, transplantationsungeeigneten Myelompatienten unabhängig vom Alter.

Englisches Original: ASH 2014 Multiple Myeloma Update – Day Two: Education Session And
Midday Oral Session

© 2014 Light Knowledge Resources