

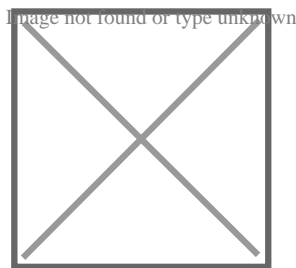
Interview mit Prof. Dr. Jens Huober, Universitätsfrauenklinik Ulm.

18. Oktober 2013

Eribulin ist nach Taxan-Vortherapie gleichwertige Option zu Capecitabin

Metastasiertes Mammakarzinom

Die weltweite Phase-III-Studie 301 liefert erstmals einen direkten Vergleich zwischen Eribulin (Halaven®) und Capecitabin (Xeloda®). An der Studie nahmen über 1.100 Frauen mit lokal fortgeschrittenem (LABC) oder metastasiertem Mammakarzinom (MBC) in frühen Behandlungslinien und unabhängig vom Rezeptorstatus teil. Die co-primären Studienendpunkte waren die Gesamtüberlebenszeit und das progressionsfreie Überleben. Für die Vergleichstherapien Eribulin und Capecitabin hat sich kein signifikanter Unterschied in den Studienendpunkten ergeben. In einem Interview mit JOURNAL ONKOLOGIE erläuterte Prof. Jens Huober von der Universitätsfrauenklinik Ulm die Konsequenzen für den Therapiealltag aus diesem Ergebnis.



Prof. Dr. Jens Huober, Ulm

JOURNAL ONKOLOGIE: Herr Prof. Huober, in der 301-Studie haben sich Eribulin und Capecitabin als gleichwertig erwiesen bei Patientinnen mit metastasiertem Mammakarzinom, die maximal 2 Vortherapien hatten (mit einem Anthrazyklin und einem Taxan). Welche Konsequenzen wird dieses Ergebnis für den Therapiealltag haben?

Huober: Mit Eribulin steht nun nach einer Taxanvortherapie noch einmal eine zusätzliche gleichwertige Alternative zu Capecitabin zur Verfügung. Die Therapie wird flexibler. Bei zwei Medikamenten, die ähnlich in ihrer Wirksamkeit sind, kann man nach anderen Kriterien auswählen.

JOURNAL ONKOLOGIE: An welchen Kriterien orientiert sich jetzt die Therapieentscheidung?

Huober: Mit Capecitabin steht eine orale und mit Eribulin eine i.v.-Therapie zur Verfügung. Manche Patienten eignen sich besser für eine i.v.-Therapie bzw. haben diesbezüglich Präferenzen, andere wiederum ziehen eine

orale Therapie vor oder sind für diese besser geeignet. Natürlich spielt auch das Nebenwirkungsspektrum eine Rolle, außerdem welche Vortherapien schon zusätzlich zu den Anthrazyklinen und Taxanen durchgeführt wurden und welche Nebenwirkungen unter diesen Vortherapien aufgetreten sind. Bei einer Patientin, die durch die Vortherapie z.B. eine ausgesprochene Neuropathie entwickelt hat, würde man eher Capecitabin den Vorzug geben, einer Patientin, die z.B. Probleme mit Hauttoxizität oder Diarrhoe durch die Vortherapie hatte, würde ich eher Eribulin verordnen.

JOURNAL ONKOLOGIE: Gibt es auch Patientinnensubgruppen, die mehr von Eribulin profitieren könnten?

Huober: Nach einer Subgruppenanalyse aus der 301-Studie, haben insbesondere Patientinnen mit triple-negativem Brustkrebs mehr von Eribulin als von Capecitabin profitiert. Dabei handelt es sich aber um eine retrospektive Subgruppenanalyse. Diese Hypothese sollte in prospektiven Studien untersucht werden.

JOURNAL ONKOLOGIE: Warum wurde in dieser Studie ein co-primärer Endpunkt gewählt?

Huober: Das hängt sicher mit der Diskussion über den optimalen Endpunkt in der metastasierten Situation zusammen - ist ein Unterschied im progressionsfreien Überleben valide genug, um sagen zu können, ob ein Medikament überlegen ist, oder spielt der Unterschied im Gesamtüberleben die größere Rolle. Das Gesamtüberleben wiederum wird von vielen Faktoren beeinflusst, nicht nur von den Vortherapien, sondern auch von den nachfolgenden Therapien. Viele Patientinnen erhalten noch eine 4. oder 5. Therapielinie.

Die entscheidende Aussage der 301-Studie für mich ist, dass wir mit beiden Medikamenten wirksame Therapieoptionen zur Verfügung haben und für unsere Patientinnen das Therapiespektrum um ein zusätzliches Medikament erweitern konnten.

JOURNAL ONKOLOGIE: Welche Praxiserfahrungen konnten Sie inzwischen mit Eribulin sammeln? Wann setzen Sie die Substanz bevorzugt ein?

Huober: Eribulin ist ein Medikament, das gut zu handhaben ist. Die Verträglichkeit ist insgesamt gut, wenn man auf die Neuropathie achtet und die Patienten dementsprechend auswählt.

Vielen Dank für das Gespräch!