

31. Mai 2016

HER2-positives metastasiertes Mammakarzinom

Pertuzumab/Trastuzumab unangefochtener First-Line-Standard

Die doppelte Antikörper-Blockade mit Pertuzumab (Perjeta®) und Trastuzumab (Herceptin®) in Kombination mit Docetaxel ist Standard für die First-Line-Behandlung von Patientinnen mit HER2-positivem metastasiertem Mammakarzinom (1). Die Hinzunahme von Pertuzumab bietet den Patientinnen die Chance auf eine mediane Gesamtüberlebenszeit von fast 5 Jahren (2, 3). „Die Akzeptanz der doppelten Antikörper-Blockade ist bei den Patientinnen hoch“, erläuterte Prof. Dr. Wolfgang Janni, Ulm, im Rahmen des Deutschen Krebskongresses in Berlin.

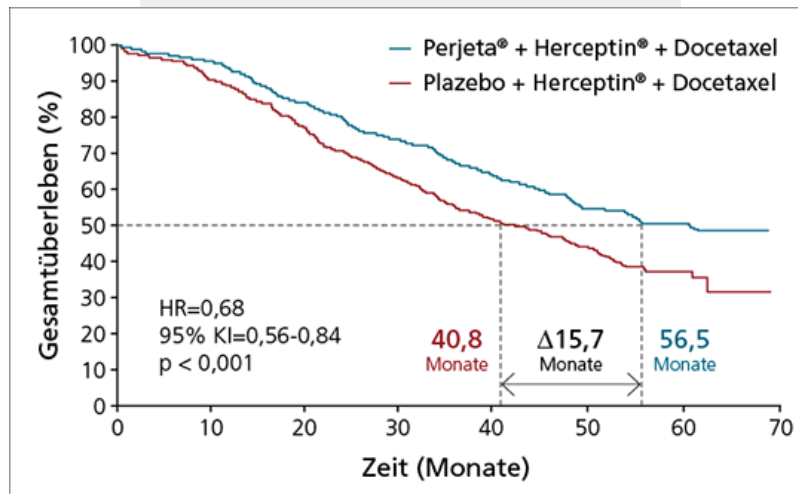
Der signifikante Überlebensvorteil von 15,7 Monaten sowie die mediane Gesamtüberlebenszeit von fast 5 Jahren, die durch Pertuzumab/Trastuzumab plus Docetaxel in der Zulassungsstudie CLEOPATRA (2, 3) erreicht wurden (Abb. 1), sind bislang einzigartig in der First-Line-Situation des HER2-positiven metastasierten Mammakarzinoms, betonte Janni. „Das sind mehr als überzeugende Daten“, so der Experte.

Beeindruckender Überlebensvorteil

In der CLEOPATRA-Studie war die First-Line-Behandlung mit Pertuzumab/Trastuzumab plus Docetaxel mit Trastuzumab alleine plus Docetaxel verglichen worden. Seit Jahren war der Einsatz von Trastuzumab zusätzlich zur Chemotherapie Standard für die First-Line-Behandlung des HER2-positiven Mammakarzinoms, betonte Janni. Der durch Trastuzumab generierte Überlebensvorteil wurde durch die Hinzunahme von Pertuzumab noch einmal getoppt. Das relative Sterberisiko konnte gegenüber Trastuzumab/Docetaxel um 32% reduziert werden (HR=0,68). Janni wies darauf hin, dass sich der Überlebensvorteil in der CLEOPATRA-Studie bei allen klinisch relevanten Subgruppen in einem vergleichbaren Ausmaß zeigte, unter anderem unabhängig von der (neo)adjuvanten Vorbehandlung und dem Hormonrezeptor-Status der Patientinnen (3). Seine eigene klinische Erfahrung bestätigt die hohe Wirksamkeit der doppelten Antikörper-Blockade. „Wir haben mit Pertuzumab median 15,7 Monate zusätzliche Überlebenszeit generieren können. Einzelne Patientinnen profitieren noch deutlich länger von der Therapie“, so Janni mit Verweis auf eine Patientin aus seiner Praxis, die unter der doppelten Antikörper-Blockade bereits seit 18 Monaten einen stabilen Krankheitsverlauf aufweist. Beachtenswert ist laut Janni auch, dass die Hinzunahme von Pertuzumab das Nebenwirkungsspektrum klinisch nicht relevant erhöht. Unerwünschte Ereignisse werden primär durch die Chemotherapie induziert (4, 5). „Wir sehen unter der alleinigen doppelten Antikörper-Blockade fast keine schwereren Nebenwirkungen von Grad 3 bis 4“, so Janni. Das gelte auch für die kardiale Verträglichkeit. Die doppelte Antikörper-Blockade ist laut Janni kardial genauso sicher wie Trastuzumab alleine. Es sei daher auch unproblematisch, die doppelte Antikörper-Blockade bis zum Progress einzusetzen, um einen maximalen Überlebensvorteil für die Patientinnen zu erreichen. Ausdruck der guten Verträglichkeit sei auch

die hohe Akzeptanz bei den Patientinnen.

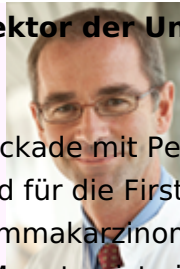
Abb. 1: Die doppelte Antikörper-Blockade mit Pertuzumab/Trastuzumab verlängert das Gesamtüberleben auf fast 5 Jahre (mod. nach (3)).



Doppelplus der AGO

Den hohen Stellenwert der First-Line-Therapie mit Pertuzumab/Trastuzumab und Docetaxel verdeutlichen auch die Leitlinien-Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO): Das Regime wird in der jüngst aktualisierten Leitlinie weiterhin als einzige First-Line-Therapie des HER2-positiven Mammakarzinoms mit einem Doppelplus bewertet.

Prof. Wolfgang Janni, Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm:



„Die doppelte Antikörper-Blockade mit Pertuzumab/Trastuzumab ist unangefochtener Standard für die First-Line-Therapie des HER2-positiven metastasierten Mammakarzinoms. Der mediane Überlebensvorteil von 15,7 Monaten ist einzigartig und klinisch höchst relevant.“

Mit freundlicher Unterstützung der Roche Pharma AG

Birgit-Kristin Pohlmann

Literatur:

(1) www.ago-online.de

(2) Baselga J et al. *NEJM* 2012, 366: 109-19.

(3) Swain S et al. *NEJM* 2015, 372: 724-34.

(4) Baselga J et al. *JCO ASCO* 2012, 30(15s): 597a.

(5) Ewer MS et al. *JCO ASCO* 2012, 30(15s): 533a.