

24. Februar 2015

---

## Zusammenfassung der Kasuistik-Workshops

Diskussionspunkte, die in den Workshops den größten Raum einnahmen, waren a) klinische Parameter, die ausschlaggebend für die Auswahl der Erstlinientherapie sind, b) Behandlungsdauer bzw., wann ein Strategiewechsel erforderlich ist und c) die Wahl der Zweitlinientherapie.

In einer von Prof. M. Bitzer, Tübingen, vorgestellten Kasuistik zeigte eine ältere Patientin, die nach adjuvanter Chemotherapie mit Gemcitabin progredient war, ein gutes Ansprechen auf eine Erstlinientherapie mit nab-P + GEM. Entscheidungskriterien für nab-P + GEM waren ein biliärer Stent und das damit erhöhte Neutropenierisiko. Prof. S. Al-Batran, Frankfurt, betonte, dass bei der Auswahl der Erstlinienchemotherapie nicht der "Automatismus" herrschen sollte, FOLFIRINOX bei jüngeren Patienten einzusetzen: "Auch wenn Lebensqualitätsdaten vorhanden sind, so ist die Toxizität doch hoch." Stattdessen soll die Entscheidung immer individuell getroffen werden unter Einbeziehung des Patienten, der sich eben meist bereits in einem reduzierten Allgemeinzustand befindet. In der MPACT-Studie waren auch Patienten mit leicht eingeschränktem Allgemeinzustand eingeschlossen (KPS 70%-100%). Prof. V. Kunzmann, Würzburg, merkte an, dass Patienten mit leicht eingeschränktem AZ im klinischen Alltag jedoch nicht einfach zu definieren sind."

In einer von Dr. U. Pelzer, Berlin, vorgestellten Kasuistik erhielt eine Patientin eine Erstlinientherapie mit nab-P + GEM über einen Zeitraum von ca. 9 Monaten, bevor eine Zweitlinientherapie mit einem anderen Regime begonnen wurde. Die Patientin profitierte von dieser langen Therapie-dauer mit nab-P + GEM. Dies unterstreicht, dass erst bei eindeutigem Progress ein Strategiewechsel eingeleitet werden sollte. Entscheidend für die Bestimmung des Progressionszeitpunkts sind 3 Parameter: CT, Labor und klinische Symptomatik. Erst wenn eine Verschlechterung aller 3 Parameter vorliegt, besteht ein eindeutiger Progress und der Zeitpunkt für einen Strategiewechsel ist erreicht.

"Da es keine zugelassene Secondline-Therapie gibt, muss man sich nach den Studienergebnissen richten." Nach Ansicht von Prof. A. Vogel, Hannover, komme mit Blick auf die inzwischen voll publizierte CONKO 003-Studie (1) als Zweitlinie nach nab-P + GEM nur OFF (Oxaliplatin, 5-FU/FS) in Frage, das in Secondline zu einer Verlängerung des Gesamtüberlebens vs. Best Supportive Care und 5-FU/FS geführt hat (1, 2).

Die meisten Pankreaskarzinome werden erst in höherem Lebensalter diagnostiziert. Das Alter allein sei kein Entscheidungskriterium, betonte Prof. W. Köster, Herdecke. Ausschlaggebend seien das biologische Alter und die Komorbiditäten. Patienten in schlechtem Allgemeinzustand (KPS <60%) mit ausgeprägtem Therapiewunsch seien in der Regel Patienten für eine GEM-Monotherapie.

### Literaturhinweise:

(1) Oettle H et al. J Clin Oncol. 2014;32(23):2423-2429.

(2) Pelzer U et al. Eur J Cancer 2011;47(11):1676-1681.

Impressum:

Beilage in "JOURNAL ONKOLOGIE" 15. Jg., Heft 1, 2015. Verlag: rs media GmbH, Watmarkt 1, 93047 Regensburg

Redaktion: Antje Blum, Dr. Petra Ortner, Claudia Riederer, Dr. Anita Schweiger

Layout: Melanie Ponkratz

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

**Quelle: 1. Pankreas Summit, 21. - 22. November 2014, Berlin**