

Der Onkologe

Organ der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Elektronischer Sonderdruck für

A. Junker

Ein Service von Springer Medizin

Onkologe 2014 · 20:882–888 · DOI 10.1007/s00761-014-2749-4

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

A. Junker

ASCO 2014 – 50 Jahre onkologische Forschung auf höchstem Niveau

Chicago, 30. Mai bis 3. Juni 2014

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

ASCO 2014 – 50 Jahre onkologische Forschung auf höchstem Niveau

Chicago, 30. Mai bis 3. Juni 2014

Science und Society hieß das Motto im 50. Jahr des Bestehens der American Society of Clinical Oncology (ASCO): Die Fortschritte durch onkologische Forschung müssten auch kontinuierlich und verständlich in der Gesellschaft wie bei den politisch Verantwortlichen vermittelt werden, um die Unterstützung dafür nachhaltig zu fördern und zu sichern, betonte ASCO-Präsident Clifford Hudis, New York.

Brustkrebs

Unterdrückung der Ovarialfunktion in Kombination mit Exemestan

Der gemeinsamen Analyse zweier Phase-III-Studien, TEXT und SOFT, zufolge kann der Aromataseinhibitor Exemestan effektiver als Tamoxifen Rückfälle bei prämenopausalen Frauen mit Östrogenrezeptor(ER)-positivem Brustkrebs verhindern, wenn gleichzeitig die Ovarialfunktion ausgeschaltet wird (OFS; [1]). Im TEXT-Protokoll waren 2672 und im SOFT-Protokoll 3066 prämenopausale Frauen mit frühem hormonrezeptorpositivem Brustkrebs eingeschlossen. In der TEXT-Studie wurden die Frauen innerhalb von 12 Wochen nach der Operation randomisiert und erhielten entweder 5 Jahre Exemestan plus OFS oder Tamoxifen plus OFS. Chemotherapie war optional. Das dreiarmlige SOFT-Protokoll verglich 5 Jahre Exemestan plus OFS, Tamoxifen plus OFS oder nur Tamoxifen,

je nach Risikosituation mit zusätzlicher Chemotherapie. Die Ausschaltung der Ovarialfunktion erfolgte mit Triptorelin (5 Jahre), Oophorektomie oder durch Bestrahlung der Eierstöcke. In beiden Protokollen galt das krankheitsfreie Überleben als primärer Endpunkt. Wegen geringer Zahl von Ereignissen wurden die beiden Protokolle 2011 für eine gemeinsame Analyse zusammengeführt, vorgestellt in der Plenarsitzung der Tagung.

Nach einem medianen Follow-up von 5,7 Jahren betrug das krankheitsfreie Fünfjahresüberleben 91,1% in der Exemestan/OFS-Gruppe im Vergleich zu 87,3% in der Tamoxifen/OFS-Gruppe ($p=0,0002$; HR 0,72; 95%-CI 0,60–0,86; **Abb. 1**). Die Resultate waren unabhängig von zusätzlicher adjuvanter Che-

motherapie und Lymphknotenstatus. Bei noch kurzem Follow-up sind bisher keine Unterschiede im Gesamtüberleben erkennbar. Die Nebenwirkungen entsprachen den bei Therapie postmenopausaler Frauen mit Exemestan bzw. Tamoxifen zu erwartenden: muskuloskeletale Beschwerden, Osteoporose und Frakturen besonders in der Exemestan/OFS-Gruppe, thromboembolische Nebenwirkungen öfter in der Tamoxifen/OFS-Gruppe. Zu depressiven Verstimmungen kam es bei der Hälfte der Patientinnen in beiden Gruppen. Trotz insgesamt robuster Daten zu der Therapieoption Exemestan plus OFS bei dieser Patientenklientel wies Diskutantinnen Nancy Davidson, Pittsburgh, auf einige noch fragliche Punkte hin: So wurde die Ovarialfunktion auf unterschiedli-

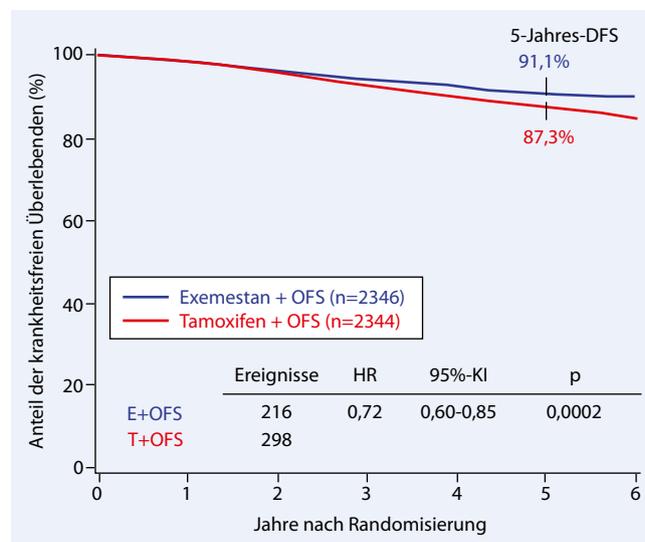


Abb. 1 ◀ Eine adjuvante Therapie mit Exemestan plus OFS reduziert signifikant das Rückfallrisiko. DFS „disease-free survival“ (krankheitsfreies Überleben), HR Hazard Ratio. (Nach [1])

Hier steht eine Anzeige.



che Weise unterdrückt, und wenn medikamentös, dann auch mit unterschiedlichen Medikamenten, und die Behandlungsdauer war unterschiedlich. Auch sollte potenzielles Übergewicht in eine stratifizierte Auswertung eingehen. Außerdem müssten die Langzeiteffekte dieser Therapie bei den recht jungen Frauen weiter beobachtet werden. Nicht zu unterschätzen seien auch die im Vergleich zum üblichen endokrinen Standard in dieser Situation – Tamoxifen allein – deutlich höheren Kosten der Kombinationstherapie. Die Ergebnisse wurden zeitgleich mit der Präsentation auf der Tagung im *New England Journal of Medicine* online publiziert (www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1404037).

Duale HER2-Blockade mit enttäuschenden Ergebnissen

Die lang erwarteten Ergebnisse der großen ALTTTO-Studie widersprachen der Erwartung, dass eine vertikale duale Blockade des HER2-Rezeptors mit Trastuzumab (T) und Lapatinib (L) im adjuvanten Setting bei Frauen mit frühem Brustkrebs einen Vorteil bringen würde [2]. In die Studie – der größten jemals mit HER2-positiven Brustkrebspatientinnen durchgeführten – waren in 44 Ländern 8381 Frauen mit frühem HER2-positivem Brustkrebs aufgenommen worden. Nach oder parallel zu einer adjuvanten Chemotherapie erhielten die Patientinnen Lapatinib plus Trastuzumab, Trastuzumab gefolgt von Lapatinib, Lapatinib allein oder Trastuzumab allein. Der Lapatinib-Arm wurde vorzeitig geschlossen und nicht in die Auswertung mit einbezogen. Bei hormonsensitivem Tumor erfolgte auch eine antihormonelle Behandlung.

Da zwei Vergleiche überprüft werden sollten (L+T vs. T und T→L vs. T), musste $p \leq 0,025$ erreicht werden, um einen signifikanten Unterschied zeigen zu können. Nach einem medianen Follow-up von 4,5 Jahren waren das krankheitsfreie Überleben in den drei Armen so gut wie gleich, nämlich 86% für T, 88% für L+T und 87% für T→L ($p=0,048$ für L+T vs. T; $p=0,044$ für T→L vs. T). Im Vergleich zum T-Arm kam es aber in den beiden Kombinationsarmen zu deutlich mehr Nebenwirkungen, u. a. Diarrhö (75% vs. 20%),

Rash (55% vs. 20%) und Leberfunktionsstörungen (23% vs. 16%).

Die Ergebnisse dieser Studie waren insofern überraschend und für die Studienteilnehmer enttäuschend, als in der neoadjuvanten Schwesterstudie NeoALTTO Lapatinib plus Trastuzumab die Rate pathologischer Komplettremissionen verdoppelte. Dies zeigt einmal mehr, dass Studienergebnisse nicht ohne weiteres von einem Setting auf ein anderes übertragbar sind.

Erhalt der Fruchtbarkeit möglich trotz Chemotherapie

Die begleitende Gabe des LHRH-Agonisten Goserelin während einer Chemotherapie bei prämenopausalem, HR-negativem Brustkrebs der Stadien I–III zeigte in einer Phase-III-Studie einen positiven Effekt im Hinblick auf den Erhalt der Ovarialfunktion [3]. In der Studie wurden 257 Patientinnen randomisiert für Standardchemotherapie allein oder zusätzlich Goserelin (mindestens 1 Woche vor Beginn der Chemotherapie und alle 4 Wochen während der Chemotherapie). Primärer Endpunkt war das Sistieren der Ovarialfunktion nach 2 Jahren, definiert als Amenorrhö während der vorausgegangenen 6 Monate und FSH-Level im postmenopausalen Bereich. Dies war bei 22% der Frauen in der Chemotherapiegruppe der Fall gegenüber nur 8% derer, die Goserelin erhalten hatten (OR 0,30; 95%-CI 0,09, 0,97; $p=0,04$).

In der Chemotherapiegruppe wurden 12 von 18 Frauen mit Kinderwunsch schwanger, in der Goserelin-Gruppe 22 von 25 ($p=0,03$). Für die Autoren eher überraschend war die „Nebenbeobachtung“ höherer Raten an krankheitsfreiem und Gesamtüberleben im Goserelin-Arm (78% vs. 89%; HR 0,49, $p=0,004$ bzw. 82% vs. 92%, HR 0,43, $p=0,05$). Wenn auch die Studie noch ein paar Fragen offen lasse, wollte Diskutantinnen Sharon Giordano, Houston, jungen Patientinnen mit Kinderwunsch zukünftig diese Option anbieten.

Bei Skelettmetastasen Zoledronsäure alle 3 Monate ausreichend

Eine Phase-III-Studie verglich bei 403 Brustkrebspatientinnen mit Knochen-

metastasen die standardgemäße monatliche Gabe von 4 mg Zoledronsäure mit der gleichen Dosis nur alle 3 Monate [4]. Nach 1 Jahr war die Anzahl aufgetretener skelettaler Ereignissen vergleichbar (22% vs. 23,2%; $p=0,724$). Auch hinsichtlich anderer Endpunkte wie Zeit bis zum ersten Ereignis, Veränderung der Knochenmarker und Nierentoxizität waren keine Unterschiede erkennbar. Zwei Fälle der bei Zoledronsäure gefürchteten Kiefernekrose traten im monatlichen Arm auf, im vierteljährlichen keiner.

Höhere Mortalität bei übergewichtigen Frauen mit prämenopausalem Brustkrebs

Vieles deutete bisher schon auf einen Zusammenhang zwischen Übergewicht und schlechterer Prognose bei Brustkrebs hin. Eine retrospektive Datenanalyse der Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), die 70 klinische Studien mit insgesamt 80.000 Frauen einschloss, ging dem näher auf den Grund [5]. Periodisch waren bei diesen Frauen Daten zu BMI, Östrogenrezeptorstatus, Menopausenstatus, Alter und Behandlung erfasst worden. Nach einem medianen Follow-up von 8 Jahren zeigte sich bei Frauen mit negativem Hormonrezeptorstatus (25%) nur eine schwache Assoziation zwischen BMI und Mortalität, die nach Adjustierung für Tumor- und Nodal-Status ganz verschwand. Bei ER-positiver Erkrankung war dagegen ein deutlicher Zusammenhang zu erkennen, allerdings nur bei prä- und perimenopausalem Status. Nach 10 Jahren betrug hier die Mortalität 21,5% bei einem BMI ≥ 30 gegenüber 16,6% bei Normalgewichtigen (BMI 20–25; $2p < 0,00001$). Außer der Überproduktion von Östrogenen bei Adipositas könne, so die Autoren, auch eine (relative) Unterdosierung der antineoplastischen Therapie eine Ursache für diesen Effekt sein. Denn bei einer Dosierung nach Körperoberfläche werde bei Übergewichtigen häufig nicht der entsprechende Korrekturfaktor berücksichtigt. Überraschend war allerdings auch aus der Sicht der Experten, dass für postmenopausale Frauen kein entsprechender Zusammenhang festzustellen war. Angesichts der vielfältigen ungünstigen Auswirkungen

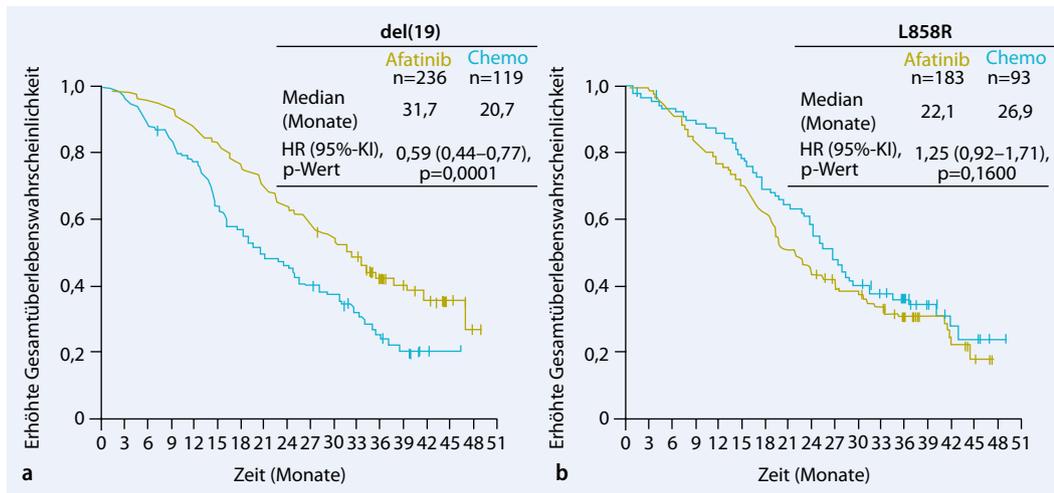


Abb. 2 ◀ Kombinierte Überlebensanalyse der Studien LUX-Lung 3 und LUX-Lung 6. **a** Eine Überlebensverlängerung um fast 1 Jahr zeigte sich im Vergleich zur Chemotherapie für Patienten mit DEL19-Mutationen, die mit Afatinib behandelt worden waren. **b** Solche mit einer Mutation L858R profitierten dagegen im Vergleich zur Chemotherapie nicht. (Nach [6])

von Übergewicht bestehe aber dennoch die Herausforderung, alle Frauen darin zu unterstützen, auf ihr Gewicht zu achten und Übergewicht zu reduzieren.

Bronchialkarzinom – Richtiges Medikament zur richtigen Zeit für geeignete Patienten

Neues zu EGFR-Mutationen

Der Science-Aspekt des diesjährigen ASCO-Mottos schien bei den Fortschritten in der Forschung und den daraus resultierenden Behandlungsoptionen bei Lungenkrebs besonders gut mit Leben erfüllt. „Right drug, right patient, right time“ war eine der Kernbotschaften aus den Veranstaltungen zum metastasierten nichtkleinzelligen Bronchialkarzinom.

EGFR-Mutationen zählen zu den *Driver-Mutationen* bei nichtkleinzelligen Bronchialkarzinomen (NSCLC). Den ersten beiden EGFR-Tyrosinkinaseinhibitoren Erlotinib und Gefitinib folgte im letzten Jahr Afatinib mit der Zulassung für die Erstlinientherapie. Die Behandlung ist bei aktivierender Mutation von EGFR indiziert. Eine gepoolte Analyse der beiden Afatinib-Zulassungsstudien LUX-Lung 3 und Lux-Lung 6 zeigte nun, dass es sich durchaus lohnt, bei den Patienten auch die Subtypen der Mutationen zu bestimmen. Das Gesamtüberleben (OS) wurde für einzelne Mutationen differenziert ausgewertet [6]. Während im Gesamtkollektiv das OS für Afatinib median 27,3 und für Chemotherapie 24,3 Monate betrug (HR 0,81; CI 0,66–0,99; p=0,037), war der

Unterschied bei del19-Mutation mit 31,7 vs. 20,7 Monate sehr viel deutlicher (HR 0,59; CI 0,45–0,77; p<0,001; **Abb. 2**). Ungefähr die Hälfte der EGFR-Mutationen ist eine solche del19-Mutation. Auch von der Kombination Bevacizumab/Erlotinib profitieren diese Patienten besonders, wie eine andere Studie ergab [8]: Das progressionsfreie Überleben betrug gegenüber Erlotinib allein insgesamt 16 vs. 9,7 Monate, bei del19-Mutationen 18 vs. 10,3 Monate. Allerdings verursachte die Kombination deutlich mehr Nebenwirkungen Grad 3/4 (91 vs. 53%), und 41% der Patienten brachen die Therapie mit Bevacizumab aus diesem Grund ab. Der Diskutant der Studie, Howard J. West, Seattle, gab auch die fast dreifach höheren Kosten der Kombinationstherapie zu bedenken (16.700 vs. 6300 \$ pro Monat).

MET- und ALK-Inhibition als therapeutisches Target

Zusätzlich zu EGFR sind auf Bronchialkarzinomzellen häufig MET-Rezeptoren überexprimiert, besonders bei erworbenen Resistenzen gegen Tyrosinkinaseinhibitoren (TKI) und Raucheranamnese. Eher enttäuschend waren allerdings die Ergebnisse einer Phase-III-Studie, die den MET-Antikörper Onartuzumab in Kombination mit Erlotinib gegen Erlotinib allein getestet hat [8]. Weder für das progressionsfreie noch für das Gesamtüberleben ergab sich ein Vorteil der MET-Inhibition. Günstiger erscheinen erste Ergebnisse des ALK-TKI Crizotinib bei Patienten mit MET-Überexpression. Crizotinib

blockiert sowohl die Kinasen von ALK-Rezeptoren als auch die von MET und ROS. Bei fortgeschrittenen MET-NSCLC sprachen auf Crizotinib die Tumoren mit intermediärer und hoher MET-Expression besonders gut an [9].

Ceritinib, ein weiterer ALK-TKI, der im April von der FDA in einem beschleunigten Zulassungsverfahren zum Einsatz nach Crizotinib-Versagen zugelassen wurde, zeigte in dieser Situation noch eine Antitumoraktivität und hohe Wirksamkeit bei Hirnmetastasen [10]. Allerdings ist die Toxizität höher als bei Crizotinib. So brachen in dieser Studie 10% der Patienten die Therapie ab und bei 59% musste die Dosis reduziert werden. Eine Reduktion der empfohlenen Tagesdosis von 750 mg sollte daher frühzeitig in Erwägung gezogen werden, so Diskutant Howard West. Weitere Studien sind erforderlich, um die neuen Substanzen bestmöglich einsetzen zu können. Auch der Zeitpunkt ihrer Anwendung sollte neu überdacht und geprüft werden. Für Crizotinib lieferte die PROFILE-1014-Studie nun die bisher fehlenden vergleichsgestützten Argumente für den Einsatz in der First-Line-Therapie: Bei akzeptablem Sicherheitsprofil verlängerte der ALK-TKI gegenüber einer Chemotherapie mit Pemetrexed und Cis- oder Carboplatin das progressionsfreie Überleben signifikant (median 10,9 vs. 7,0 Monate; HR 0,454; 95%-CI 0,346–0,596; p<0,0001; [11]).

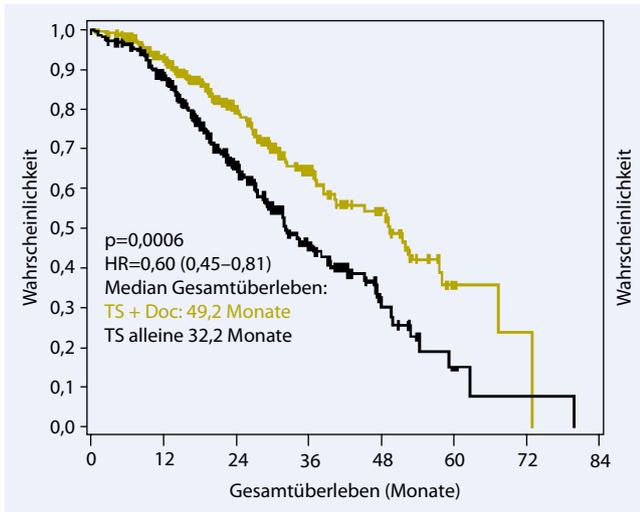


Abb. 3 Bei Patienten mit einer großvolumigen metastasierten Erkrankung verlängert eine Testosteronsuppression plus Docetaxel das mediane Überleben um 17 Monate. Doc Docetaxel, TS Testosteronsuppression. (Nach [14])

Prostatakarzinome

Chemotherapie plus Hormontherapie verlängert das Überleben bei Metastasierung

Durch primäre Kombination von antihormoneller und Chemotherapie bei Männern mit metastasiertem Prostatakarzinom ist einer auf der Tagung vorgestellten Phase-III-Studie zufolge eine deutliche Verlängerung des Gesamtüberlebens erreichbar [14]. Von Juli 2006 bis November 2012 waren 790 Männer für alleinigen Androgenentzug (ADT) oder zusätzliche Gabe von maximal 6 Zyklen Docetaxel randomisiert worden. Eine Stratifizierung erfolgte nach der Tumormasse in „high volume“ (viszerale Metastasen und/oder mehr als 4 Skelettmetastasen) und „low volume“. Primärer Endpunkt der Studie war das Gesamtüberleben, sekundäre Endpunkte Zeit bis zur Progression (PD) und Zeit bis zur symptomatischen PD. Nach einer Nachbeobachtungszeit von 29 Monaten waren im Kombinationsarm 101 Patienten verstorben, im ADT-Arm 136. Mit ADT/Docetaxel überlebten die Patienten median 13 Monate länger als mit ADT allein (57,6 vs. 44 Monate; HR 0,61; 95%-CI 0,47–0,80; $p=0,0003$). Ein noch deutlicherer Vorteil der Kombinationstherapie zeigte sich bei hoher Metastasenlast mit einem medianen OS von 49 vs. 32 Monate (HR 0,60; 95%-CI 0,45–0,81; $p=0,0006$;
Abb. 3). Auch die Zeit bis zur Progression und zur Kastrationsresistenz war jeweils im Kombinationsarm signifikant

länger als im ADT-Arm (32,7 vs. 19,8 Monate; $p<0,0001$ bzw. 20,7 vs. 14,7 Monate, $p<0,0001$). Mit der Kombination kam es in 6% zu febrilen Neutropenien, ein Patient starb aufgrund der Behandlung. Michael Morris, New York, sprach sich in seiner Diskussion der Studie dafür aus, zumindest Patienten mit hoher Metastasenlast primär mit der Kombination zu behandeln. Für eine generelle Empfehlung reichte die Datenlage bei noch relativ kurzem Follow-up nicht aus.

Bei PSA-Rückfall nicht zu schnell mit Androgen-Entzugstherapie reagieren

Eine auf Daten des Prostatakrebsregisters der Strategic Urologic Research Endeavor (CaPSURE) gestützte Analyse spricht dafür, dass es bei Wiederaufstieg des PSA-Werts nach einer Operation oder Bestrahlung das Gesamtüberleben nicht gefährdet, wenn nicht sofort eine Androgen-Entzugstherapie (ADT) erfolgt [13]. Ausgewertet wurden die Verläufe von 2012 Patienten, die nach einer radikalen Prostatektomie oder Bestrahlung mit kurativer Intention einen PSA-Rückfall erfuhrten ($\geq 0,2$ ng/ml, asymptomatisch, keine Fernmetastasen). In einer „Immediate“-Gruppe wurde innerhalb von 3 Monaten nach dem PSA-Rückfall eine ADT-Therapie begonnen, in der „verzögerten“ Gruppe erst später bei Auftreten von Symptomen, Metastasen, kurzer PSA-Verdopplungszeit oder mindestens 2 Jahre nach der PSA-Progression.

Nach einem medianen Follow-up von 41 Monaten waren insgesamt 176 Patienten verstorben, 37 aufgrund von Prostatakrebs. Die geschätzten Fünfjahresüberlebensraten in den beiden Gruppen unterschieden sich nicht (87,2% in der verzögerten vs. 85,1% in der Immediate-Gruppe). Für die Praxis bedeutet dies, so die Autoren, dass viele der verzögert behandelten Männer 2 Jahre oder länger mit deutlich besserer Lebensqualität überlebten, d. h. ohne die Nebenwirkungen einer ADT wie sexuelle Dysfunktion, Osteoporose, erhöhtes Risiko für Knochenfrakturen, Hitzewellen, Fatigue bis hin zu Depressionen und Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten. Es ist allerdings bei dieser Beobachtungsstudie nicht auszuschließen, dass ärztliches Verhalten, Ernährung, Blutdruck u. a. das Ergebnis beeinflusst haben könnten. Eine valide Entscheidungshilfe wird von einer laufenden Phase-III-Studie erwartet, die die gleiche Fragestellung prospektiv untersucht.

Palliative Care

Betreuende Angehörige profitieren von frühzeitiger professioneller Unterstützung

Das Wohlergehen von Krebspatienten und Familienangehörigen mit ihrer wichtigen Rolle im Betreuungsteam beeinflussen sich gegenseitig. Dabei erfahren die Angehörigen in ihrer schwierigen Situation oft zu wenig Unterstützung. Eine Studie (ENABLE: Educate, Nurture, Advise Before Life Ends) untersuchte den Effekt von frühzeitiger vs. spätere professionelle Intervention auf das Befinden der familiären Betreuer [14]: 207 Patienten mit rezidivierender oder metastasierter Krebserkrankung und 122 von diesen benannte Angehörige erhielten entweder frühzeitig oder erst nach 3 Monaten zunächst einen persönlichen Besuch zur Beurteilung der Situation und Erläuterung der Möglichkeiten in einem Gespräch. Danach wurden die pflegenden Angehörigen durch speziell geschulte Pflegenden in regelmäßigen Abständen entsprechend einem dafür entwickelten Curriculum telefonisch zum Umgang mit den verschiedensten Themen/Problemen der individuellen Situation beraten. Die vergleichenden Aus-

Hier steht eine Anzeige.



wertungen über 3 Monate zeigten im Hinblick auf Depression und subjektiv empfundene Belastung einen signifikanten Vorteil für die frühzeitige Intervention ($p=0,003$ bzw. $0,02$). Auch die Lebensqualität der Betreuer war in dieser Gruppe besser. Diese Untersuchung liefert weitere Evidenz, dass die Möglichkeiten der Palliativmedizin so früh wie möglich und nicht erst am Ende des Lebens zum Einsatz kommen sollten – zum Nutzen aller Betroffenen. Leider, so die Autoren, ist dies zu oft nicht der Fall.

Letzte Lebenszeit ohne Statine Nebenwirkungen

Für Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen ist die Einnahme von oft 10 und mehr Medikamenten wegen Komorbiditäten eine zusätzliche Belastung, zumal Neben- und Wechselwirkungen nicht zu unterschätzen sind. Zu einer solchen Multimedikation gehören bei vielen älteren Patienten Statine. Häufige Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Muskelschmerzen und Schwäche. Ob eine Statintherapie am Lebensende verzichtbar ist, untersuchte eine amerikanische Multizenterstudie bei einem Kollektiv von 381 Patienten, deren Lebenserwartung aufgrund einer unheilbaren Erkrankung weniger als 1 Jahr betrug und die mit Statinen behandelt wurden – rund 70% bereits seit mehr als 5 Jahren und häufig aus präventiver Indikation [15]. Nach Randomisierung wurde die Medikation entweder abgesetzt oder weitergeführt. Die Mortalität innerhalb der folgenden 60 Tage unterschied sich nicht signifikant (23,8% vs. 20,3%; $p=0,36$), und in der Gruppe, in der die Statine abgesetzt wurden, war ergab sich sogar ein Trend für eine Verlängerung des medianen Überlebens (229 vs. 190 Tage; $p=0,6$). Die Lebensqualität, erfasst mit dem McGill-Fragebogen, war deutlich besser (Score 7,11 vs. 6,85; $p=0,037$), und die Patienten hatten weniger Symptome. Es erscheint demnach unwahrscheinlich, dass das Absetzen einer Statinmedikation bei begrenzter Lebenserwartung negative Konsequenzen hat; die Patienten können sogar davon profitieren. Die Ergebnisse liefern eine Evidenzgrundlage für die gemeinsame Entscheidung über die Statin-

medikation in dieser Situation, die individuell zu treffen ist. Ein Nebeneffekt der breiten Umsetzung der Erkenntnisse aus dieser Studie wären jedenfalls auch erhebliche Einsparungen im Gesundheitswesen.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Junker
Sellscheid 100, 42929 Wermelskirchen
junkerk.wermelskirchen@t-online.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Junker gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Das vorliegende Manuskript enthält keine Studien an Menschen und Tieren.

Literatur

- Pagani O et al (2014) Randomized comparison of adjuvant aromatase inhibitor (AI) exemestane (E) plus ovarian function suppression (OFS) vs tamoxifen (T) plus OFS in premenopausal women with hormone receptor-positive (HR+) early breast cancer (BC): joint analysis of IBCSG TEXT and SOFT trials. *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr LBA1
- Martine J, Piccart-Gebhart MJ et al (2014) First results from the phase III ALTO trial (BIG 2-06; NCCTG [Alliance] N063D) comparing one year of anti-HER2 therapy with lapatinib alone (L), trastuzumab alone (T), their sequence (T-L), or their combination (T+L) in the adjuvant treatment of HER2-positive early breast cancer (EBC). *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr LBA4
- Moore HCF et al (2014) Phase III trial (Prevention of Early Menopause Study [POEMS]-SWOG S 0230) of LHRH analog during chemotherapy (CT) to reduce ovarian failure in early-stage, hormone receptor-negative breast cancer: An international Inter-group trial of SWOG, IBCSG, ECOG, and CALGB (Alliance). *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr LBA505
- Hortobagyi GN et al (2014) Efficacy and safety of continued zoledronic acid every 4 weeks versus every 12 weeks in women with bone metastases from breast cancer: Results of the OPTIMIZE-2 trial. *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr LBA9500^
- Pan H et al (2014) Effect of obesity in premenopausal ER+ early breast cancer: EBCTCG data on 80,000 patients in 70 trials. *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr 503
- Yang JC et al (2014) Overall survival (OS) in patients (pts) with advanced non-small cell lung cancer (NSCLC) harboring common (Del19/L858R) epidermal growth factor receptor mutations (EGFR mut): pooled analysis of two large open-label phase III studies (LUX-Lung 3 [LL3] and LUX-Lung 6 [LL6]) comparing afatinib with chemotherapy (CT). *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr 8004
- Kato T et al. (2014) Erlotinib plus bevacizumab (EB) versus erlotinib alone (E) as first-line treatment for advanced BGF mutation positive nonsquamous non-small cell lung cancer (NSCLC). *J Clin Oncol* 32:5s(suppl); abstr 8005
- Spigel DR et al (2014) Onartuzumab plus erlotinib versus erlotinib in previously treated stage IIIb or IV NSCLC: Results from the pivotal phase III randomized, multicenter, placebo-controlled METLung (OAM4971g) global trial. *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr 8000
- Camidge DR et al (2014) Efficacy and safety of crizotinib in patients with advanced c-MET-amplified non-small cell lung cancer (NSCLC). *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr 8001
- Kim DW et al (2014) Ceritinib in advanced anaplastic lymphoma kinase (ALK)-rearranged (ALK+) non-small cell lung cancer (NSCLC): results of the ASCEND-1 trial. *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr 8003
- Mok T et al (2014) First-line crizotinib versus pemetrexed – cisplatin or pemetrexed – carboplatin in patients (pts) with advanced ALK-positive nonsquamous non-small cell lung cancer (NSCLC): results of a phase III study (PROFILE 1014). *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr 8002
- Sweeney C et al. (2014) Impact on overall survival (OS) with chemohormonal therapy versus hormonal therapy for hormone-sensitive newly metastatic prostate cancer (mPrCa): An ECOG-led phase III randomized trial. *J Clin Oncol* 32:5s(suppl); abstr LBA2
- Garcia-Albeniz X et al (2014) Immediate versus deferred initiation of androgen deprivation therapy in prostate cancer patients with PSA-only relapse. *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr 5003
- Dionne-Odom JN et al (2014) Benefits of immediate versus delayed palliative care to informal family caregivers of persons with advanced cancer: outcomes from the ENABLE III randomized clinical trial. *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr LBA9513
- Abernethy AP et al (2014) Managing comorbidities in oncology: a multisite randomized controlled trial of continuing versus discontinuing statins in the setting of life-limiting illness. *J Clin Oncol* 32:5s (suppl); abstr LBA9514



Weitere Infos auf
springermedizin.de

Eine runde Sache: Dieses Jahr fand die **Jahrestagung der American Society of Clinical Oncology (ASCO)** zum 50. Mal statt. Wir waren in Chicago vor Ort – unsere Kongressauslese finden Sie in diesem Dossier online!

► www.springermedizin.de/asco2014