

Aggressive B-Zell-Lymphome

Axicabtagen Ciloleucel versus Standardtherapie bei primär refraktären oder rezidivierten, großzelligen B-Zell-Lymphomen (ZUMA-7, Abstract 2),
<https://ash.confex.com/ash/2021/webprogram/Paper148039.html>

Fragestellung

Ist die Therapie mit dem CAR-T-Zellprodukt Axicabtagen Ciloleucel dem bisherigen Standard mit Induktion, Hochdosistherapie und autologer Stammzelltransplantation beim primär refraktären oder rezidivierten, großzelligen B-Zell-Lymphom überlegen?

Hintergrund

Standard in der Therapie des primär refraktären oder rezidivierten, großzelligen B-Zell-Lymphoms ist die Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation (autoSZT). Allerdings ist die Prognose vor allem bei Rituximab-refraktären Patient*innen weiterhin schlecht. Axicabtagen Ciloleucel ist seit 2018 für die Monotherapie des rezidivierten oder refraktären DLBCL oder PMBCL nach mindestens zwei Vortherapien zugelassen.

Ergebnisse

Patient*innen	Kontrolle	Neue Therapie	N ¹	CRR ²	EFÜ ³ (HR ⁴)	ÜL ⁵ (HR ⁴)
großzellige B-Zell-Lymphome, primär refraktär oder rezidiviert; für autoSZT geeignet	Chemotherapie + autoSZT	Axicabtagen Ciloleucel	359	32 vs 65 ⁶	2,0 vs 8,3 0,398 ⁷ p < 0,0001	35,1 vs n.e. ⁸ 0,73 p = 0,027

¹ N - Anzahl Patient*innen; ²CRR – Rate kompletter Remissionen, in %; ³ EFÜ – Ereignisfreies Überleben, Median in Monaten; ⁴ HR – Hazard Ratio; ⁵ ÜL – Gesamtüberleben, Median in Monaten; ⁶ Ergebnis für Kontrolle, Ergebnis für Neue Therapie; ⁷ Hazard Ratio in grüner Farbe - Vorteil für Neue Therapie; ⁸ n.e. – Median nicht erreicht;

Zusammenfassung der Autoren

Axicabtagen Ciloleucel war der Standardtherapie bei den Remissionsraten und beim ereignisfreien Überleben deutlich und auch bei der Gesamtüberlebenszeit überlegen. Axicabtagen Ciloleucel kann die bisherige Standardtherapie in der Zweitlinientherapie großzelliger B-Zell-Lymphome ersetzen.

Kommentar

Die Ergebnisse zu Axicabtagen Ciloleucel müssen zusammen mit den Studien zu Lisocabtagen Maraleucel und zu Tisagenlecleucel bewertet werden. Offene Fragen sind u. a. die Selektion der Patient*innen, die Art der Therapie vor der Gabe von CAR-T-Zellen und die Auswahl des optimalen CAR-T-Zellproduktes.