

Aggressive B-Zell-Lymphome

Lisocabtagen Maraleucel versus Standardtherapie bei primär refraktären oder rezidierten, großzelligen B-Zell-Lymphomen (Transform, Abstract 91), <https://ash.confex.com/ash/2021/webprogram/Paper147913.html>

Fragestellung

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

Hintergrund

Standard in der Therapie des primär refraktären oder rezidierten, großzelligen B-Zell-Lymphoms ist die Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation (autoSZT). Allerdings ist die Prognose vor allem bei Rituximab-refraktären Patient*innen weiterhin schlecht. Lisocabtagen Maraleucel ist seit dem Frühjahr 2021 von der FDA für die Therapie großzelliger B-Zell-Lymphome 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 rezidiert; für autoSZT geeignet	Chemotherapie + autoSZT	Lisocabtagen Maraleucel	184	39 vs 66 ⁶	2,3 vs 10,1 0,349 p < 0,0001	16,4 vs n.e. 0,509 p = 0,0257

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

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

Kommentar

Die Ergebnisse zu Lisocabtagen Maraleucel müssen zusammen mit den Studien zu Axicabtagen Ciloleucel 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.