

## Besser Abirateronacetat oder Docetaxel zusätzlich zur Standardtherapie bei fortgeschrittenem Prostatakrebs?

**Datum:** 18.04.2018

**Original Titel:**

Adding abiraterone or docetaxel to long-term hormone therapy for prostate cancer: directly randomised data from the STAMPEDE multi-arm, multi-stage platform protocol

Wenn der Prostatakrebs sich bereits im Körper ausgebreitet hat, muss eine Therapie gestartet werden, die auf den gesamten Körper wirkt. In der Regel kommt zunächst eine Hormontherapie zum Einsatz. Wird diese wirkungslos – man spricht in diesem Fall von einem kastrationsresistenten Prostatakrebs – wird meist entweder mit einer Chemotherapie mit Docetaxel oder mit einer neuartigen Hormontherapie mit Abirateronacetat weiterbehandelt. Theoretisch könnten diese beiden Therapiemethoden auch dann schon eingesetzt werden, wenn der Prostatakrebs noch nicht kastrationsresistent geworden ist und noch mit der herkömmlichen Hormontherapie behandelt wird. In der Tat konnten diese Kombinationen (Hormontherapie + Docetaxel und Hormontherapie + Abirateronacetat) bereits Erfolge erzielen. Doch welche der Kombinationen ist die wirksamere?

Ein Forscherteam aus England verglich nun mit Unterstützung aus der Schweiz die Wirksamkeit von Abirateron mit der von Docetaxel, wenn beide zusätzlich zur Standardtherapie (herkömmliche Hormontherapie, eventuell auch zusätzliche Bestrahlung des Tumors) eingesetzt werden. Die Wissenschaftler untersuchten hierfür 566 Hochrisiko-Patienten (durchschnittlich 66 Jahre alt) mit einem fortgeschrittenen Prostatakrebs. Das bedeutet, dass bei diesen Patienten der Tumor bereits über die Prostata hinausgewachsen war oder sogar bereits andere, weiter entfernte Körperregionen befallen hat (Metastasen gebildet hat). Auch Patienten, bei denen der Krebs nach einer Prostataentfernung oder Strahlentherapie zurückgekehrt ist, konnten an der Studie teilnehmen, wenn ihr PSA-Wert höher als 20 ng/ml war oder sich ihr PSA-Wert in weniger als 6 Monaten verdoppelte. Die Patienten wurden zufällig in 2 verschiedene Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe bestand aus 189 Patienten und bekam zusätzlich zur Standardtherapie 6-mal alle 3 Wochen Docetaxel (75 mg/m<sup>2</sup>) und zusätzlich täglich Prednisolon (10 mg). Die andere Gruppe erhielt hingegen zusätzlich zur Standardtherapie täglich Abirateronacetat (1000 mg) und Prednisolon (5 mg). Sie bestand aus 377 Patienten. Die Charakteristika der teilnehmenden Patienten sah wie folgt aus: Von allen Patienten waren bei 60 % bereits Metastasen zu finden. 76 % hatten einen sehr aggressiven Prostatakrebs (Gleason-Score: 8-10). Die Hälfte der Patienten hatte einen höheren PSA-Wert als 56 ng/ml. Die meisten Patienten (79 %) waren durch die Krebserkrankung nicht körperlich eingeschränkt. Nur sehr wenige Patienten (6 %) hatten sich vor dieser Behandlung bereits einer lokalen Therapie (Operation oder Bestrahlung) unterzogen.

Die Patienten wurden im Mittel 4 Jahre lang begleitet. Während des Studienzeitraumes verstarben 149 Patienten – 126 davon an Prostatakrebs. Das allgemeine Sterberisiko unterschied sich nicht wesentlich zwischen den beiden Patientengruppen (Abirateronacetat: 28 %, Docetaxel: 23 %) und auch das Risiko für Todesfälle, die auf den Prostatakrebs zurückgeführt werden konnten, war unabhängig davon, ob der Patient Abirateronacetat oder Docetaxel zusätzlich zur Standardtherapie bekam.

Was die Nebenwirkungen angeht, so traten diese bei beiden Behandlungsmethoden recht häufig auf.

Etwa die Hälfte aller Patienten war von schwerwiegenden Ereignissen betroffen. In Bezug auf deren Häufigkeit machte es keinen Unterschied, ob die Patienten zusätzlich mit Abirateronacetat oder mit Docetaxel behandelt wurden (Abirateronacetat: 48 %, Docetaxel: 50 %). Die Art der schwerwiegenden Ereignisse unterschied sich jedoch, je nachdem welchen Wirkstoff der Patient zusätzlich bekam. Während unter der zusätzlichen Verwendung von Abirateronacetat am häufigsten hormonelle Störungen auftraten, waren eine fiebrige Neutropenie (ein drastischer Abfall bestimmter spezialisierter Immunzellen und Fieber) das häufigste schwerwiegende Ereignis, das während der zusätzlichen Verwendung von Docetaxel auftrat.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie schlussfolgerten die Autoren, dass die Erfolge von Docetaxel und Abirateronacetat zusätzlich zur Standardtherapie bei Patienten mit einem fortgeschrittenen Prostatakrebs als gleichwertig einzuschätzen sind. Die beiden Behandlungsmethoden zeigten keine nennenswerten Unterschiede in Bezug auf das Sterberisiko – sowohl auf das allgemeine als auch auf das prostata-spezifische Sterberisiko. Und auch Nebenwirkungen traten bei beiden Patientengruppen gleich häufig auf.

**Referenzen:**

Sydes MR, Spears MR, Mason MD, Clarke NW, Dearnaley DP, de Bono JS, Attard G, Chowdhury S, Cross B, Gillessen S, Malik Z, Jones R, Parker C, Ritchie AWS, Russell JM, Millman R, Matheson D, Amos C, Gilson C, Birtle A, Brock S, Capaldi L, Chakraborti P, Choudhury A, Evans L, Ford D, Gale J, Gibbs S, Gilbert D, Hughes R, McLaren D, Lester J, Nikapota A, O'Sullivan J, Parikh O, Peedell C, Protheroe A, Rudman SM, Shaffer R, Sheehan D, Simms M, Srihari N, Strebel R, Sundar S, Tolan S, Tsang D, Varughese M, Wagstaff J, Parmar MKB, James ND. Adding abiraterone or docetaxel to long-term hormone therapy for prostate cancer: directly randomised data from the STAMPEDE multi-arm, multi-stage platform protocol. *Ann Oncol.* 2018 Feb 26. doi: 10.1093/annonc/mdy072.