



im Auftrag des

Bevacizumab (Avastin®) für platinum-resistentes, rezidivierendes epitheliales Eierstock-, Eileiter- oder primäres Peritonealkarzinom **Hepperger C, Nachtnebel A**

Bevacizumab (Avastin®) ist ein rekombinanter, monoklonaler Antikörper, der das Wachstum von tumorversorgenden Blutgefäßen verhindert. Es ist für die Behandlung von Patientinnen mit platinum-resistentem, rezidivierendem epitheliale Eierstock-, Eileiter oder primärem Peritonealkarzinom indiziert, welche nicht mehr als zwei vorhergehende Therapielinien mit Chemotherapie erhalten hatten sowie auch noch nicht mit Bevacizumab oder einem anderen VEGF-Hemmer behandelt wurden.

Die europäische Zulassung durch die EMA erfolgte am 31. Juli 2014. Die Zulassung basierte auf der AURELIA Studie – eine open-label, randomisierte Phase III Studie. 361 Patientinnen wurden dabei entweder mit einem Chemotherapeutikum (n=182) oder mit einem Chemotherapeutikum in Kombination mit Bevacizumab (n=179) behandelt. Diese Studie zeigte eine signifikante Verbesserung der progressionsfreien Überlebenszeit für Patientinnen mit platinum-resistentem Eierstockkarzinom, die zusätzlich mit Bevacizumab behandelt wurden. Bevacizumab in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder Pegylated Liposomal Doxorubicin führte zu einer absoluten Steigerung der progressionsfreien Überlebenszeit von 3,3 Monaten und zeigte eine Risikoverminderung von 52%. Hinsichtlich des Gesamtüberlebens zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gruppen.

Nebenwirkungen waren insgesamt häufiger in der Bevacizumab-Chemotherapie Gruppe zu beobachten. Hypertension und Proteinurie (≥ Grad 2) traten bei 20% und 2% der Patientinnen, welchen Bevacizumab verabreicht wurde, auf. Unerwünschte Grad 3 Ereignisse wie gastrointestinale Perforation, Proteinurie, Fisteln bzw. Abszesse oder eine reversible posteriore Leukoencephalopathie traten nur bei der Behandlung mit Bevacizumab auf. Positive Auswirkungen auf die Lebensqualität konnten in der AURELIA Studie gezeigt werden, da mehr Patientinnen der Interventionsgruppe eine ≥ 15%-ige Verbesserung in Bezug auf abdominale/gastrointestinale Symptome hatten.

Trotz der verlängerten progressionsfreien Überlebenszeit, bleibt die Frage wann und in welchem Setting Bevacizumab die größten Erfolge erreichen kann, immer noch unklar. Eine Monotherapie ist meistens weniger toxisch als eine Kombination mit zytotoxischen Behandlungen. Des Weiteren bleibt die Wirksamkeit von Bevacizumab bei Patientinnen, welche mit einem VEGF-Hemmer vorbehandelt wurden, unklar.

Der englische Volltext ist zu finden

unter

http://eprints.hta.lbg.ac.at/1038/1/DSD_HSO_Nr.48.pdf