

Factsheet

Die randomisiert-kontrollierte Phase-III-Studie VISION

In der VISION-Studie wurde die Radioligandentherapie (RLT) mit dem am 9. Dezember 2022 auch in Europa zugelassenen Radiopharmakon (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtetraacetat zusätzlich zu bestmöglicher Standardversorgung (BSoC) bei metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (metastatic castration-resistant prostate cancer, mCRPC) untersucht. Das Ergebnis: Die Behandlung mit RLT plus BSoC führte zu einem signifikant längeren medianen Gesamtüberleben als BSoC allein. Auch die Zeit bis zur radiografischen Krankheitsprogression oder zum Tod war unter RLT plus BSoC signifikant verlängert.¹

In der internationalen, prospektiven, offenen, multizentrischen, randomisierten Phase-III-Studie VISION wurden Wirksamkeit und Verträglichkeit einer RLT mit (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtetraacetat (Pluvicto®) untersucht. Eingeschlossen waren 831 erwachsene Patienten mit mCRPC. Sie mussten bereits mit ≥ 1 Inhibitor des Androgenrezeptor-(AR-)Signalwegs und mit 1-2 taxanbasierten Chemotherapien vorbehandelt sein.¹

Eine weitere Voraussetzung für die Studienteilnahme war der Nachweis des Markers „Prostata-spezifisches Membranantigen“ (PSMA).¹ Dieser wird auf Prostatakarzinomzellen – einschließlich Metastasen – etwa 100- bis 1.000-mal stärker exprimiert als auf gesundem Prostatagewebe und auch deutlich stärker als in einigen anderen Geweben, etwa den Tränen- und Speicheldrüsen.²

Der Nachweis von PSMA erfolgte per Positronen-Emissions-Tomografie (PET), unterstützt durch Computertomografie (CT). Für das spezielle präzisionsdiagnostische Verfahren zur PSMA-Messung wurde ein weiteres Radiopharmakon eingesetzt, das ebenfalls am 9. Dezember 2022 seine europäische Zulassung erhalten hat: Gallium-(⁶⁸Ga-)Gozetotid (Locametz®).¹

Die Teilnehmer der VISION-Studie wurden im Verhältnis 2:1 randomisiert: 551 Patienten erhielten 4-6 Zyklen (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtetraacetat i.v. in der Dosis von je 7,4 GBq im Abstand von 6 Wochen, außerdem BSoC.¹

Das Radiopharmakon (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtetraacetat wird hauptsächlich renal eliminiert. Als durchschnittliche Gesamtstrahlenbelastung der Nieren in 6 Zyklen wurden 19 Gy errechnet.³

Die 280 Patienten der Kontrollgruppe erhielten BSoC allein. BSoC durfte in dieser Studie weder zytotoxische Chemotherapien noch Immuntherapien, radioaktive Isotope oder investigative Therapien beinhalten. Die Teilnehmer der Studie waren im Median 71 Jahre alt; die Basischarakteristika waren zwischen den beiden Studienarmen vergleichbar.¹

Gesamtmortalität um 38% reduziert, progressionsfreies Überleben verlängert

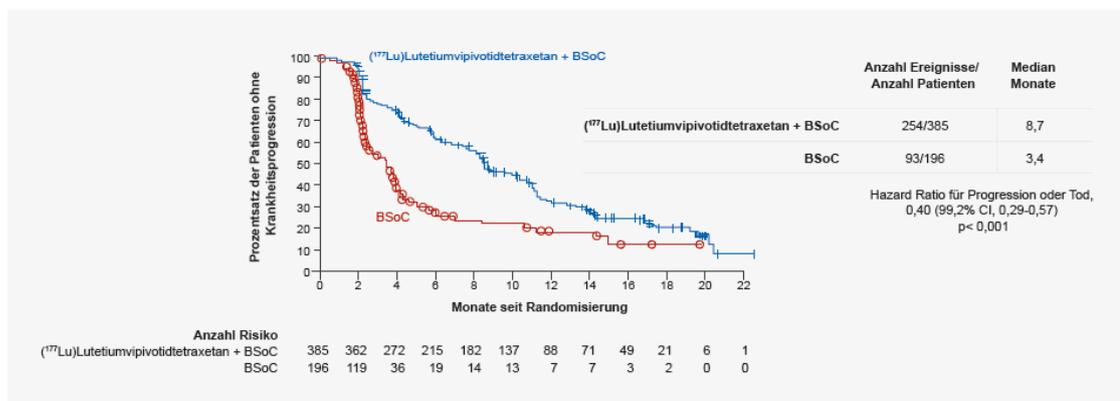
Die Zugabe der RLT mit (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtetraacetat erhöhte das mediane Gesamtüberleben (OS) signifikant: Patienten im RLT/BSoC-Arm überlebten im Median

15,3 Monate, verglichen mit 11,3 Monaten im Kontrollarm – ein Unterschied von 4,0 Monaten zugunsten der RLТ. Die Hazard Ratio (HR) betrug 0,62 (95%-Konfidenzintervall [KI]: 0,52 – 0,74; einseitiger p-Wert < 0,001). Dies entspricht einer Verringerung der Gesamtsterblichkeit um 38% unter RLТ.¹

Das radiografisch bestätigte progressionsfreie Überleben (rPFS; ermittelt in einer präspezifizierten Subgruppe von n = 581) war ebenfalls im RLТ/BSoC-Studienarm signifikant verbessert: Die Zeit bis zum radiografischen Krankheitsprogress oder Tod betrug unter RLТ/BSoC 8,7 Monate vs. unter BSoC allein 3,4 Monate (Differenz: 5,3 Monate zugunsten der RLТ; HR: 0,40; 99,2%-KI: 0,29 – 0,57; einseitiger p-Wert < 0,001).¹

Die beiden Parameter OS und rPFS (Abb. 1) waren co-primäre Studienendpunkte. Somit war die Radioligandentherapie mit (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidetraxetan zusammen mit BSoC signifikant wirksamer als BSoC allein.¹

A Radiografisches progressionsfreies Überleben



B Gesamtüberleben

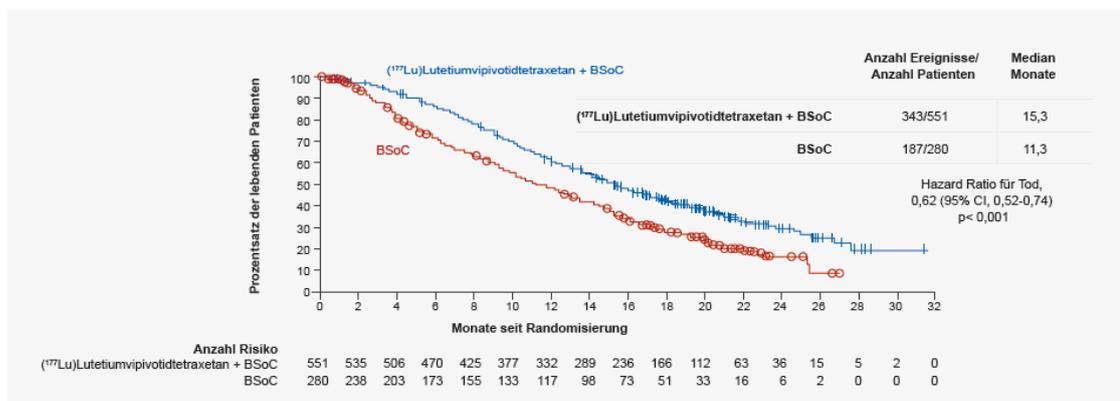


Abbildung A und B: Unter Radioligandentherapie (RLТ) mit (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidetraxetan plus bestmögliche Standardversorgung (BSoC) erzielten PSMA-positive mCRPC-Patienten in der VISION-Studie ein signifikant längeres Gesamtüberleben und radiografisches progressionsfreies Überleben als unter BSoC allein (nach¹).

Patienten blieben länger frei von symptomatischen skelettalen Ereignissen

Ein wichtiger sekundärer Studienendpunkt betraf symptomatische skelettale Ereignisse.¹ Dazu gehörten nicht-traumatische Knochenfrakturen, Rückenmarkskompression, tumorbedingte orthopädisch-chirurgische Maßnahmen oder die Notwendigkeit der Bestrahlung zur Linderung krankheitsbedingter Knochenschmerzen.⁴ Die mediane Zeit bis zum ersten skelettalen Ereignis oder bis zum Tod betrug 11,5 vs. 6,8 Monate; sie konnte also durch die RLТ um 4,7 Monate verlängert werden (HR: 0,50; 95%-KI: 0,40 – 0,62; 2-seitiger p-Wert < 0,001).¹

Innerhalb der präspezifizierten Subgruppe mit einer messbaren Targetläsion laut RECIST 1.1 zu Studienbeginn (n = 248) erzielten mehr Patienten unter RLT/BSoC als unter BSoC allein ein komplettes Ansprechen (CR; 9,2% vs. 0,0%) bzw. ein partielles Ansprechen (PR; 41,8% vs. 3,0%).¹

Ein weiterer sekundärer Endpunkt war der Anteil der Patienten, die einen $\geq 50\%$ igen Abfall des Serumwertes für Prostata-spezifisches Antigen (PSA) erreichen konnten. Dies war bei 46,0% der Patienten mit RLT vs. 7,1% der Patienten der Kontrollgruppe der Fall. Eine $\geq 80\%$ ige PSA-Reduktion erreichten 33,0% vs. 2,0% der Teilnehmer beider Gruppen.¹

Deutliche Verbesserungen fanden sich in der RLT-Gruppe außerdem im Hinblick auf

- die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL), gemessen mit dem Fragebogen „Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate“ (FACT-P),
- den Gesundheitszustand laut EQ-5D VAS und
- den Schmerz per se, ermittelt mit Hilfe des „Brief Pain Inventory – Short Form“ (BPI-SF).¹

Mehr Mundtrockenheit, mehr Zytopenien, weniger Schmerzen

Unter der Radioligandentherapie mit (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtetraacetat wurden in der VISION-Studie keine neuen Sicherheitssignale beobachtet. Beim Vergleich der Raten unerwünschter Ereignisse (UE) ist zu berücksichtigen, dass die Patienten im investigativen Studienarm > 3-mal so lange unter Therapie blieben wie die Patienten in der Kontrollgruppe: Die mediane Expositionsdauer für (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtetraacetat bzw. BSoC in der RLT-plus-BSoC-Gruppe betrug 6,9 bzw. 7,6 Monate. Dagegen lag die mediane Expositionsdauer für BSoC in der Kontrollgruppe bei nur 2,1 Monaten. In der Gruppe mit RLT plus BSoC war demnach die Wahrscheinlichkeit erhöht, ein UE zu erleiden.¹

In beiden Studienarmen vergleichbar häufig wurden Fatigue und gastrointestinale Ereignisse beobachtet. Folgende Raten wurden dokumentiert (adjustiert nach Exposition, jeweils in Ereignissen pro 100 Patientenjahre [UE/100 PJ]): Fatigue (79,7 in der RLT-plus-BSoC-Gruppe vs. 77,2 in der Kontrollgruppe nur mit BSoC), Übelkeit (62,9 vs. 55,0), Obstipation (29,3 vs. 33,6), Diarrhoe (27,5 vs. 8,5) und Erbrechen (26,8 vs. 18,5).⁵

Da PSMA neben Prostatakrebszellen auch in den Tränen- und Speicheldrüsen verstärkt exprimiert wird, traten vor allem Mundtrockenheit, aber auch trockene Augen unter RLT plus BSoC deutlich häufiger auf als unter BSoC allein: Die Rate für Mundtrockenheit betrug 75,1 vs. 1,4 und für trockene Augen 3,8 vs. 2,8/100 PJ. Auch der Anteil an Patienten mit verringerten Blutzellzahlen war erwartungsgemäß unter der Radioligandentherapie höher als ohne diese. So fand sich eine Anämie bei 47,7 vs. 40,8, eine Leukozytopenie bei 23,0 vs. 12,6 und eine Thrombozytopenie bei 16,9 vs. 5,6 Patienten/100 PJ.

Jeweils in der Kontrollgruppe häufiger als in der RLT-Gruppe wurden muskuloskeletale, renale, hepatische und Dyspnoe-Ereignisse beobachtet. Folgende Ereignisraten wurden unter RLT/BSoC vs. BSoC allein dokumentiert: Rückenschmerz 34,0 vs. 44,7, Gelenkschmerz 32,5 vs. 40,6, Knochenschmerz 14,8 vs. 24,5, Stürze 9,4 vs. 17,6, erhöhte Kreatininwerte 6,8 vs. 6,9, akute Nierenschädigung 4,5 vs. 11,2, erhöhte Leber-Transaminasen 3,6 vs. 8,4 und Dyspnoe 13,1 vs. 28,9 UE/100 PJ.⁵ Insgesamt zeigte das Nutzen-Risiko-Profil deutliche Vorteile für die Patienten unter RLT/BSoC.¹

Referenzen

1. Sartor O et al., N Engl J Med 2021; 385: 1091–1103.
2. Ghosh A et al., J Cell Biochem 2004; 91:528–39.
3. Kurth J et al., ASCO Genitourinary Cancers Symposium, Feb 2020, Poster # TPS265.
4. Parker C et al., N Engl J Med 2013; 369: 213–223.
5. Chi KN et al., ASCO Genitourinary Cancers Symposium, Feb 2022, Poster # D12.

###

Pressekontakt

Sophie Grundmann
Communications & Engagement Manager
Novartis Pharma GmbH
sophie.grundmann@novartis.com