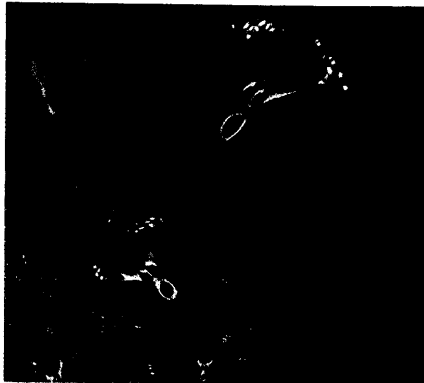


Newsletter Anti-Angiogenese



Editorial

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

es ist für mich eine Ehre, beginnend mit dieser Ausgabe die Herausgeberschaft für den Newsletter Anti-Angiogenese zu übernehmen. Der Newsletter, der alle drei Monate erscheint, wendet sich an onkologisch tätige Ärzte, Apotheker und andere Fachinteressierte und informiert über neue Forschungserkenntnisse und klinische Neuentwicklungen auf dem Gebiet der Anti-Angiogenese. Ich halte diesen Newsletter für sehr wichtig, insbesondere auch in Deutschland, da doch viele der Ursprünge der Anti-Angiogenese-Forschung und auch der anti-angiogenen Therapie hierzulande zu finden sind. Hierbei denke ich an Namen wie Werner Risau vom Max-Planck-Institut in Bad Nauheim, Dieter Marmé, ehemals Klinik für Tumorbiologie in Freiburg, oder Helmut Augustin vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg. Vor diesem Hintergrund bedeutet die Übernahme der Herausgeberschaft des Newsletters für mich auch eine große Herausforderung. Den Schwerpunkt der vorliegenden Ausgabe bildet die anti-angiogene Therapie des metastasierten Nierenzellkarzinoms, denn hier hat in den letzten Jahren und Monaten eine dramatische Entwicklung stattgefunden. Stand dem behandelnden Arzt bis vor Kurzem nur die Immuntherapie mit Interferon alfa2a zur Verfügung, so gibt es heute vier zielgerichtete Substanzen: die beiden Multityrosinkinaseinhibitoren Sunitinib (Sutent®) und Sorafenib (Nexavar®), den VEGF-Antikörper Bevacizumab (Avastin®), den wir schon seit mehreren Jahren von der



Therapie des kolorektalen Karzinoms her kennen, und – für Hochrisikopatienten – seit Kurzem den m-TOR-Hemmer Temsirolimus (Torisel®). Hinsichtlich Angriffspunkt und Wirkungsweise unterscheiden sich die genannten Substanzen deutlich. Während Bevacizumab

selektiv gegen den vaskulären endothelialen Wachstumsfaktor VEGF, einen Schlüsselfaktor der Angiogenese, gerichtet ist, handelt es sich bei Sunitinib und Sorafenib um Multitargetinhibitoren, die zwar unter anderem auch den VEGF-Signalweg blockieren (über den VEGF-Rezeptor als Zielstruktur), darüber hinaus aber noch etliche weitere Zielstrukturen ebenfalls angreifen. Ob das von Vorteil ist, ist klinisch bis heute nicht belegt und nirgendwo beschrieben. Aus der persönlichen Erfahrung im Umgang mit Nierenkrebspatienten weiß ich, dass der Multitargetansatz durchaus mit ausgeprägten Nebenwirkungen verbunden sein kann – insbesondere eine zum Teil schwere Diarrhö und eine nicht zu unterschätzende Fatigue stehen hier ganz klar im Vordergrund. Die Verträglichkeit von Bevacizumab kann als sehr gut bezeichnet werden, wohl aufgrund der hochselektiven Wirkung. Die häufigsten Nebenwirkungen hier sind ein Bluthochdruck und leichtes Nasenbluten. Weitere Details zu den genannten Substanzen finden Sie in der nachfolgenden Übersicht. Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen!

Ihr
PD Dr. Joachim Drevs, Freiburg

Inhalt

	Seite
Editorial	1
von PD Dr. Joachim Drevs, Freiburg	
Übersicht	2
<i>Anti-Angiogenese ist nicht gleich Anti-Angiogenese</i>	
Meilensteine in der Tumorangiogenese-Forschung	4
<i>Die erste anti-angiogene Therapie erfolgte mit Interferon</i>	
Journalclub	5
<i>Bevacizumab First-line beim metastasierten Mammarkarzinom</i>	
Magazin	6
<i>VEGF-Inhibition – ein Meilenstein in der Nierenkrebstherapie</i>	6
<i>„Anti-Angiogenese beim metastasierten Nierenzellkarzinom – Erfahrungen aus der Praxis“</i>	7
<i>Interview mit Prof. Gerald H. Mickisch, Bremen</i>	
Service	8
<i>Neuzulassungen / Bücher / Termine</i>	

ES. A
111
-Zeil. zu 46,4-
ZB MED