Das Lungenkarzinom im klinischen Alltag

— Die Behandlung von Lungenkrebspatienten ist in der LungenClinic Großhansdorf Alltag. Jedem Patienten ein individuell optimales Management zukommen zu lassen erfordert eine ganzheitliche Perspektive. Gerade beim nichtkleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) zählt dazu auch eine frühzeitige Bestimmung des Mutationsstatus des Tumors. Nur so lassen sich auch die Patienten identifizieren, die beispielsweise von der Therapie mit Afatinib (Giotrif®) besonders profitieren.

Der irreversible Tyrosinkinaseinhibitor (TKI) der ErbB-Family Afatinib führte insbesondere bei Patienten mit Del19-Mutation zu einem signifikanten Überlebensvorteil im Vergleich zur Standardtherapie mit Cisplatin/Pemetrexed [Yang JC et al. ASCO 2014; Abstr 8004]. Die auf dem diesjährigen ASCO vorgestellten Daten belegen zudem, dass auch bei Patienten, für die aufgrund von Nebenwirkungen eine Dosisreduktion notwendig wird, die Wirksamkeit von Afatinib

erhalten bleibt [Yang JC et al. ASCO 2015; Abstr 8073]. Gleichzeitig reduzierten sich in der Studie die TKI-relevanten Nebenwirkungen signifikant, erläuterte Niels Reinmuth, Großhansdorf. In dieser Untersuchung war in der Subgruppe der Patienten mit den häufigen EGFR-Mutation Del19 und L858R (89%) das progressionsfreie Überleben im Vergleich zu der Standardtherapie nahezu verdoppelt (13,6 vs. 6,9; $p < 0,001$).

Aus Sicht von Reinmuth unterstützt ein weiterer Punkt die für den Erfolg der Behandlung unverzichtbare Compliance der Patienten: Unter der Afatinib-Therapie wurden die lungenkrebspezifischen Symptome deutlich besser kontrolliert als unter der Chemotherapie [Yang JC et al. J Clin Oncol. 2013; 31(27):3342-50]. *Doris Berger*

Meet the Clinic: „Behandlung von NSCLC-Patienten (Stadium IIIb/IV) mit und ohne therapierbare/n Mutationen“ Großhansdorf, 11. August 2015; Veranstalter: Boehringer Ingelheim

mCRPC: Entscheidungshilfen für die individuelle Therapiesequenz finden

— Patienten mit metastasiertem, hormon-naivem Prostatakarzinom und hoher Tumorlast (≥ 4 Knochenmetastasen, davon 1 außerhalb des Stammskeletts oder viszerale Metastasen) überlebten in der STAMPEDE-Studie unter einer kombinierten Therapie aus Androgendeprivationstherapie (ADT) plus Docetaxel im Median 22 Monate länger als unter einer ADT allein (65 vs. 43 Monate) [James ND et al. J Clin Oncol. 2015;33(Suppl 7):Abstr. 5001].

In der Erstlinientherapie des metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (mCRPC) könnten die viszerale Metastasierung, eine hohe Tumoraggressivität oder ein nur kurzes Ansprechen auf eine primäre ADT Entscheidungskriterien für den frühzeitigen Einsatz einer Chemotherapie sein, sagte Christian Thomas, Frankfurt/Main. Auch die Therapiesequenz beeinflusst das Gesamtüberleben (OS). Eine retrospektive Analyse von 735 mCRPC-Patienten weist auf ein längeres OS bei einer prolongierten Taxantherapie hin, wenn nach Docetaxel also

gleich mit Cabazitaxel weiterbehandelt wurde [Maines F et al. Crit Rev Oncol Hematol. 2015; Aug 1. (Epub ahead of print)]. 76,4% der Patienten, die nach Docetaxel-Versagen Cabazitaxel (Jevtana®) und anschließend eine gegen den Androgenrezeptor (AR) gerichtete Therapie erhielten, waren nach zwölf Monaten noch am Leben. 61,7% waren es, wenn auf Docetaxel die AR-gerichtete Therapie folgte und danach Cabazitaxel. Von den Patienten, die nach Docetaxel eine AR-gerichtete Therapie und kein Cabazitaxel in der Sequenz erhielten, lebten nach einem Jahr noch 28,5%. Thomas zufolge ist bei gutem Allgemeinzustand die frühe Therapie mit Cabazitaxel sinnvoll, da mit dem Fortschreiten der Erkrankung der Einsatz einer Chemotherapie immer unwahrscheinlicher wird. *Claudia Mäck*

Satellitensymposium „Das fortgeschrittene Prostatakarzinom – Aufbruch in eine neue Therapieära?“, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Hamburg, 24. September 2015; Veranstalter: Sanofi-Aventis

VEGFR-2-Inhibition bei fortgeschrittenem Magenkarzinom

Die Phase-III-Studien REGARD und RAINBOW bestätigen den VEGFR-2-Signalweg als ein wichtiges Angriffsziel bei Patienten mit fortgeschrittenem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs. Ramucirumab (Cyramza®) hat sich sowohl in Monotherapie als auch in Kombination mit Paclitaxel als wirksam erwiesen. Die Patienten erreichten mit dem Angiogenesehemmer eine signifikante Verlängerung des Gesamtüberlebens und des progressionsfreien Überlebens [Fuchs CS et al. Lancet. 2014;383(9911):31-9; Wilke H et al. Lancet Oncol. 2014;15(11):1224-35]. Gleichzeitig hat sich die Substanz als relativ gut verträglich erwiesen. In der palliativen Situation, in der die Lebensqualität der Patienten im Mittelpunkt steht, hat dies eine besondere Bedeutung. Unerwünschte Ereignisse kamen in REGARD in beiden Behandlungsgruppen mit vergleichbarer Häufigkeit vor (94 vs. 88%), die Hypertonie-Rate unter Ramucirumab war allerdings höher als unter Placebo (16 vs. 8%). *red.*

Nach Informationen von Lilly

NSCLC: Verträglichere Therapie mit nab-Paclitaxel

Durch die Nanotechnologieformulierung von Paclitaxel ist die Therapie des fortgeschrittenen, nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) effektiver und verträglicher geworden: nab-Paclitaxel (Abraxane®) konnte in Kombination mit Carboplatin die Ansprechraten im Vergleich zu konventionellem Paclitaxel plus Carboplatin steigern – bei reduzierter Toxizität [Socinski MA et al. J Clin Oncol. 2012;30(17):2055-62]. Die bisherigen Praxiserfahrungen bestätigen laut Walburga Engel-Riedel, Köln, die Studiendaten. Sie betonte, dass die Anwendung von platinhaltigen Verbindungen in Kombination mit einem Taxan im klinischen Alltag durch Neuropathien und allergische Reaktionen erschwert sei. „Unsere ersten Therapieerfolge mit dem lösungsmittelfreien nab-Paclitaxel plus Carboplatin haben dazu geführt, dass Patienten in unserer Abteilung, die für Taxane und Carboplatin prinzipiell infrage kommen, nun als Standardchemotherapie ein nab-Paclitaxel-basiertes Regime erhalten. Eine Prämedikation ist dabei nicht erforderlich“, berichtete Engel-Riedel. *red.*

Nach Informationen von Celgene