

Nichtkleinzelliges Lungenkarzinom

## Immunmonotherapie besonders effektiv bei PD-L1-Hochexprimierern

Die Behandlung mit Immuncheckpointinhibitoren (ICI) bietet Menschen mit fortgeschrittenem PD-L1-positivem nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC), die keine therapierbare Treibermutationen aufweisen, erstmals die Option auf ein Langzeitüberleben.

Mit dem PD-1-Inhibitor Cemiplimab (Libtayo®) steht eine effektive ICI-Therapie für die Erstlinie beim fortgeschrittenem NSCLC ohne adressierbare Treibermutation und Nachweis einer PD-L1-Expression auf mindestens 50 % der Tumorzellen zur Verfügung. Die Zulassung umfasst auch jene

mit lokal fortgeschrittener Erkrankung (Stadium IIIB/C), die keine Kandidaten für eine definitive Radiochemotherapie sind. Die Monotherapie mit Cemiplimab reduzierte in der Zulassungsstudie EMPOWERLung 1 gegenüber der platinbasierten Chemotherapie das relative Sterberisiko

der Betroffenen um 43 % (Hazard Ratio [HR] 0,57;  $p = 0,0002$ ) [Sezer A et al. *Lancet*. 2021; 397(10274):592-604]. Die Subgruppenauswertung für das Stadium IIIB/C ergab sogar eine relative Risikoreduktion um 52 % (HR 0,48;  $p = 0,09$ ), erläuterte Silvia Gütz, Leipzig.

Nach Gütz war die Cemiplimab-Monotherapie umso effektiver, je höher die PD-L1-Expression lag. Sogenannte „Hochexprimierer“ (PD-L1-Expression  $\geq 90\%$ ) sind laut Gütz wahrscheinlich mit der ICI-Therapie „sehr gut behandelt“ und benötigen keine zusätzliche Chemotherapie.

*Birgit-Kristin Pohlmann*

OnkoLive Symposium „Immuntherapie beim (fortgeschrittenen) NSCLC“, 2. Februar 2022; Veranstalter: Sanofi-Aventis

Rezidiertes/refraktäres B-Zell-Lymphom

## CAR-T-Zellen früher einsetzen

Bisher sind CAR-T-Zell-Therapien bei B-Zell-Lymphomen ab der dritten Behandlungslinie zugelassen. In mehreren Studien wird die Wirksamkeit in früheren Linien geprüft – auch in der TRANSFORM-Studie mit Lisocabtagen-Maraleucel.

Die Prognose von Personen mit rezidiviertem/refraktärem B-Zell-Lymphom hat sich durch den Einsatz von CAR-T-Zellen verbessert. Diese werden zurzeit ab der dritten Linie eingesetzt. Lisocabtagen-

Maraleucel (Breyanzi®) ist bisher nur in den USA auf Basis der TRANSCEND-NHL-001-Studiendaten zugelassen. Mittlerweile liegen Ergebnisse nach einem Follow-up von zwei Jahren vor. Sie zeigen, dass 73 % der Erkrankten auf die CAR-T-Zell-Therapie ansprechen, darunter 53 % komplett, erklärte Anna Sureda, Barcelona, Spanien. Das mediane progressionsfreie Überleben betrug 6,8 Monate, das mediane Gesamtüberleben 27,3 Monate [Abramson JS et al. *Blood*. 2021; <https://doi.org/hrz8>].

Wie Stephan Mielke, Stockholm, Schweden, ergänzte, laufen einige Untersuchungen, in denen der Einsatz auch in früheren Therapielinien geprüft wird – so auch in der TRANSFORM-Studie, in der 184 Personen mit aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen in zweiter Therapielinie entweder Lisocabtagen-Maraleucel oder den Standard of Care erhielten. Das ereignisfreie Überleben war im Prüfarm signifikant länger (median 10,1 vs. 2,3 Monate) [Kamdar M et al. *ASH*. 2021; Abstr 91].

*Miriam Sonnet*

Symposium „The Evolving CART Treatment Paradigm in Lymphoma“ anlässlich des EBMT 2022 in Prag, Tschechien, 20. März 2022; Veranstalter: Bristol-Myers Squibb

Triple-negatives Mammakarzinom (TNBC)

## Optimales Management – optimaler Effekt

Das metastasierte TNBC (mTNBC) hat eine ungünstige Prognose und ist schwer behandelbar. Das Potenzial des Antikörper-Wirkstoff-Konjugats (ADC) Sacituzumab Govitecan lässt sich hier bei einem optimalen Therapiemanagement gut ausschöpfen.

Sacituzumab Govitecan (Trodelvy®) wurde im November 2021 als erstes ADC zur Behandlung fortgeschrittener TNBC nach Vorbehandlung mit  $\geq 2$  systemischen The-

rapien ( $\geq 1$  in der fortgeschrittenen Situation) zugelassen. In der Phase-III-Studie ASCENT wurden mTNBC-Betroffene randomisiert entweder mit Sacituzumab Govitecan oder einer Therapie nach Wahl der behandelnden Ärztinnen und Ärzte behandelt, berichtete Volkmar Müller, Hamburg-Eppendorf. Trotz starker Vorbehandlung (median 4 Therapien) waren progressionsfreies (PFS) und Gesamtüberleben (OS) unter dem ADC signifikant besser (PFS: 5,6 vs. 1,7 Monate;  $p < 0,001$ ; OS:

12,1 vs. 6,7 Monate;  $p < 0,001$ ) [Bardia A et al. *N Engl J Med*. 2021;384(16):1529-41].

Essentiell sei anfangs eine engmaschige Kontrolle und die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen, so Müller. Dann ließen sich potenzielle Nebenwirkungen mit einem geeigneten Therapiemanagement meist gut kontrollieren; Neutropenien etwa mit einer Dosisreduktion oder -Verzögerung. Der Therapieerfolg würde dadurch nicht gefährdet.

*Günter Springer*

Virtuelle Pressekonferenz „Sacituzumab Govitecan bei mTNBC: Erste Praxis-Empfehlungen für ein optimales Therapiemanagement“, 7. März 2022; Veranstalter: Gilead Sciences