



Nachgefragt

Immuntherapie in der NSCLC-Therapie: von Neuzulassungen bis zur Kombination von Checkpointhemmern

Im Rahmen der Jahrestagung der deutschsprachigen Fachgesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie 2018 in Wien, Österreich, befragten wir Dr. med. Wilfried E. Eberhardt vom Westdeutschen Tumorzentrum über die neuen Entwicklungen unter anderem in der Immuntherapie von Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC).

? Welche Neuerungen sind in nächster Zeit in der Behandlung von Patienten mit NSCLC zu erwarten?

Dr. med. Wilfried Eberhardt: Das Wichtigste ist die inzwischen zugelassene Immuntherapie mit Durvalumab als konsolidierende Therapie alle vier Wochen nach simultaner Chemostrahlentherapie bei Patienten im NSCLC-Stadium III. Damit ist eine verbesserte Heilungsrate für 10% der Patienten möglich. Ebenfalls zugelassen ist die Kombination von Pembrolizumab mit der Chemotherapie als Erstlinientherapie beim metastasierten Nichtplattenepithelkarzinom. Das nächste – etwa in zwei, drei Monaten – wird wahrscheinlich die Zulassung einer Kombination ebenfalls mit Pembrolizumab beim metastasierten Plattenepithelkarzinom sein.

? Welchen Stellenwert hat inzwischen die Checkpointhemmerbehandlung beim Lungenkarzinom generell?

Eberhardt: Die Checkpointinhibition ist mittlerweile beim NSCLC aus den Therapiekonzepten und -algorithmen nicht mehr wegzudenken. Wir werden auch bei den kleinzelligen Lungenkarzinomen (SCLC) – vor kurzem in Toronto beim WCLC-Kongress vorgestellt – eine Erstlinientherapie mit Atezolizumab in Kombination mit Carboplatin plus Etoposid bei Patienten mit metastasiertem SCLC bekommen. Wahrscheinlich wird es dafür Anfang 2019 die Zulassung geben.

? Können Kombinationen aus zwei Checkpointhemmern beim NSCLC sinnvoll sein?

Eberhardt: Aufgrund erster Studienergebnisse gibt es zumindest die Option dafür. Da warten wir aber noch auf die Überlebensdaten, und zwar mit der Kombination Nivolumab plus Ipilimumab, vor allem bei Patienten mit einer hohen Mutationslast, TMB [„tumor mutational burden“ – Anm. d. Red.]. Der Marker muss jedoch noch von Pathologen validiert werden. Ich denke, Anfang 2019 wird es in Deutschland Zentren geben, die den TMB bestimmen können. Patienten mit einer hohen Mutationslast im Tumorgewebe werden nur dann, wenn die Überlebensdaten aus laufenden

Studien positiv sein sollten, vielleicht die Möglichkeit bekommen, eine kombinierte Immuntherapie zu erhalten.

? Platinderivate sind Bestandteil der NSCLC-Chemotherapie. Meist wird Cisplatin wegen der besseren Wirksamkeit – trotz höherer Toxizität – bevorzugt. Wann spielt denn Carboplatin noch eine Rolle?

Eberhardt: Leider muss man sagen, dass noch von vielen niedergelassenen Onkologen Carboplatin eingesetzt wird. Die Cisplatin-Therapie ist aber effektiver, was auch in Metaanalysen bestätigt wurde. Carboplatin spielt aber bei Patienten mit Komorbiditäten eine Rolle, etwa Niereninsuffizienz, Herzinsuffizienz, COPD oder mit einem Emphysem, also Risikokonstellationen bei älteren Patienten.

? Wird die CAR-T-Zelltherapie eines Tages auch beim NSCLC eine Option sein?

Eberhardt: Es gibt Überlegungen, die Therapie bei jüngeren NSCLC-Patienten mit weniger Komorbiditäten anzuwenden. Ich denke, das wird kommen. Wegen der Toxizitäten muss man aber erst einmal sehr zurückhaltend sein. Unsere NSCLC-Patienten sind median 68 Jahre alt und haben alle irgendwelche Komorbiditäten. Es ist daher fraglich, ob die aggressive CAR-T-Zelltherapie bei vielen Patienten gemacht werden kann.

? Gibt es schon Studien zur CAR-T-Zelltherapie beim NSCLC?

Eberhardt: Es gibt mit Sicherheit Einzelfallberichte in USA. Ich kenne aber im deutschsprachigen Raum keine Studie dazu. Ich kann mir aber vorstellen, dass das irgendwann einmal kommen wird.

! Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Peter Leiner



© W. E. Eberhardt

„Die Checkpointinhibition ist mittlerweile beim NSCLC aus den Therapiekonzepten und -algorithmen nicht mehr wegzudenken.“

Dr. med. Wilfried E. Eberhardt

Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Innere Klinik (Tumorforschung), Universitätsklinikum Essen, Westdeutsches Tumorzentrum