



Kopf-Hals-Tumoren

24 Was tun, wenn die First-line-Therapie bei metastasiertem NPC versagt? // 25 Docetaxel statt Cisplatin bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren // 25 Alleinige Immuntherapie ohne Vorteil bei Kopf-Hals-Tumoren // 26 Nasopharynxkarzinom: Lymphknoten künftig nicht mehr bestrahlen? // 26 r/m HNSCC: Pembrolizumab in der Erstlinie wirkt auch in „Real World“

Was tun, wenn die First-Line-Therapie bei metastasiertem NPC versagt?

Beim rezidivierenden oder metastasierten nasopharyngealen Karzinom (NPC) ist das Duo Gemcitabin plus Cisplatin ein Standard in der Erstlinie. Doch was ist zu tun bei Therapieversagen? Die Kombination aus Camrelizumab und Apatinib scheint einen Versuch wert zu sein.

Zu diesem Schluss kommen chinesische Forschende, die in einer Phase-II-Studie den PD-1-Inhibitor Camrelizumab mit dem selektiven gegen VEGFR2 gerichteten Tyrosinkinasehemmer (TKI) Apatinib zur Therapie des NPC kombinierten. In verschiedenen Studien hatte die Kombination aus einem Immuncheckpointinhibitor (ICI) mit einer antiangiogenen Strategie syn-

ergistische Antitumoraktivität gezeigt – ein Potenzial, das sie nun beim NPC in einem so genannten „Simon 2 stage study design“ überprüfen.

Zwischen Oktober 2020 und Dezember 2021 wurden insgesamt 58 Patienten behandelt. Alle Studienteilnehmenden hatten ein histologisch bestätigtes NPC, eine Radiotherapie oder eine Operation kam nicht infrage und sie waren refraktär gegenüber wenigstens einer Chemotherapie oder hatten innerhalb von 6 Monaten nach der Beginn der Radiochemotherapie einen Progress erlebt. Darüber hinaus waren sie bislang weder mit einem ICI noch mit einem antiangiogenen Wirkstoff behandelt worden. Primärer Endpunkt war die objektive Responderrate (ORR).

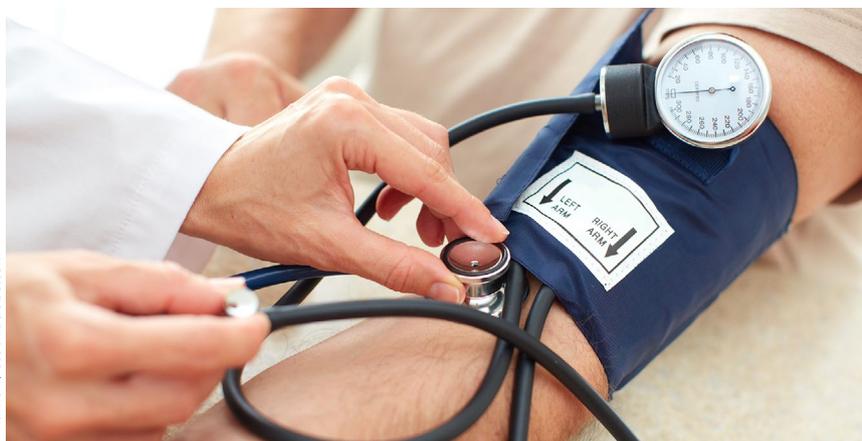
Die Patienten wurden mit der Kombination (Camrelizumab: 200 mg i. v. q3w und Apatinib: 250 mg p. o. 1 × täglich)

bis zu einer weiteren Progression, zum Tod oder inakzeptablen Nebenwirkungen behandelt. Bei einem medianen Follow-up von 12,4 Monaten (range, 2,1–19,9 Monate) lagen ORR bei 65,5% (95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 51,9–77,5), die Krankheitskontrollrate bei 86,2% (95%-KI 74,6–93,9). Das mediane progressionsfreie Überleben lag bei 10,4 Monaten (95%-KI 7,2–13,6). Die mediane Dauer des Ansprechens wurde nicht erreicht.

34 (58,6%) der Behandelten entwickelten höhergradige (\geq Grad 3) therapieassoziierte Nebenwirkungen, darunter Hypertonie (19,0%), nasopharyngeale Nekrose (15,5%), Kopfschmerz (12,1%) sowie ein Anstieg der Aspartat-Aminotransferase (10,3%) und der Kreatin-Phosphokinase (10,3%). 16 Patienten (27,6%) setzten Apatinib nebenwirkungsbedingt ab. Häufigste Komplikation waren bei ihnen nasopharyngeale Nekrosen (56,3%). Rezidivierende nasopharyngeale Läsionen (Odds Ratio [OR] 5,94, 95%-KI 1,45–24,24) und wiederholte Bestrahlungen (OR 5,33, 95%-KI 1,15–24,79) waren positiv mit der nasopharyngealen Nekrose korreliert.

Fazit: Nach Einschätzung der Forschenden ist die Antitumoraktivität der Kombination von Camrelizumab plus Apatinib eine vielversprechende Option bei rezidiviertem oder metastasiertem NPC nach Versagen einer platinbasierten Therapie. Sie weisen allerdings auch auf die moderaten bis schweren Nebenwirkungen hin, die bei mehr als der Hälfte der Behandelten bestanden. *Beate Fessler*

Ding X et al. Camrelizumab plus apatinib in patients with recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma: an open-label, single-arm, phase II study. *J Clin Oncol.* 2023;41(14):2571-82



Hypertonie war eine der häufigsten Nebenwirkungen unter der Therapie mit dem PD-1-Inhibitor Camrelizumab und dem TKI Apatinib.