

## Allergische/s Rhinitis und Asthma bronchiale SLIT bringt „frischen Wind“

Die spezifische Immuntherapie ist nicht nur ein kausaler Behandlungsansatz für die allergische Rhinitis. Aktuelle Studiendaten belegen auch günstige Einflüsse der spezifischen sublingualen Immuntherapie (SLIT) auf Asthma-Symptome.

Das weltweit größte Studienprogramm zur Immuntherapie bei Hausstaubmilbenallergie habe „frischen Wind“ auch in die Therapie bei Asthmas gebracht, so PD Dr. Matthias Krüll, Pneumologe/Allergologe in Berlin. Die Effekte einer sub-

lingualen Immuntherapie (SLIT) gegen Hausstaubmilbe nicht nur bei allergischer Rhinitis, sondern auch bei Asthma konnten so überzeugend gezeigt werden, dass die Global Initiative for Asthma (GINA) 2017 erstmalig empfiehlt, bei Erwachsenen mit Hausstaubmilbenallergie, die trotz inhalativer Kortikosteroide Exazerbationen haben, eine SLIT zusätzlich zu erwägen [1]. Die HDM-SLIT-Tablette (Acarizax®) ist bei mittelschwerer/schwerer durch Hausstaubmilben induzierter allergischer Rhinitis und bei assoziiertem nicht gut kontrolliertem allergischem Asthma zugelassen. Kürzlich wurde die Zulassung auf Kinder/Jugendliche ab 12 Jahren mit hausstaubmilbeninduzierter allergischer Rhinitis erweitert.

Als „Meilenstein“ bezeichnete Prof. Claus Bachert, Fachbereich HNO-Heilkunde, Unihospital Gent, auch die aktuel-

len Ergebnisse der GAP-Studie (Grazax® Asthma Präventionsstudie): Erstmals wurde in einer randomisierten, doppelblinden, kontrollierten Studie gezeigt, dass eine SLIT gegen Gräserpollen (GP) bei Kindern das Risiko für die Entwicklung von Asthma und den Bedarf für Asthmamedikation signifikant senkt [2]. In die Studie mit einer Therapie von 3 und einer Nachbeobachtung von 2 Jahren, wurden 812 Kinder (5–12 Jahre) mit GP-induzierter allergischer Rhinokonjunktivitis aufgenommen. Der Effekt nahm mit der Zeit zu und war in der GP-Saison und im Winter erkennbar. Auch wurde die schon früher gezeigte nachhaltige Besserung der Rhinokonjunktivitis-Symptome sowie das Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil bestätigt. *Angelika Bauer-Delto*

### Literatur

1. GINA: <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
2. Valovirta E. et al. J Allergy Clin Immunol 2017; doi: 10.1016/j.jaci.2017.06.014

Quelle: Symposium „Update Spezifische Immuntherapie“. 51. Fortbildung für HNO-Ärzte, Mannheim, 27.10. 2017. Veranstalter: ALK-Abelló



*Frischer Wind bei der sublingualen Immuntherapie ist auch für Kinder aufgekommen.*

## NSCLC

### Neuer Tyrosinkinasehemmer ist der ersten Generation in der Erstlinie überlegen

Der EGFR-Tyrosinkinasehemmer (TKI) Osimertinib verlängerte im Vergleich zu den bisherigen Standard-TKIs Erlotinib oder Gefitinib in der Erstlinientherapie bei Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) Stadium IV das progressionsfreie Überleben (PFS), zeigte eine bessere ZNS-Kontrollrate und war besser verträglich.

Mit diesen neuen Daten zur Erstlinientherapie bei positivem EGFR-Mutationsstatus im Stadium IV könnte Osimertinib (Tagrisso®) nach Zulassungserweiterung für diese Indikation ein neuer Standard bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC mit EGFR-Mutation werden, ordnete Prof. Frank Griesinger, Pius Hospital Oldenburg, die Ergebnisse der Phase-III-Studie FLAURA ein. Darin erhielten 556 NSCLC-Patienten im Stadium IV randomisiert entweder Osimertinib (80 mg/d, n=229) oder die bisherige TKI-Standardtherapie Gefitinib (250 mg/d)

oder Erlotinib (150 mg/d, n=277) (Ramalingam SS et al. ESMO 2017; OP). Die beiden Arme waren stratifiziert nach dem Mutationsstatus (Exon 19 Deletion/L858R) u. Ethnizität (asiatisch oder nicht).

Osimertinib verlängerte im Vergleich zu den beiden anderen TKIs das PFS um 8,7 Monate (10,2 vs. 18,9, HR 0,46, 95%-KI 0,37, 0,57; p<0,0001), das entspricht einer Reduktion des Progressions- und Sterberisikos von 54 %. Für Griesinger ist das im primären Endpunkt ein beeindruckender Vorteil, der so deutlich nicht erwartet worden sei. Ein verlängertes PFS zeigte sich in

allen Subgruppen, auch bei Hirnfiliae (9,6 vs. 15,2 Monate; HR 0,47; p=0,009). Dass sei ein Beleg, dass Osimertinib im Gehirn so wirksam ist wie außerhalb, so Griesinger. Im Gesamtüberleben habe sich schon ein Trend für ein besseres Überleben mit Osimertinib angedeutet. Der Vorteil gegenüber den anderen TKIs zeigte sich auch bei der Verträglichkeit: Das Sicherheitsprofil der 3 TKIs war zwar vergleichbar, aber mit TKIs der ersten Generation traten mehr unerwünschte Ereignisse  $\geq$  Grad 3 und mehr Studienabbrüche auf.

Die Zulassung von Osimertinib für die Erstlinie bei lokal fortgeschrittenem/metastasiertem EGFR-mutationspositivem NSCLC wird laut Dr. Karl Matussek, AstraZeneca, für Mitte 2018 erwartet. Ab 1.11.2017 sei es auch wieder für die Zweitlinie bei lokal fortgeschrittenem/metastasiertem EGFR T790M mutationspositivem NSCLC verfügbar. *Andrea Warpakowski*

Quelle: Pressekonferenz „am 29.9. 2017, Jahrestagung der DGHO, OeGHO, SGMO und SGH in Stuttgart; Veranstalter: AstraZeneca