



Viele neue Studien konnten die ASCO-Besucher in der Posterausstellung bestaunen. Manche Ergebnisse könnten die Praxis beeinflussen.

Neue Daten zum Pleuramesotheliom

Beim Pleuramesotheliom konnte gezeigt werden (Tsao-AS et al., ASCO 2018, 8514), dass die Hinzunahme von Cediranib zu Cisplatin und Pemetrexed zwar die Ansprechrate, aber nicht das PFS – den primären Endpunkt dieser placebokontrollierten Phase-II-Studie – verbessert. Durvalumab in Kombination mit Cisplatin und Pemetrexed und als Erhaltungstherapie konnte in einer einarmigen Phase-II-Studie (Nowak-AK et al. ASCO 2018, 8503) ein progressionsfreies Überleben von 7,3 Monaten erzielen.

Pembrolizumab beim kleinzelligen Lungenkarzinom (SCLC)

In einer Analyse der KEYNOTE 158 Basket-Studie (Chung-HC et al. ASCO 2018, 8506) mit 107 an fortgeschrittenem SCLC erkrankten Patienten ließ sich durch Pembrolizumab eine Ansprechrate von 18,7 % erzielen. Mit einer weiteren Phase-II-Studie namens TRINITY (Carbone-DP et al. TRINITY ASCO 2018, 8507) wurden Daten für Patienten mit einem DLL3-exprimierendem SCLC nach mindestens zwei vorausgegangenen Therapielinien gezeigt. Für Patienten in der 3. bis 7. Therapielinie, deren SCLC dieses Eiweiß exprimiert, wurde eine Ansprechrate von 12 % und ein progressionsfreies Überleben von 5,6 Monaten erreicht.

EGFR-TKI

Neue Strategien bei NSCLC mit onkogenen Treibermutationen

Neue Daten wurden zum NSCLC mit Treibermutationen vorgestellt. Im Test ein EGFR-Tyrosinkinase-Inhibitor der zweiten Generation und eine Kombination aus zwei Antikörpern.

Dass ein EGFR-Tyrosinkinase-Inhibitor (EGFR-TKI) der zweiten Generation (Dacomitinib) effektiver ist als ein Erstgenerations-Präparat (Gefitinib) ist, hat sich in der ARCHER-1050-Studie [1] bewährt. Die Patienten waren mit der neuen Substanz länger progressionsfrei (14,7 vs. 9,2 Monate), der primäre Endpunkt wurde damit erreicht (HR: 0,59). Auch das Gesamtüberleben wurde verlängert (34,1 vs. 26,8 Monaten, HR: 0,76).

Dennoch ist es nicht wahrscheinlich, dass dieses Ergebnis die Behandlungspraxis ändert. Denn inzwischen ist mit Osimertinib der erste Drittgenerations-TKI in der Erstlinientherapie dieser Erkrankung zugelassen.

Kombination von Tyrosinkinase- und Angiogenesehemmer

Ob beim EGF-mutierten NSCLC eine Kombinationstherapie von EGFR-TKI und VEGF-Inhibitor Vorteile bringt, sollte in der großen randomisierten Phase II-Studie JO25567 [2] und der Phase-III-Studie NEJ026 [3] geklärt werden. 150 Patienten (JO25567) bzw. 214 Patienten (NEJ026) erhielten entweder eine Kombination aus Erlotinib mit Bevacizumab oder Erlotinib alleine. In NEJ026 konnte bei einer progredienten Erkrankung die Therapie mit einer speziellen Chemotherapie fortgesetzt werden.

Eine erste Auswertung der JO25567-Studie hat einen Vorteil der Kombinationstherapie bzgl. des PGS belegen können (16,0 vs. 9,7 Monate, HR: 0,52) [4].

Nun wurden die Daten zum Gesamtüberleben präsentiert: Hier gab es keinen Unterschied: 47,0 vs. 47,4 Monate (HR: 0,81).

In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass in beiden Armen mehr als die Hälfte der Patienten vier oder mehr Therapielinien erhalten haben. Osimertinib erhielten je elf Patienten in jedem Arm.

In der NEJ026-Studie konnte die Kombinationstherapie das PGS ebenfalls deutlich verlängern: 16,9 vs. 13,3 Monate (HR: 0,60). Es gab keine neuen Toxizitäten. Allerdings war vor allem die Rate von Proteinurie und Hypertension im Kombinationsarm höher.

Literatur:

1. Mok-TS et al., ASCO 2018, 9004
2. Yamamoto-N et al., ASCO 2018, 9007
3. Furuya-N et al., ASCO 2018, 9006
4. Seto T, Kato T, Nishio M et al. Erlotinib alone or with bevacizumab as first-line therapy in patients with advanced non-squamous non-small-cell lung cancer harbouring EGFR mutations (JO25567): an open-label, randomised, multicentre, phase 2 study. *Lancet Oncol.* 2014 Oct;15(11):1236–44.