

Moderne Tripeltherapie bei COPD

## Starke Substanzen in einem Inhaler ...

Die Dreifachtherapie der COPD stützt sich auf die Wirkstoffgruppen ICS/LAMA/LABA. Die Strukturveränderung der einzelnen Moleküle ermöglicht eine tägliche Einmalgabe und verbessert das klinische Outcome.

Für die Dreifachtherapie der COPD werden Substanzen der Wirkstoffklassen ICS, LAMA und LABA kombiniert. Dabei ist es nicht unerheblich, welche einzelnen Vertreter zum Einsatz kommen. PD. Dr. med. Kai-Michael Beeh, Wiesbaden, erläuterte, dass es zwischen den einzelnen Substanzen innerhalb der Wirkstoffklassen durchaus relevante Unterschiede gebe. So sei Fluticasonfuroat (FF) ein gänzlich neues Molekül. Es ist Beeh zufolge länger wirksam als Fluticasonpropionat wegen der höheren Bindungsaffinität zum Glukokortikoidrezeptor, sodass eine tägliche Einmalgabe möglich ist.

Umeclidinium, nach Behs Worten als LAMA das „backbone“ der Therapie, sorgt bei Einmalgabe für einen im Vergleich zu Tiotropium rascheren Wirkeintritt und eine Hemmung der Bronchokonstriktion über 24 Stunden.

Mit dem LABA Vilanterol stehe ein Beta-Blocker mit hoher Wirksamkeit, schnellem Wirkeintritt und hoher Beta-2-Selektivität zur Verfügung. Die Kombination aus FF/UMEC/VI (Trelegy®) steht als Tripeltherapie zur Einmalgabe zur Verfügung.

Wie die Daten zur Real-World-Evidenz, die Prof. David Halpin, Exeter/Großbritannien, vorstellte, zeigen, kön-

nen die Patienten Trelegy Ellipta weitestgehend fehlerfrei anwenden und einen ausreichenden inspiratorischen Flow generieren.

In Vergleichsstudien ist die Adhärenz unter einer SITT (single inhaler triple therapy) höher als unter einer MITT (multiple Inhaler triple therapy). So verbesserte sich Halpin zufolge die Adhärenz der Patienten nach einem Switch von MITT zu SITT [1]. Schließlich führte die Dreifachkombination als SITT zu einer besseren Lungenfunktion im Vergleich zu MITT. Ist eine Dreifachtherapie indiziert, dann sollte den Ausführungen von Halpin zufolge so früh wie möglich damit begonnen werden. Denn sie reduziere auch das Risiko von Exazerbationen.

*Dr. Beate Fessler*

Literatur

1. Halpin DMG et al. *IJCOPD*. 2022;17:2417-29

Quelle: Satellitensymposium „How molecular pharmacology is improving patient outcomes in COPD“, ERS-Kongress 2022, online (Veranstalter: GlaxoSmithKline)

Krebsimmuntherapie beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom

## Atezolizumab – auch im frühen Stadium eine effektive Option

Die Krebsimmuntherapie (KIT) ist mit der adjuvanten Zulassungserweiterung von Atezolizumab auch beim frühen operablen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) eine wichtige Therapiesäule, um die Heilungschance der Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Beim metastasierten NSCLC ist die KIT bereits etabliert. Mit der adjuvanten Zulassungserweiterung für Atezolizumab (Tecentriq®) hat sie den Sprung in die Adjuvanz geschafft, betonte Dr. med. Sönke von Weihe, Großhansdorf. Dies sei für Patienten und Patientinnen mit komplett reseziertem NSCLC und hohem Rezidivrisiko ein weiterer wichtiger therapeutischer Schritt.

Auch erfolgreich operierte Patienten könnten ein beträchtliches Rezidivrisiko aufweisen, erklärte der Experte. Grund hierfür seien Chemotherapie-resistente Mikrometastasen, die durch die postoperative Chemotherapie nicht ab-

getötet werden. Die adjuvante Behandlung mit Atezolizumab, die bei hohem Rezidivrisiko im Anschluss an die postoperative Chemotherapie eingesetzt wird, aktiviere das körpereigene Immunsystem und versetze es in die Lage, die Chemotherapie-resistenten Mikrometastasen zu eliminieren, erläuterte von Weihe.

### PD-L1-Status frühzeitig bestimmen

Voraussetzung für den adjuvanten Einsatz von Atezolizumab ist, dass der Tumor keine EGFR(Epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor)-Mutation und/

oder ALK(anaplastische Lymphomkinase)-Positivität aufweise und dass eine PD-L1-Expression auf mindestens 50 % der Tumorzellen (PD-L1 TC ≥ 50 %) vorliegt [2]. Der PD-L1-Status sollte idealerweise bereits bei Erstdiagnose, spätestens während der adjuvanten Chemotherapie bestimmt werden, erläuterte Dr. med. Nicolas Dickgreber, Rheine.

In der IMpower010-Studie hatte die zusätzliche adjuvante Behandlung mit Atezolizumab die Rezidivrate halbiert (22 vs. 44 %; unstratifizierte HR 0,43) [3] und das Risiko zu versterben um 58 % (HR 0,42) reduziert [1]. Letzteres basiert insbesondere auf einer deutlich niedrigeren Fernmetastasierungsrate (9 vs. 26 %) [2].

*Birgit-Kristin Pohlmann*

Literatur

1. Felip E et al, World Congress on Lung Cancer (WCLC) 2022, Orale Präsentation, PL03.09
2. Felip E et al, European Lung Cancer Congress (ELCC), #800, Ann Oncol 2022, 33 (Suppl\_2): S71-78

Quelle: Pressedinner „Krebsimmuntherapie beim NSCLC – Standardkonzept für alle Therapielinien?“, anlässlich des DKK 2022, 13.11.2022 (Veranstalter: Roche)