

Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom

## NSCLC-Erkrankte profitieren langfristig von Immun-Chemo-Kombination

Die Kombination aus Nivolumab, Ipilimumab und Chemotherapie verlängerte in der CheckMate-9LA-Studie das Gesamtüberleben von Erkrankten mit metastasiertem NSCLC. Aktuelle Daten nach drei Jahren Follow-up bestätigen die Wirksamkeit.

„Mit dem Arsenal der Immuntherapie haben wir viele neue Möglichkeiten, die Behandlung zu verbessern“, sagte Dr. Jonas Kuon, Heilbronn, mit Blick auf das nicht-kleinzellige Lungenkarzinom (NSCLC). Als Beispiel nannte er die CheckMate 9LA-Studie, in der die Kombination aus Nivolumab (Opdivo®), Ipilimumab und zwei Zyklen Chemotherapie gegen eine alleinige Chemotherapie in der Erstlinie bei metastasiertem NSCLC geprüft wurde. Mittlerweile liegen Daten nach dreijährigem

Follow-up vor, die den bereits initial beobachteten Überlebensvorteil bestätigen [1]. Die 3-Jahres-Gesamtüberlebens(OS)-Rate betrug 27% unter der Dreifachkombination und 19% in der Kontrolle (HR 0,74). Das Regime war auch bei den PD-L1-negativen Tumoren effektiv, mit einem 3-Jahres-OS von 25 vs. 15%, wobei sich der Vorteil insbesondere für NSCLC-Plattenepithelkarzinome zeigte (HR 0,5). Die Gesamtansprechrate betrug im Prüfarm gegenüber dem Kontrollarm 38 vs. 25%

für alle randomisierten Personen und 32 vs. 20% für Personen mit PD-L1-negativen Tumoren.

Auch Betroffene mit Hirnmetastasen profitierten, mit Ansprechraten nach 24 Monaten von 18 vs. 11%. Das mediane OS bei initialen Hirnmetastasen betrug 20,6 Monate unter dem Dreifachregime und 6,9 Monate unter alleiniger Chemotherapie (HR 0,28). Das 3-Jahres-OS belief sich in dieser Subgruppe auf 24 vs. 7%. Ein Benefit wurde auch bei der laut Kuon schwer zu behandelnden Gruppe mit STK11-Mutationen beobachtet, mit einem medianen OS unter der Dreifachkombination von 13,8 vs. 10,7 Monaten (HR 0,79). Erkrankte mit KEAP-1-Mutationen profitierten ebenfalls mit einem medianen OS von 13,2 vs. 5 Monaten (HR 0,51). *Dr. Miriam Sonnet*

Quelle: Symposium „Immuntherapie sucht Partner: Chemotherapie, Immuntherapie oder beides? Kombinationsstrategien bei NSCLC und gastrointestinalen Tumoren“ im Rahmen des AIO-Herbstkongresses, 10.12.2022 (Veranstalter: BMS)

Allergisches Asthma bronchiale

## Viele Patienten leiden unnötig

Im Zuge der klimatischen Veränderungen nimmt hierzulande auch die Pollenbelastung zu. Die Folge: Viele Patientinnen und Patienten mit allergischem Asthma bronchiale haben schon früh im Jahr mehr Beschwerden. Jetzt ist Handeln angezeigt!

Bei allergischem Asthma bronchiale ist eine sorgfältige Beurteilung der Asthma-

kontrolle wichtig, ggf. eine Anpassung der Therapie eine Umstellung auf einfach anzuwendende Präparate, betonte Dr. Katrin Meyer-Abich, Berlin. Das Therapieziel sei eine gute Asthmakontrolle mit weitgehender Symptombefreiheit ohne Aktivitätseinschränkungen. Bis auf eine Minderheit im einstelligen Prozentbereich sei dieses Ziel gut zu erreichen.

Viele Patienten, vor allem jüngere mit allergischem Asthma bronchiale, unterschätzen ihre Erkrankung und tolerieren viele Symptome, so die Erfahrung der Pneumologin. Sie schilderte den Fall eines 18-jährigen Schülers, der seit früher Kindheit schweres Asthma bronchiale und Allergien gegen Gräser, Birke, Hausstaubmilben und Erdnüsse hatte (fast immer mit Nasenatmungsbehinderung) und über generell viel Husten und Auswurf berichtete. Er inhalierte mehrfach täglich

kurzwirksame Beta-2-Mimetika und erhielt als Dauertherapie Fluticasonpropionat/Salmeterol (2 x täglich).

Es erfolgte eine Umstellung auf Fluticasonfuorat/Vilanterol (Relvar® 184/22 µg 1 x tgl.) in Kombination mit Tiotropium (1 x 2 Hübe) und eine Bedarfstherapie mit Beclometason/Formoterol. Zusätzlich wurde die Nasenatmungsstörung behandelt. Die einmal tägliche Fixkombination Fluticasonfuorat/Vilanterol (FF/VI) im Pulverinhalator Ellipta® sei eine gute Option bei ungenügender Asthmakontrolle, so die Pneumologin. In der Salford Lung Study über 52 Wochen seien die Ansprechraten 1,5- bis fast 2-fach höher gewesen als unter anderen ICS/LABA-Präparaten [1]. Meyer-Abich zufolge haben sich seit der Umstellung alle Lungenfunktionsparameter des Patienten normalisiert, er wies auch in der Pollensaison kaum Beschwerden auf, benötigte keine antiasthmatische Bedarfsmedikation und konnte Sport treiben. Zuletzt konnte auch Tiotropium abgesetzt werden. *Roland Fath*

Literatur

1. Woodcock A et al. Lancet. 2017;390:2247

Quelle: Digitale Pressekonferenz „Asthma in der Pollenzeit – Alles unter Kontrolle?!“, 7.12.2022 (Veranstalter: Berlin-Chemie)



© lechtampier / Fotolia

Birkenpollen machen vielen Allergikern das Leben schwer – eine gute Asthmakontrolle ist jetzt gefragt!