

Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom

Mit Immuntherapie deutlich verbesserte Prognose

Immuntherapien werden inzwischen in fast allen Stadien des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms eingesetzt – als Monotherapien oder in Kombination mit Chemotherapien.

Mit zielgerichteten Chemo- sowie mit immunologischen Therapien kann heute bei Patienten mit nicht-kleinzelligen Lungenkarzinomen (NSCLC) eine deutlich verlängerte Überlebenszeit erreicht werden. PD Dr. Nikolaj Frost vom Lungentumorzentrum der Charité Berlin wies darauf hin, dass sich die Prognose seit der Jahrhundertwende kontinuierlich verbessert hat. Immuntherapien werden inzwischen vom NSCLC-Stadium IV bis ins frühe Stadium IB eingesetzt. So können Patienten im Stadium IV ohne behandelbare Treibermutationen bei PD-L1-Überexpression ($\geq 50\%$ des Oberflächenmarkers auf Tumorzellen) effektiv mit einer Immunmonotherapie wie Cemiplimab, Atezolizumab oder Pem-

brolizumab behandelt werden. Generell gilt: Je mehr PD-L1 vorhanden ist, desto effektiver wirkt die Immuntherapie, sowohl was die progressionsfreie Überlebenszeit (PFS) als auch was die Gesamtüberlebenszeit (OS) angeht. Je weniger PD-L1 vorhanden ist, desto wichtiger werde die Wahl der geeigneten Chemotherapie, erklärte Frost.

Der Pneumologe verwies u.a. auf die 3-Jahres-Daten der EMPOWER-Lung-1-Studie bei Patienten mit fortgeschrittenem NSCLC und PD-L1-Überexpression und ohne EGFR-, ALK- oder ROS1-Aberrationen. Die Patienten hatten entweder die Cemiplimab(Libtayo®)-Monotherapie oder vier bis sechs Zyklen einer Platin-basierten Chemotherapie erhalten.

Bei Progression war jeweils ein Crossover zur anderen Therapieoption möglich. Die mediane Gesamtüberlebenszeit war mit 26,1 Monaten unter Immuntherapie etwa verdoppelt im Vergleich zur Chemotherapie (13,3 Monate). Weiterhin konnte ein längeres PFS sowie eine höhere Rate an Komplettremissionen unter Cemiplimab-Behandlung nachgewiesen werden. Die Immuntherapie war besser verträglich mit unerwünschten Wirkungen Grad 3–5 bei 18,3 % versus 39,9 % der Studienteilnehmer.

„Wir haben molekulare Parameter, um anhand patienteneigener, tumorspezifischer Charakteristika in Zukunft unsere optimale Therapie wählen zu können“, so das Fazit von Frost. Noch zu beantworten seien Fragen zum Beispiel nach Stratifikierungskriterien für die Immunmonotherapie oder für die kombinierte Immun-Chemotherapie, nach der optimalen Behandlung bei Gehirnmetastasen und der Therapiedauer. *Dr. Thomas Meißner*

Quelle: Satellitensymposium „Immuntherapie im NSCLC: Chancen und Grenzen interdisziplinär betrachtet“ anlässlich des DGP-Kongresses, 30.3.2023 in Düsseldorf (Veranstalter: Sanofi-Aventis)

Asthma bronchiale

Entzündungskontrolle auch in der Bedarfstherapie

Auch zur Akuttherapie bei Asthma sind Kombinationen mit inhalativem Kortikosteroid (ICS) eine gute Option. Hier zeichnet sich das ICS Fluticasonfuroat durch fehlende systemische Nebenwirkungen aus.

Die Therapie bei Asthma bronchiale erfolgt entsprechend der Nationalen Versorgungsleitlinie nach einem 5-stufigen Schema. Ab Stufe 3 ist die Langzeittherapie mit inhalativem Kortikosteroid (ICS) und langwirksamem β -Agonisten (LABA) eine Option. Diese Kombination sei sicher und reduziere Asthma-Exazerbationen besser als ein ICS allein [1], sagte Prof. Claus Franz Vogelmeier, Marburg. Zur Akuttherapie gebe es mehrere Möglichkeiten, auch das Basistherapeutikum könne genutzt werden. So hätten in einer Studie alle rund 3.400 Asthmapatienten eine Basistherapie mit Budesonid und

Formoterol erhalten. Zur Akuttherapie bekam eine Gruppe den kurzwirksamen β -Agonisten (SABA) Terbutalin, eine Gruppe den LABA Formoterol allein und die dritte Gruppe die Kombi aus Budesonid und Formoterol [2]. Der Anteil an Patienten mit schweren Asthma-Exazerbationen binnen eines Jahres war unter der ICS/LABA-Kombi mit 19 % am niedrigsten. In der SABA-Gruppe lag der Anteil bei 37 %, in der LABA-Gruppe bei 29 %.

In einer weiteren Studie erhielten die rund 3.100 Patienten ein ICS oder eine ICS/LABA-Kombi als Dauertherapie und bei Bedarf entweder den SABA Salbuta-

mol oder eine Kombi aus Budesonid (in zwei Dosierungen) und Salbutamol [3]. Auch hier war die Kombi dem SABA allein überlegen: Es gab 16 bzw. 26 % weniger Exazerbationen. Zudem war der Bedarf systemischer Glukokortikoide unter der Kombination zur Bedarfstherapie geringer und mehr Patienten hatten eine relevante Symptombesserung und eine höhere Lebensqualität, berichtete Vogelmeier.

Noch relativ neu sei die Erhaltungstherapie mit der ICS/LABA Kombination aus Fluticasonfuroat und Vilanterol (z.B. Relvar® Ellipta®). Mit der Inhalation einmal täglich sei eine stabile Lungenfunktion über 24 Stunden erreichbar [4]. Die Kombi sei ab 12 Jahren zugelassen. Zudem habe Fluticasonfuroat keine systemischen Nebenwirkungen. *Dr. Michael Hubert*

Literatur

1. Busse WW et al. N Engl J Med. 2018;378:2497-505
2. Rabe KF et al. Lancet. 2006;368:744-53
3. Papi A et al. N Engl J Med. 2022; 386:2071-83
4. Bernstein DI et al. J Asthma. 2015;52:1073-83

Quelle: DMP – Regelfortbildung für Ärztinnen und Ärzte, 11.2.2023 (Veranstalter: Berlin-Chemie)