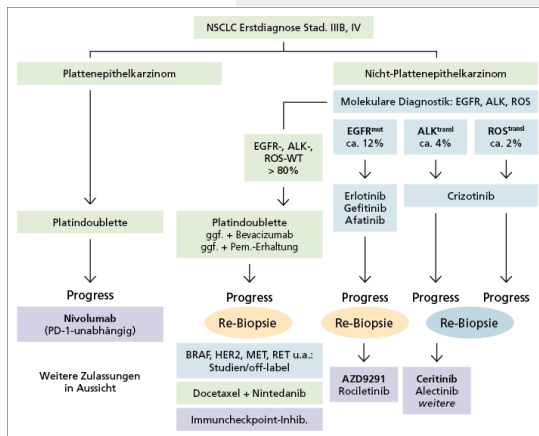


17. Februar 2016

NSCLC: Neuzulassungen verändern Therapiealgorithmus

Die Dynamik in der Therapie des Lungenkrebses spiegelt sich in einer ganzen Reihe von Neuzulassungen innerhalb eines Jahres wider. Prof. Jürgen Wolf, Köln, diskutierte auf der letzten Herbsttagung der AIO in Berlin den sich daraus ergebenden Therapiealgorithmus beim fortgeschrittenen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) (Abb. 1).

Abb. 1: Behandlung des fortgeschrittenen NSCLC (Juni 2015).



Die Trennung von Plattenepithelkarzinom und Nicht-Plattenepithelkarzinom ist nach wie vor sinnvoll, sagte Wolf. Denn jeder Patient mit einem Nicht-Plattenepithelkarzinom sollte vor der Erstlinienentscheidung auf EGF-Rezeptor, ALK- und ROS-Translokation getestet sein. Beim EGFR-positiven Nicht-Plattenepithelkarzinom der Lunge sollten die EGFR-Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKI) genutzt werden. Bei einem Patienten mit EGFR-positivem NSCLC im Rezidiv muss re-biopsiert werden – denn falls der Tumor T790M-positiv ist, sei ein 3. Generations-EGFR-TKI eine Option – für den ersten Vertreter wird die Zulassung in Kürze erwartet.

Bei Crizotinib-behandelten Patienten mit ALK-positivem NSCLC im Rezidiv ist laut Wolf eine Re-Biopsie nicht zwingend.

Patienten mit Adenokarzinomen vom EGFR-, ALK- und ROS-Wildtyp – dies ist die Mehrzahl – werden mit einer Platindoublette (ggf. + Bevacizumab, + Pembrolizumab-Erhaltung) behandelt. Spätestens im Rezidiv sollten sie auf andere Mutationen (BRAF, HER2, MET, RET) getestet werden. Eine zusätzliche Option im Rezidiv ist Docetaxel + Nintedanib und in den nächsten Monaten werden für diese Patienten auch Immuncheckpoint-Inhibitoren zur Verfügung stehen.

Beim Plattenepithelkarzinom sei inzwischen klar, dass die Chemotherapie in der Secondline nicht mehr Standard ist. Aktuell ist dies eine Behandlung mit Nivolumab, und zwar PD-1-unabhängig.

„Wir Kliniker haben aktuell große Probleme damit, die Ergebnisse der einzelnen Studien mit den Immuncheckpoint-Inhibitoren miteinander zu vergleichen“, sagte Wolf. Zur Bestimmung der PD-L1-Positivität werden verschiedene Testsysteme benutzt, unterschiedliche Antikörper, andere Scores – zum Teil werden nur Tumorzellen berücksichtigt, zum Teil zusätzlich immuninfiltrierende Zellen.

Aktuell läuft in Deutschland ein Ringversuch, der von Köln aus koordiniert wird, mit dem Ziel, einen Score zu entwickeln, der es erlaubt, die Studienergebnisse besser miteinander zu vergleichen. Anfang 2016 ist Wolf zufolge mit ersten Ergebnissen zu rechnen.

as

Quelle: Symposium „Thorakale Onkologie“, im Rahmen der AIO-Herbsttagung, 20.11.2015, Berlin