

## NSCLC

## Checkpoint-Inhibitoren verlängern Gesamtüberleben

Werden Signale der immunologischen „Checkpoints“ gezielt blockiert, kann die zytotoxische T-Zell-vermittelte Immunantwort gesteigert werden. Dieses Prinzip entwickelt sich in der Onkologie zu einem vielbeachteten Therapieansatz. Dabei zielen neue Antikörper auf die Signalwege CTLA-4 (Cytotoxic T-Lymphocyte Antigen 4) und PD-1 (Programmed Cell Death Protein 1) und seinen Liganden PD-L1.

Prof. Angela Krackhardt, München, berichtete auf einer Veranstaltung, dass die Immunonkologie bereits beim malignen Melanom sowohl in der Erst- als auch in der Zweitlinie eine wichtige Therapieoption geworden ist<sup>1</sup>. So konnte mit dem in Deutschland zugelassenen Anti-CTLA-4-Antikörper Ipilimumab<sup>2</sup> in der Zulassungsstudie eine 3-Jahres-Gesamtüberlebensrate von 21% erreicht werden. „Das sind für das Melanom wirklich ganz neue Daten“, betonte Krackhardt.

Auch beim nicht kleinzelligen Bronchialkarzinom (NSCLC) gewinnen Checkpoint-Inhibitoren an Bedeutung. Prof. Jürgen Wolf, Köln, verwies auf eine Phase-1-Studie mit dem Anti-PD-1-Antikörper Nivolumab<sup>3</sup> bei vielfach vorbehandelten NSCLC-Patienten. „Hier zeigten sich Ansprechraten von 17% und die 3-Jahres-Überlebensrate erreichte 27%“, sagte Wolf. In der Registrierungsstudie Check-Mate 017 wurden Patienten mit Plattenepithel-NSCLC im Stadium IIIB/IV und einer platinbasierten Vortherapie entweder mit Nivolumab oder Docetaxel behandelt. Unter dem Checkpoint-Inhibitor verlängerte sich das mediane Gesamtüberleben um 3,2 Monate und das Mortalitätsrisiko wurde um 41% reduziert. Mit diesen Ergebnissen erhielt Nivolumab die Zulassung der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde bei vorbehandeltem metastasierendem Plattenepithel-NSCLC. „Das wird die Therapie in der Zweitlinie beim

Plattenepithelkarzinom verändern“, ist sich Wolf sicher. Möglicherweise könne bei einem Teil der Patienten ein Langzeitüberleben erzielt werden.

Wie wichtig neue Therapieansätze in der Zweitlinientherapie insbesondere für Patienten mit Plattenepithel-NSCLC sind, verdeutlichte Dr. Martin Reck, Großhansdorf. Denn neben schlechtem Allgemeinzustand und zahlreichen Komorbiditäten ist die begrenzte Wirksamkeit der Chemotherapie ein gravierendes Problem. Zudem gäbe es bei über 85% keine zielgerichtete Behandlungsmöglichkeit, so Reck. Vor diesem Hintergrund seien die Daten für Nivolumab sehr ermutigende Signale. Die Nebenwirkungen sind insgesamt nur mäßig ausgeprägt und beherrschbar, Pneumonitis-Fälle sind bisher selten.

Matthias Manych, Berlin

<sup>1</sup> Symposium „Immunonkologie beim NSCLC 2015: Beginn eines neuen Zeitalters?“, März 2015, Berlin, Veranstalter: Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA

<sup>2</sup> Yervoy®, Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA, München

<sup>3</sup> Opdivo®, Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA, München

## Asthma und COPD

## Auch auf den richtigen Inhalator kommt es an

Bei der Verordnung von Therapeutika an Asthma- und COPD-Patienten kommt es nicht nur auf die jeweiligen Wirkstoffe an, sondern auch darauf, den richtigen Inhalator auszuwählen. Das Inhalationssystem sollte dabei einfach und möglichst intuitiv zu bedienen sein und im Idealfall sogar Anwendungsfehler „verzeihen“.

Als Beispiel für einen besonders einfach anzuwendenden Inhalator stellte Prof. Felix Herth, Heidelberg, bei einem Pressegespräch<sup>1</sup> beim Pneumologen-Kongress in Berlin einen Trockenpulverinhalator<sup>2</sup> mit der Fixkombination aus Budesonid und Formoterol vor. Das Device funktioniert nach dem einfachen Prinzip „Öffnen, Inhalieren, Schließen“ und setzt auch bei geringem Inspirationsfluss die Wirkstoffe präzise und mit konstanter Dosis frei. Ein dreifaches Feedback mit akustischem sowie gustatorischem Signal und großem

Zählwerk signalisiert zudem dem Patienten die erfolgreiche Inhalation. Das Inhalationssystem ist nicht nur zur Erhaltungstherapie bei Asthma und COPD zugelassen, sondern bei Asthma auch zur Inhalation nach dem MART-Konzept (Maintenance- and Reliever-Therapy), so Herth. „Damit kann der Patient seine Bedarfsmedikation mit dem gleichen Device inhalieren, was die Behandlung deutlich einfacher macht“, betone der Pneumologe. Das stärkt nach seinen Worten die Adhärenz und mindert zusätzlich das Risiko von Anwendungsfehlern, da nur ein einziges Inhalationssystem zum Einsatz kommt. Dass sich dies in besseren Therapieerfolgen niederschlägt, wurde in Studien belegt. So konnte mehrfach gezeigt werden, dass es bei der Inhalationstherapie nach dem MART-Konzept seltener zu schweren Asthma-Exazerbationen kommt.

In diesem Zusammenhang plädierte der Pneumologe für eine Aufnahme der Inhalativa auf die Substitutions-Ausschlussliste. Denn der Austausch von Inhalatoren aufgrund von Rabattverträgen durch die Apotheker ist laut Herth höchst problematisch. „Die Patienten sind auf den verordneten Inhalator geschult, ein Device-Austausch provoziert eine höhere Fehlerquote bei der Inhalation und gefährdet den Therapieerfolg“, mahnte der Mediziner. Die pneumologischen Fachgesellschaften haben daher nach seinen Angaben gemeinsam ein Positionspapier erarbeitet, das sich eindringlich für die Aufnahme der Inhalatoren auf die Substitutions-Ausschlussliste ausspricht, um den Austausch der Systeme zu unterbinden.

Christine Vetter, Köln

<sup>1</sup> Pressegespräch „Hand in Hand zum Therapieerfolg: Atemwegspatienten und Teva“ im Rahmen des 56. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., März 2015, Berlin, Veranstalter: Teva GmbH

<sup>2</sup> DuoResp Spiromax®, Teva GmbH, Ulm