



Fortschritte in der individuellen Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms bei vulnerablen Patienten: Herausforderungen und Perspektiven

Prof. Dr. Wolfgang Brückl, Nürnberg; Dr. med. Friederike Althoff, Frankfurt; Dr. med. Felix Saalfeld, Dresden

Zusammenfassung

Lungenkarzinome stellen die zweithäufigste (Männer) bzw. dritthäufigste (Frauen) aller malignen Tumorerkrankungen in Deutschland dar: Davon handelt es sich bei etwa 85 % um nicht-kleinzelige Lungenkarzinome (NSCLC). NSCLC-Patienten sind häufig älter; das mediane Erkrankungsalter liegt bei etwa 69 Jahren. Die Therapieoptionen beim NSCLC sind in den letzten Jahren stetig gewachsen, die Therapieentscheidung wird damit zunehmend komplex. Wegweisend für den Einsatz zielgerichteter oder immunonkologisch fundierter Therapien ist die Testung auf Biomarker. Die Herausforderung: Die Patienten in der Praxis unterscheiden sich in der Regel von der in Zulassungsstudien untersuchten Population bezüglich Alter, Komorbiditäten und Allgemeinzustand. Einige Studiendaten zeigen jedoch, dass diese Faktoren maßgeblich die Verträglichkeit von Therapien beeinflussen können.

Insbesondere ist die Anwendung von platinbasierten Chemotherapeutika im klinischen Alltag bei vulnerablen Patienten oftmals herausfordernd. Mit Ausnahme des Stadiums IA sind (kombinierte) Systemtherapien jedoch häufig erforderlich. Die Einschätzung von „Frailty“ (in etwa: Gebrechlichkeit) spielt eine kritische Rolle in der Therapieplanung, zumal Frailty sowohl tumorbedingt als auch unabhängig vom Tumor auftreten kann. Ein personalisierter Therapieansatz, unterstützt durch ein umfassendes geriatrisches Assessment, kann Nebenwirkungen von (platinbasierten) Chemotherapien verringern. Vor allem für ältere und alte Patienten, bei denen eine platinbasierte Kombinationstherapie nicht infrage kommt, bieten moderne Immuntherapien vielversprechende Optionen.

LERNZIELE

Am Ende dieser Fortbildung kennen Sie ...

- ✓ aktuelle Therapieoptionen für das nicht-kleinzelige Lungenkarzinom (NSCLC) sowie therapeutische Herausforderungen,
- ✓ Therapieansätze bei vulnerablen Patientengruppen mit NSCLC, insbesondere bei Vorliegen von Frailty,
- ✓ den Stellenwert eines personalisierten geriatrischen Assessments zur Therapieplanung bei NSCLC,
- ✓ die Vorteile moderner Immuntherapien bei NSCLC.

Teilnahmемglichkeiten

Diese Fortbildung steht als Webinar-Aufzeichnung zur Verfügung. Die Teilnahme ist kostenfrei. Die abschließende Lernerfolgskontrolle kann nur online erfolgen. Bitte registrieren Sie sich dazu kostenlos auf: www.cme-kurs.de

Zertifizierung

Diese Fortbildung wurde nach den Fortbildungsrichtlinien der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz von der Akademie für Ärztliche Fortbildung in RLP mit 4 CME-Punkten zertifiziert (Kategorie I). Sie gilt für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern.

Fortbildungspartner

Roche Pharma AG

CME-Fragebogen



Bitte beachten Sie:

- Die Teilnahme am nachfolgenden CME-Test ist nur online möglich unter: www.cme-kurs.de
- Diese Fortbildung ist mit 4 CME-Punkten zertifiziert.
- Es ist immer nur eine Antwortmöglichkeit richtig (keine Mehrfachnennungen).

? Welche Aussage über Lungenkarzinome ist korrekt?

- Das mittlere Erkrankungsalter für Lungenkarzinome liegt bei <60 Jahren.
- Adenokarzinome machen den geringsten Anteil innerhalb der nicht-kleinzeligen Lungenkarzinome (NSCLC) aus.
- NSCLC machen etwa 15 % aller Lungenkarzinome aus.
- Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor für die Entwicklung eines Lungenkarzinoms.
- Die histologische Unterscheidung von Lungenkarzinomen ist klinisch irrelevant.

? Welche Aussage über die Eignung von Patienten für eine platinhaltige Chemotherapie ist falsch?

- Alter und ECOG-Status sind zentrale Parameter zur Beurteilung der Therapieeignung.
- Der Ernährungszustand und geriatrische Assessments können die Entscheidung für eine Chemotherapie beeinflussen.
- Ein Alter von >75 Jahren bei Diagnosestellung ist immer eine Kontraindikation gegen Platin.
- Viele Patienten sind aufgrund von eingeschränkter Fitness oder Komorbiditäten nicht für eine platinhaltige Therapie geeignet.
- Fortschritte wie Checkpoint-Inhibitoren und zielgerichtete Therapien haben die Behandlungsoptionen für Lungenkrebs erweitert.

? Welche Aussage über die Studienpopulationen in Bezug auf die S3-Leitlinie zum Lungenkarzinom ist korrekt?

- Das mediane Alter der Patienten in Phase-III-Studien liegt bei mehr als 75 Jahre.
- Studienpopulationen sind häufig jünger als die Patienten in der klinischen Realität.
- Patienten mit einem ECOG-Status von 2 werden in Phase-III-Studien grundsätzlich ausgeschlossen.
- Das Therapieansprechen auf platinbasierte Therapien ist allein vom Patientenalter abhängig.

- Das Carboplatin-Paclitaxel-Schema zeigte in der klinischen Realität keinen Überlebensvorteil gegenüber einer Monochemotherapie bei Patienten über 70 Jahre.

? Welche Aussage über die Therapie älterer oder vulnerabler Patienten mit Lungenkrebs ist korrekt?

- Eine platinbasierte Therapie sollte bei allen Patienten mit ECOG-Status ≥ 2 angewendet werden.
- Eine Mini Mental State Examination (MMSE) mit einem Wert <23 führt immer zu einer signifikanten Verschlechterung des Therapieergebnisses.
- Eine platinbasierte Therapie ist bei Patienten >90 Jahre besonders gut untersucht und empfohlen.
- Die Lebensqualität unter einer Platindoublette ist aufgrund von höherer Toxizität grundsätzlich schlechter.
- Eine platinbasierte Therapie kann bei fitten älteren Patienten das Überleben gegenüber einer Monochemotherapie verlängern und dabei mit einer vergleichbaren Lebensqualität einhergehen.

? Welche Aussage zur Therapieplanung bei Patienten mit reduziertem Allgemeinzustand und Lungenkarzinom ist korrekt?

- Der ECOG-Status differenziert zwischen tumorbasierten und komorbiditätsbedingten Ursachen für einen schlechten Allgemeinzustand.
- Patienten mit einem ECOG-2-Status sollten unabhängig von Komorbiditäten stets eine Platindoublette erhalten.
- Komorbiditäten, die eine Gegenanzeige für Platin darstellen, sind in der S3-Leitlinie zum Lungenkarzinom klar definiert.
- Patienten mit tumorbedingt reduziertem Allgemeinzustand können von einer Platintherapie profitieren.
- Eine Differenzierung der Ursachen für einen ECOG-2-Status ist in klinischen Studien immer Standard.

CME-Fragebogen (Fortsetzung)

?

Welche Aussage zum geriatrischen Assessment in der personalisierten Onkologie ist falsch?

- Das geriatrische Assessment berücksichtigt neben dem ECOG-Status auch typische geriatrische Syndrome wie Demenz und Sturzgefahr.
- Die Erweiterung der klinischen Beurteilung um das geriatrische Assessment kann zur Vermeidung unnötig intensiver und damit toxischer Therapien führen.
- Die Erweiterung der klinischen Beurteilung um das geriatrische Assessment kann dazu führen, dass mehr geeignete Patienten eine platinbasierte Therapie erhalten.
- Der Nutzen des geriatrischen Assessments im Rahmen der Abklärung bei NSCLC ist nicht allgemein anerkannt.
- Das geriatrische Assessment ist in allen nationalen und internationalen Leitlinien immer eine zentrale Empfehlung.

?

Welche Aussage ist falsch?

- Ein ECOG-Status ≥ 2 und ein höheres Alter sollten nicht pauschal als Kontraindikationen für eine Platintherapie betrachtet werden.
- Bei einer Therapie mit Carboplatin/Paclitaxel ist eine wöchentliche Applikation des Taxans anstelle der üblichen dreiwöchentlichen Gabe für ältere Patienten besser geeignet.
- Es wird empfohlen, bei älteren Patienten mit Platintherapie immer mit der vollen Dosis zu beginnen.
- Eine prophylaktische Gabe von G-CSF sollte bei vulnerablen Patienten unter Platin in Erwägung gezogen werden, um das Risiko der Hämatotoxizität zu reduzieren.
- Die Entscheidung über die Eignung für eine Platintherapie sollte individuell und unter Berücksichtigung der klinischen Erfahrung des Behandlers getroffen werden.

?

Welche Aussage zur Behandlung des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) ist falsch?

- In der Behandlung von Patienten >70 Jahre sind Treiberalterationen irrelevant.

- Die Immuntherapie hat eine wichtige Rolle in der Behandlung von NSCLC im Stadium IIIA.
- In den Stadien IA bis IIB ist der Therapieanspruch meist kurativ.
- Im Stadium IV von NSCLC wird eine Immunmonotherapie (bei PD-L1-Expression $\geq 50\%$) oder eine Chemoimmuntherapie (unabhängig vom PD-L1-Status) meist als Standardbehandlung eingesetzt.
- Alle Immuntherapien zielen auf die Erkennung von Tumorantigenen durch dendritische Zellen.

?

Welche Aussage zur Therapie mit Atezolizumab ist korrekt?

- Die IPSOS-Studie zeigte, dass Atezolizumab nur bei positivem PD-L1-Status wirksam ist.
- Die IPSOS-Studie wurde nur an asiatischen Patienten durchgeführt.
- In der IPSOS-Studie zeigte Atezolizumab nach zwei Jahren ein numerisch verbessertes progressionsfreies Überleben (PFS) im Vergleich zur Chemotherapie.
- Die Toxizität unter Atezolizumab war deutlich höher als unter Chemotherapie.
- Atezolizumab ist nur für Patienten mit einer erhöhten PD-L1-Expression zugelassen.

?

Welche Aussage zu genetischen Alterationen bei nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) ist falsch?

- Bei kaukasischen Patienten treten EGFR- und KRAS-G12C-Mutationen am häufigsten auf, und für beide gibt es zielgerichtete Therapien.
- Eine retrospektive Real-World-Studie aus Japan wies darauf hin, dass ältere Patienten (durchschnittlich 75 Jahre) von Osimertinib möglicherweise besser profitierten als jüngere Patienten.
- Es sollte frühzeitig auf Treiberalterationen getestet werden.
- Es gibt keine wirksamen Therapien für Patienten mit ALK-Translokationen.
- Auch für ALK-Translokationen gibt es mehrere zugelassene Therapieoptionen.

Referenten

Prof. Dr. Wolfgang Brückl
Klinik für Innere Medizin 3 – Schwerpunkt Pneumologie
Klinikum Nürnberg
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
90419 Nürnberg

Dr. med. Friederike Althoff
Medizinische Klinik 2 – Hämatologie, Onkologie, Hämostaseologie, Rheumatologie, Infektiologie
Universitätsklinikum Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt

Dr. med. Felix Carl Saalfeld
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

Veranstalter

CME-Verlag – Fachverlag für medizinische Fortbildung GmbH
Siebengebirgsstr. 15
53572 Bruchhausen
redaktion@cme-verlag.de

Fortbildungspartner

Roche Pharma AG

Transparenzinformation

Ausführliche Informationen zu Interessenkonflikten und Sponsoring
sind online einsehbar unterhalb des jeweiligen Kursmoduls.

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische
Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten
werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Bildnachweis

Titelbild: Natali _ Mis – www.shutterstock.com

CME-Test

Die Teilnahme am CME-Test ist nur online möglich.
Scannen Sie den nebenstehenden QR-Code mit Ihrem Mobiltelefon/Tablet
oder gehen Sie auf die Website: www.cme-kurs.de

Teilnehmer aus Österreich: Die erworbenen CME-Punkte werden gemäß
§ 14 Abs. 4 Diplom-Fortbildungs-Programm der Österreichischen Ärztekammer
(DFP) im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt.

