

Risikostratifizierung anhand der Tumorprogression

Zweitlinientherapie bleibt bei rascher Progression oft aus

DRESDEN – Bei Patienten mit kleinzelligem Lungenkarzinom (SCLC) und mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) ohne therapierbare Treibermutationen ist ein schneller Tumorprogress als wichtiger Risikomarker anzusehen. Viele dieser unter der First-line-Therapie rasch progredienten Patienten erhalten keine Zweitlinientherapie mehr und haben ein nur kurzes Überleben.

Bei Lungenkrebspatienten, die auf eine Platindoublette in der ersten Linie nicht ansprechen oder diese nicht vertragen, wird die Therapie häufig rasch abgebrochen. Um für diese prognostisch ungünstige Patientengruppe Indikatoren für eine optimale Therapiesequenz zu identifizieren, analysierte die Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Christian Grohé von der Evangelischen Lungenklinik in Berlin eine Kohorte von 2.130 Patienten mit der Erstdiagnose Lungenkarzinom der Stadien IIIB und IV, die zwischen 2005 und 2015 mit einer platinhaltigen Erstlinientherapie behandelt worden waren [1]. Aus der Analyse ausgeschlossen wurden NSCLC-Patienten mit therapierbaren Treibermutationen oder Karzinoiden.

Knapp die Hälfte der ausgewerteten Patienten (47,2%) hatte die Chemotherapie nur über ein bis drei Zyklen erhalten. In dieser Subgruppe war der Anteil an Patienten, die im weiteren Verlauf einer Zweitlinientherapie zugeführt wurden, mit 25,7% nur etwa halb so groß wie bei Patienten, die mit vier bis sechs Zyklen behandelt worden waren (53,3%).

72,6% der Patienten hatten einen dokumentierten Progress, der bei einem Drittel (32,4%) bereits sehr früh innerhalb von drei Monaten auftrat. Weitere 32,4% wurden innerhalb von drei bis sechs Monaten, 15,9% innerhalb von sechs bis neun Monaten und knapp 20% erst nach neun Monaten progredient. Am häufigsten war ein früher Progress innerhalb von maximal sechs Monaten bei Patienten mit Plattenepithelkarzinomen der Lunge.

Der Zeitpunkt der Progression bestimmte das Überleben laut Prof. Grohé maßgeblich: So lag die 2-Jahres-Überlebensrate ab Start der Erstlinientherapie in der ersten Gruppe mit sehr frühem Progress bei nur 3,3%. Bei verzögertem Progress nahm diese Rate sukzessive zu: Bei

Patienten, die nach drei bis sechs Monaten progredient wurden, betrug sie 8,2%, bei einem Progress nach sechs bis neun Monaten 15,5% und bei noch späterem Progress sogar 47%.

Damit ist der Tumorprogress nach Aussage von Prof. Grohé als wichtiger Marker zur Identifizierung des Risikoprofils von Lungenkarzinompatienten und für die weitere Therapieentscheidung anzusehen. Bei frühem Versagen der Erstlinientherapie sollte an den Einsatz von Angiogenesehemmern in der zweiten Therapielinie gedacht werden, die sich Studienergebnissen zufolge bei therapierefraktären Patienten als effektiv erwiesen haben. Außerdem sollte der Marker Tumorprogress zukünftig durch weitere molekulare und immunhistochemische Analysen weiter abgesichert werden.

Literatur:

1. Grohé C et al.; Pneumologie 2018;72:Abstr. P220

59. DGP-Kongress, Dresden, 14. bis 17. März 2018

Dr. Safi A. Baborie