

Transcript Details

This is a transcript of a continuing medical education (CME) activity. Additional media formats for the activity and full activity details (including sponsor and supporter, disclosures, and instructions for claiming credit) are available by visiting:

<https://reachmd.com/programs/cme/geduldsprobe-die-richtige-therapieplanung-fur-alle-krankheitsphasen/36768/>

Released: 08/15/2025

Valid until: 08/15/2026

Time needed to complete: 1h 06m

ReachMD

www.reachmd.com

info@reachmd.com

(866) 423-7849

Geduldsprobe – Die richtige Therapieplanung für alle Krankheitsphasen

Dr. Cho:

Ich begrüße Sie bei CME auf ReachMD. Ich bin Dr. Cho. Ich spreche heute mit Dr. Leighl und Dr. Kerr.

Dr. Leighl, kommen wir nun zum Fall einer Patientin, die mit Osimertinib in der Erstlinie behandelt wurde. Was können Sie uns über diese Patientin erzählen?

Dr. Leighl:

Ich danke Ihnen. Vielen Dank. Es handelt sich um einen aktuellen Fall von mir, eine Frau, sehr gebildet, gut informierte Patientenfürsprecherin. Bei ihr wurde NSCLC mit EGFR-Mutation Exon-19-Deletion diagnostiziert. Knochen und Lunge waren befallen, und sie erhielt Osimertinib.

Ich erinnere mich an unser Gespräch nach 18 Monaten. Ich fühle bei meinen Patienten, wenn es ihnen gut geht, etwa alle 3 Monate bildgebende und klinische Untersuchungen durch. Nach 18 Monaten war sie sehr beunruhigt. Sie meinte: „Ich möchte einen Scan machen lassen. Ich muss unbedingt bei Ihnen vorbeikommen. Ich bin sehr gestresst.“ Wir haben uns alles angeschaut, und es war alles in Ordnung. Sie sprach weiterhin sehr gut auf Osimertinib an. Sie erzählte mir, dass sie zum Teil deshalb besorgt war, weil sie den Median der FLAURA-Studie erreicht hatte, bei der die Patienten eine Progression erlebten. Im 21. Monat rief sie an und sagte: „Etwas ist nicht in Ordnung. Ich glaube, ich habe eine Lungenentzündung oder so etwas. Darf ich vorbeikommen?“ Also untersuchten wir sie, und tatsächlich hatte sie einen starken, trockenen Husten und Atemnot. Sie sah nicht gut aus. Wir machten Röntgenaufnahmen – in Kanada ziemlich High-Tech – und auf den Röntgenbildern war eine deutliche Progression zu erkennen. Wir konnten ihren CT-Scan vorziehen, der eine deutliche Progression in der Lunge zeigten.

Somit mussten wir Entscheidungen treffen. Wir konnten kurzfristig eine Bronchoskopie veranlassen und sehr schnell eine Probe entnehmen. Im gemeinsamen Gespräch vereinbarten wir, dass wir mit systemischer Therapie beginnen und unseren Plan später anhand der pathologischen und molekularen Befunde anpassen würden. Wir waren jedoch sicher, dass wir keine Zeit verlieren durften. Strahlentherapie allein wäre angesichts des Krankheitsverlaufs und des Ausmaßes nicht ausreichend gewesen.

Zu diesem Zeitpunkt sagte sie zu mir: „Ich weiß, dass Platin bisher der Standard war. Ich weiß, dass nach MARIPOSA-2 Amivantamab und Chemotherapie sinnvoll sind.“ In Kanada gab es ein Programm, das uns Zugang ermöglichte.

Und wir hatten enormes Glück. Wir konnten alles sehr schnell arrangieren und die Therapie mit Amivantamab und Chemotherapie beginnen.

Einer der Vorteile dieser Therapie ist, dass sie sowohl gezielt als auch ungezielt wirkt. Sie erfordert keine Biomarker, aber sie beinhaltet deutlich mehr als nur Chemotherapie. Sie setzt auch gezielt bei EGFR und MET an. Somit wird ein breites Spektrum an Resistenzmechanismen abgedeckt.

Bei ihr wurden die Symptome besser. Zum Glück ergab die pathologische Untersuchung ein Adenokarzinom. Interessanterweise ergab das NGS auch nach einiger Zeit noch eine EGFR-Mutation Exon-19-Deletion. Ansonsten fanden wir nur eine Mutation im β -Catenin, aber sonst nichts, CTNNB1.

Die Therapie musste also nicht umgestellt werden – Amivantamab plus Chemotherapie wirkte bereits. Auch wenn ich etwas anderes gefunden hätte, stellt sich die Frage: Hätte ich die Therapie geändert? Wahrscheinlich nicht, denn sie hatte ja einen klinischen Nutzen.

Jetzt sind mehrere Monate vergangen. Sie hat auf das COCOON-Regime partiell sehr gut angesprochen. Das ist natürlich viel, viel einfacher für sie, was die Belastung angeht.

Wie Sie sehen, Dr. Kerr, stellt die Molekulardiagnose immer eine große Herausforderung dar. Möchten Sie etwas zu diesem Fall sagen oder zu Ihrem Vorgehen?

Dr. Kerr:

Gerne. Danke, Dr. Leigh. Ihr Fall wirft mehrere Fragen auf, mit denen wir oft zu kämpfen haben. Die wichtigste davon ist, ob wir bei einem Rezidiv eine Gewebebiopsie durchführen können. Wie Sie schon sagten, schritt die Krankheit bei dieser Patientin sehr schnell voran, und je nachdem, wie gut der Zugang zu diagnostischen Verfahren ist, kann es sehr schwierig sein, diese Probe zu bekommen und rechtzeitig zu verarbeiten, was all die Fragen aufwirft, die wir bereits zum Thema Bearbeitungszeiten im Labor besprochen haben.

Und auch hier gilt: Für individuelle Therapieentscheidungen, aber nach Möglichkeit auch für die allgemeine Praxis sollte man unbedingt versuchen, Proben zu nehmen, um Informationen über mögliche Resistenzmechanismen zu erhalten.

Dr. Cho:

Ich kann Ihnen hier nur zustimmen, Herr Dr. Leigh. Manchmal verschlechtert sich der Zustand unserer Patienten zu schnell, um rechtzeitig Tumorgewebe oder sogar Plasma-NGS-Ergebnisse zu erhalten.

Ohne eine Möglichkeit zur gezielten Therapie mittels Biomarker, die nun in der Zweitlinientherapie nach Progression unter Osimertinib zur Verfügung steht, halte ich das MARIPOSA-2-Regime für die wirksamste Lösung. Das war ein sehr gutes Gespräch. Wir sind nun am Ende angelangt. Vielen Dank fürs Zuhören. Herzlichen Dank.