

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/sotto-pelle-rivoluzionare-la-somministrazione-dei-farmaci-oncologici/36760/>

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

Sotto pelle: rivoluzionare la somministrazione dei farmaci oncologici

Dr. Cho:

Questa è un'ECM su ReachMD e io sono il Dr. Cho. Oggi sono qui con me la Dr.ssa Leighl e il Dr. Kerr.

Dr.ssa Leighl, può parlarci delle differenze nella somministrazione della terapia per il NSCLC con mutazione EGFR e di come implementiamo la somministrazione sottocutanea di amivantamab?

Dr.ssa Leighl:

Naturalmente la terapia basata su EGFR è fantastica perché avevamo solo farmaci per via orale, ma ora che disponiamo di nuovi regimi combinati, dobbiamo aggiungere la componente endovenosa, che si tratti di chemioterapia o amivantamab. È importante ottimizzare il percorso del paziente e renderlo il più semplice possibile.

L'amivantamab è stata un'ottima aggiunta al panorama terapeutico mirato a EGFR, ma ha un programma molto intenso. Ogni somministrazione può richiedere diverse ore, fino a circa 5 ore.

Come si può migliorare la situazione per i pazienti? Siamo stati entusiasti di partecipare al programma PALOMA, in cui abbiamo esaminato la somministrazione sottocutanea con l'obiettivo di migliorare i risultati dei pazienti, gli effetti collaterali, il percorso terapeutico e il burden terapeutico.

In PALOMA-3, abbiamo randomizzato pazienti che avevano già ricevuto osimertinib e chemioterapia a base di platino. Hanno ricevuto amivantamab e lazertinib per via endovenosa o amivantamab e lazertinib per via sottocutanea e abbiamo dimostrato che la farmacocinetica era altrettanto buona con amivantamab sottocutaneo e che anche i risultati clinici erano positivi, in termini di tasso di risposta, durata della risposta leggermente più lunga, PFS leggermente più lunga o con tendenza in tal senso e persino una sopravvivenza globale leggermente più lunga, con somministrazione sottocutanea.

L'altra cosa che abbiamo dimostrato è che i pazienti hanno avuto una marcata riduzione del tasso di IRR, che è sceso dal 66% al 13%, con una riduzione di 5 volte. Si sono verificati meno eventi trombotici venosi, anche se l'eruzione cutanea e altri effetti collaterali erano simili in termini di tossicità.

L'altra cosa, ovviamente, è il tempo. Mentre la somministrazione endovenosa richiedeva circa 5 ore e poteva essere ridotta a 2 ore, questa richiede solo 5 minuti. Sapete che il rischio di reazioni locali è davvero molto basso e i pazienti l'hanno apprezzato molto. L'hanno preferito. Hanno avuto una maggiore soddisfazione. Anche alla fine del trattamento, i pazienti continuavano a preferire l'amivantamab sottocutaneo rispetto a quello endovenoso. Penso che questo sia davvero un passo avanti.

PALOMA-2 era uno studio a braccio singolo a coorti multiple, ma abbiamo valutato la combinazione di amivantamab sottocutaneo con diversi partner. Con amivantamab e lazertinib di prima linea, abbiamo osservato gli stessi risultati in termini di risposta ottenuti con MARIPOSA. Anche la chemioterapia più amivantamab sottocutaneo in pazienti pretrattati ha dato gli stessi risultati osservati con MARIPOSA-2.

Penso che sia stato molto interessante e che abbia portato all'approvazione da parte dell'EMA nell'aprile del 2025. L'approvazione FDA è stata leggermente ritardata, ma speriamo di ottenerla presto, solo a causa di alcune revisioni relative a questioni di produzione.

Quando si pensa di somministrare ami sottocutaneo, ci sono diversi farmaci che attualmente somministriamo per via sottocutanea. Abbiamo notato una marcata riduzione del rischio di IRR, il che ovviamente facilita molto la somministrazione del trattamento.

Il vantaggio dell'ami sottocutaneo è che lo somministriamo con un'iniezione, quindi non abbiamo bisogno di tutte quelle pompe sofisticate che emettono segnali acustici e si intasano continuamente. Ci vogliono solo circa 5 minuti. Nella stragrande maggioranza dei pazienti è sufficiente una sola siringa somministrata per via sottocutanea.

Non vediamo l'ora di utilizzare l'amivantamab per via sottocutanea su larga scala e sostituire l'amivantamab per via endovenosa in tutte le indicazioni, migliorando il percorso terapeutico.

Dr. Kerr:

Sembra un'ottima notizia per i pazienti. Una delle cose che sentiamo ripetere spesso nelle nostre discussioni MDT riguarda ciò che i pazienti desiderano per la terapia. Non è raro che i pazienti provino molto disagio per le infusioni endovenose, in particolare per la chemioterapia.

Dr. Cho:

Penso che, poiché la mutazione EGFR è molto diffusa in questa regione e abbiamo molta esperienza con i TKI EGFR di prima e seconda generazione, l'eruzione cutanea con amivantamab non sia un problema, in particolare per i medici asiatici, perché abbiamo molta esperienza nella gestione di questo tipo di tossicità dermatologica.

Ho apprezzato molto la presentazione della Dr.ssa Leighl dello scorso anno ad ASCO sul PALOMA-3, in cui ha dimostrato che l'amivantamab somministrato per via sottocutanea riduce le reazioni correlate all'infusione.

Penso che sia davvero una buona notizia sia per i medici che per i pazienti e mi piacerebbe che l'amivantamab somministrato per via sottocutanea entrasse il prima possibile nella pratica clinica.

Grandioso. È terminato il tempo a nostra disposizione oggi. Grazie per l'ascolto.