

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/unter-die-haut-revolutionierung-der-gabe-von-tumortheraeutika/36771/>

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

Unter die Haut – Revolutionierung der Gabe von Tumortheraeutika

Dr. Cho:

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

Dr. Leighl, können Sie uns etwas über die unterschiedliche Therapieverabreichung bei EGFRm-NSCLC erzählen und wie die subkutane Gabe von Amivantamab erfolgt?

Dr. Leighl:

Die EGFR-gestützte Therapie war deshalb so genial, weil sie nur oral verabreicht wurde. Aber jetzt, wo es diese tollen neuen Kombinationstherapien gibt, ist es wichtig, die IV-Komponente hinzuzufügen, sei es Chemotherapie oder Amivantamab. Es ist so wichtig, die Patienten optimal zu betreuen und es ihnen so einfach wie möglich zu machen.

Amivantamab ergänzt das Portfolio der EGFR-Therapien hervorragend, aber der Dosierungsplan ist sehr straff. Jede Anwendung kann mehrere Stunden dauern, bis zu 5 Stunden.

Natürlich stellt sich da die Frage, wie kann man das für die Patienten optimieren? Es war so spannend, am PALOMA-Programm teilzunehmen, bei dem wir die subkutane Gabe untersuchten, um die Behandlungserfolge, die Nebenwirkungen sowie den Aufwand für die Patienten zu optimieren.

In PALOMA-3 randomisierten wir Patienten, die zuvor mit Osimertinib und einer platinbasierten Chemotherapie behandelt worden waren. Diese wurden entweder intravenös mit Amivantamab und Lazertinib oder subkutan mit Amivantamab und Lazertinib behandelt. Es zeigte sich, dass bei der subkutanen Gabe von Amivantamab nicht nur die Pharmakokinetik, sondern auch die klinischen Ergebnisse genauso gut waren – egal, ob Ansprechrate, Ansprechdauer etwas länger, PFS etwas länger oder Tendenz dazu und sogar Gesamtüberleben etwas länger – alles mit subkutaner Gabe.

Zudem konnten wir nachweisen, dass sich bei den Patienten die IRR-Rate signifikant reduzierte: von 66 % auf 13 % – also um das Fünffache. Es gab auch weniger venöse Thromboembolien, obwohl Hautausschlag und andere Nebenwirkungen in puncto Toxizität ähnlich waren.

Dann ist da natürlich noch die Dauer. Die i.v.-Gabe dauerte anfangs ca. 5 Stunden und konnte auf 2 Stunden reduziert werden. Dieser Prozess dauert jetzt nur noch 5 Minuten. Das Risiko lokaler Reaktionen ist extrem gering – und die Patienten waren begeistert. Die Patienten zogen diese Behandlung vor. Sie waren viel zufriedener. Selbst nach Therapieende bevorzugten die Patienten die subkutane gegenüber der i.v.-Gabe von Amivantamab. Daher würde ich das als einen echten Fortschritt bezeichnen.

Bei PALOMA-2, einer einarmigen Kohortenstudie, untersuchten wir subkutanes Amivantamab in verschiedenen Kombinationen. Amivantamab und Lazertinib in der Erstlinie sprachen genauso gut an wie in der MARIPOSA-Studie. Auch Chemotherapie plus subkutanes Amivantamab bei vorbehandelten Patienten ergab die dieselben Ergebnisse wie in MARIPOSA-2.

Das ist alles sehr spannend und führte dazu, dass die Europäische Arzneimittelagentur im April 2025 die Zulassung erteilte. Die FDA-Zulassung hat sich etwas verzögert – wir hoffen, dass sie bald erteilt wird, es werden nur noch einige Fragen zur Herstellung geprüft.

Wenn man nun die s.c.-Gabe von Amivantamab denkt, so gibt es mehrere Medikamente, die wir bereits s.c. verabreichen. Wir konnten feststellen, dass das Risiko von IRR dadurch deutlich gesunken ist, was die Therapie natürlich sehr erleichtert.

Das Tolle an s.c. Amivantamab ist, dass es sich um eine Injektion handelt, d. h. wir brauchen keine komplizierten Pumpen, die ständig piepen und verstopfen. Es dauert nur etwa 5 Minuten. Bei den meisten Patienten ist es nur eine Injektion, die s.c. verabreicht wird.

Wir freuen uns also darauf, die s.c.-Gabe großflächig einzusetzen und die i.v.-Gabe von Amivantamab bei allen Indikationen zu ersetzen, um die Anwendung zu erleichtern.

Dr. Kerr:

Das klingt nach sehr guten Neuigkeiten für unsere Patienten. Eine Frage, die wir in unseren MDT-Diskussionen immer wieder hören, ist die, was unsere Patienten im Hinblick auf ihre Therapie eigentlich wollen. Nicht selten ist es für Patienten sehr unangenehm, i.v.-Therapie und vor allem Chemotherapie zu bekommen.

Dr. Cho:

Da EGFR-Mutationen in dieser Region weit verbreitet sind und wir viel Erfahrung mit EGFR-TKI der ersten und zweiten Generation haben, denke ich, dass Hautausschlag mit Amivantamab kein Thema ist, insbesondere für Ärzte in Asien, denn wir haben viel Erfahrung im Umgang mit dieser Form von dermatologischer Toxizität.

Ich war begeistert von Dr. Leighs Präsentation letztes Jahr bei der ASCO über PALOMA-3 und dass s.c. Amivantamab die infusionsbedingten Reaktionen signifikant reduziert.

Das sind hervorragende Neuigkeiten für Ärzte und Mediziner, und ich würde mich freuen, wenn s.c. Amivantamab möglichst schnell Anwendung in unserem klinischen Alltag finden würde.

Super. Mehr Zeit haben wir heute leider nicht. Vielen Dank fürs Zuhören.