

DGFIT nachgefragt

Aktuelle Therapie des mRCC: Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage



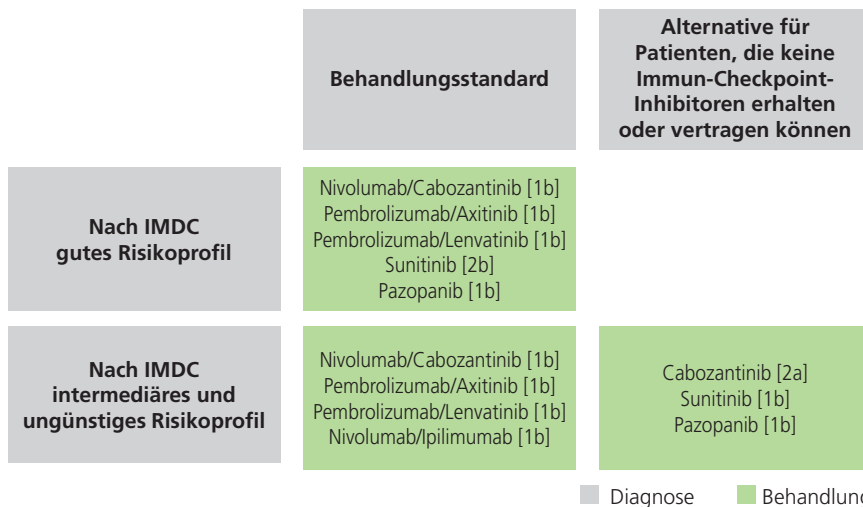
A. Hegele, Z. Varga, H. Heinzer, C. Doehn, E. Noessner, U. Wagner, A. Hübner, M. Siebels

Für die Behandlung des metastasierten Nierenzellkarzinoms (mRCC) stehen unterschiedliche Substanzgruppen und deren Kombinationen zur Verfügung. Viele Faktoren, wie u. a. die Erfahrung des Behandlers, die zu erwartende Toxizität, Remissionsdruck/Symptomatik oder die Lokalisation der Metastasen, beeinflussen die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapie. Die Deutsche Gesellschaft für Immun- und Targeted Therapie (DGFIT) befragte im Rahmen Ihrer Umfragereihe „DGFIT nachgefragt“ mit einem 18 Fragen umfassenden Fragebogen zum RCC/mRCC Urologen*innen und Onkologen*innen von August bis September 2023 um die Versorgungsrealität in Deutschland zu erfassen. Die Ergebnisse werden im folgenden Artikel präsentiert.

Für die Behandlung des mRCC stehen mittlerweile unterschiedliche Substanzgruppen und deren Kombinationen zur Verfügung, was das Überleben der Patienten signifikant verbessert hat. Neue Substanzen und Langzeitdaten kommen hinzu und die internationalen Behandlungsempfehlungen/Leitlinien ändern sich regelmäßig. Die aktuelle Therapieempfehlung der European Association of Urology (EAU) sehen Sie in ► Abbildung 1 [1]. Mit der Kombination aus einem Immuntherapeutikum (IO) und einem Tyrosinkinaseinhibitor (TKI) erreicht

man (je nach Substanz) Ansprechraten bis 71 % mit einer Dauer des Ansprechens bis zu knapp 27 Monaten [2–4]. Hingegen zeigen Langzeitdaten zur Kombination der zwei Immuntherapeutika Nivolumab und Ipilimumab (IO/IO) Vorteile für die Dauer des Ansprechens mit median 82,8 Monaten bei einer Ansprechrate von 42 % [5]. Ebenso existieren bis dato wenige Daten zur Sequenztherapie, so dass viele Faktoren die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapie beeinflussen (wie z. B. Erfahrung des Behandlers, zu erwartende Toxizi-

tät, Remissionsdruck/Symptomatik, Lokalisation der Metastasen etc.) [6]. Inwieweit nach initial kurativer operativer Therapie eines RCC eine adjuvante Immuntherapie erfolgt und ob eine sogenannte „zytoreduktive“ Nephrektomie/Nierenteilresektion beim mRCC noch durchgeführt wird ist ebenfalls von großem Interesse [7, 8]. Um diesen Fragen auf den Grund zu gehen und die Versorgungsrealität in Deutschland zu erfassen befragte die Deutsche Gesellschaft für Immun- und Targeted Therapie (DGFIT) im Rahmen Ihrer Umfragereihe „DGFIT nachgefragt“ mit einem 18 Fragen umfassenden Fragebogen zum RCC/mRCC Urologen*innen und Onkologen*innen von August bis September 2023.



An der Umfrage beteiligten sich 105 Ärzte*innen, in der Mehrzahl der Fälle Urologen*innen (n=97). Es handelte sich vor allem um erfahrene Ärzte*innen (80 % >40 Jahre), welche auch die Therapieentscheidung treffen (96 % Fach-, Ober- oder Chefarzt). Es bestand auch eine gute Balance zwischen Teilnehmern*innen aus Krankenhäusern (56,2 %) und Praxen (43,8 %).

Abb. 1: aktuelle Empfehlungen der European Association of Urology (EAU) zur Erstlinientherapie des mRCC in Abhängigkeit von der IMDC Risikogruppe [1]

Adjuvante Immuntherapie und „zytoreduktive“ Nierenchirurgie

84,4 % der Befragten führen beim Hoch-Risiko RCC nach initial kurativer operativer Therapie eine adju-

vante Immuntherapie mit Pembrolizumab durch, ebenso erfolgt eine zytoreduktive Nierenchirurgie bei mRCC in der Mehrzahl der Fälle (siehe ► Abb. 2). Es zeigte sich, dass

77,2 % der Befragten >5 mRCC Patienten im Jahr behandeln. Neben der Behandlung an Universitätsklinik findet die Behandlung ebenso in urologischen Hauptabteilungen als auch in urologischen Praxen statt. Obwohl der IMDC-Score für die Zulassung relevant ist, erfolgt dessen Bestimmung bei 6,7 % „nie“, gefolgt von 23,8 % „manchmal“ und lediglich bei 69,5 % „immer“.

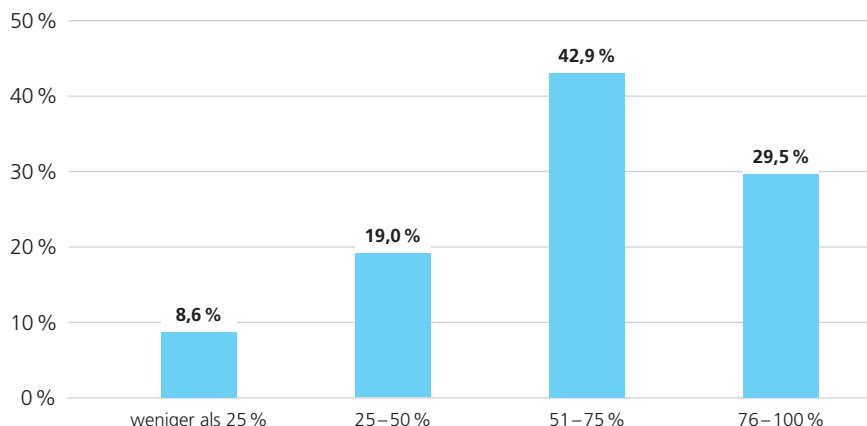


Abb.2: Häufigkeit der Durchführung einer zytoreduktiven Nephrektomie/Nierenteilresektion bei mRCC

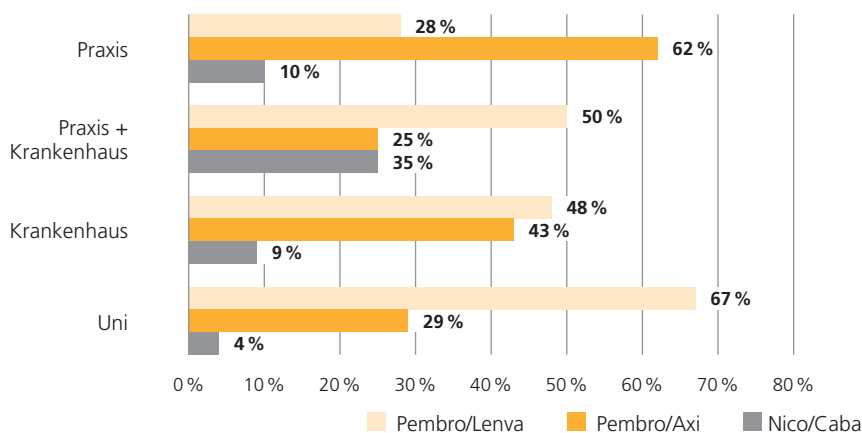


Abb.3: Gabe der unterschiedlichen IO/TKI-Kombinationen in Abhängigkeit vom Behandlungsort

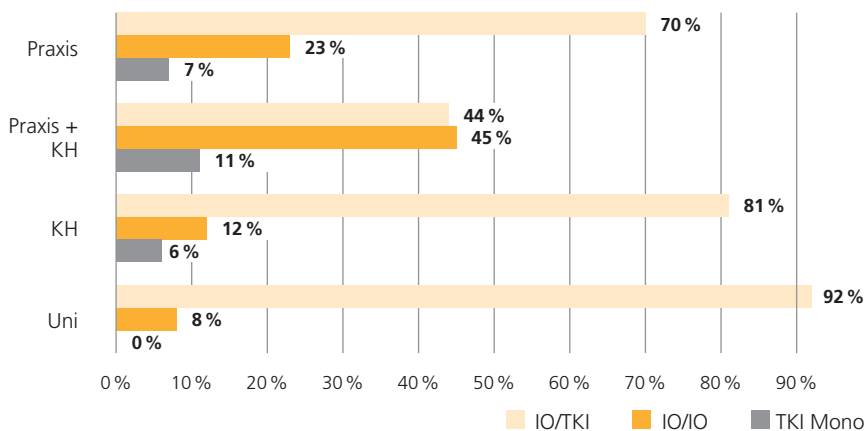


Abb.4: Einsatz von IO/TKI, IO/IO und TKI Mono in Abhängigkeit vom Behandlungsort.

Erstlinientherapie

In der Erstlinientherapie wird in der Mehrzahl der Fälle eine Kombination aus einem Immuntherapeutikum (IO) und einem Tyrosinkinaseinhibitor (TKI) gewählt – überwiegend die Kombination aus Pembrolizumab/Lenvatinib (48,1 %) gefolgt von Pembrolizumab/Axitinib (44,1 %) und Nivolumab/Cabozantinib (7,8 %). An den Kliniken erfolgt vor allem die Gabe der Kombination aus Pembrolizumab/Lenvatinib im Vergleich zur vermehrten Gabe von Pembrolizumab/Axitinib in den urologischen Praxen (siehe ► Abb.3). Die IO/IO Kombination aus Nivolumab und Ipilimumab (Zulassung für IMDC intermediate und poor risk) wird durchschnittlich bei rund 20 % der Patienten eingesetzt – in der Mehrzahl der Fälle in den urologischen Praxen mit/ohne Belegabteilung (siehe ► Abb.4). Die TKI Monotherapie spielt aktuell keine wesentliche Rolle mehr. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass während der Umfrage 2023 die TKI-Monotherapie noch nicht in den Leitlinien bei der IMDC favourable risk group empfohlen wurde.

Zweitlinientherapie

42 % der Befragten gaben an, dass weniger als 25 % der behandelten Patienten im weiteren Verlauf der Erkrankung eine Zweitlinientherapie erhalten. In der Zweitlinie erfolgt vor allem die Gabe eines TKI als Monotherapie (siehe ► Abb.5) – in 57 % nach IO/IO bzw. in 69 %

Welche med. Therapie wählen Sie überwiegend in der 2nd line?

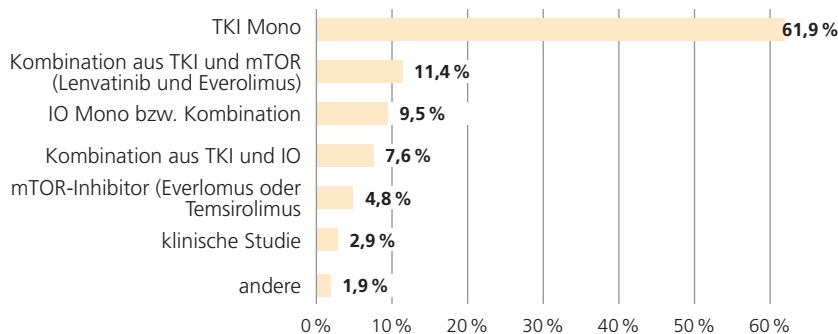


Abb.5: Eingesetzte Substanzen und Kombinationen in der Zweitlinientherapie des mRCC

nach IO/TKI Gabe in der Erstlinie. In 90,8 % wird der TKI Cabozantinib ausgewählt, gefolgt von Sunitinib (9,2 %).

Die erhobenen Daten der DGFIT zur Behandlungsrealität des RCC/ mRCC in Deutschland zeigen, dass

- die *adjuvante Immuntherapie* mit Pembrolizumab beim Hoch-Risiko RCC nach kurativer operativer Therapie regelmäßig durchgeführt wird
- die „zytoreduktive“ *Nierenchirurgie* nach wie vor einen hohen Stellenwert beim mRCC hat
- die *Bestimmung des IMDC-Score* optimiert werden kann
- die *Behandlung von mRCC Patienten* sowohl in den Kliniken

- als auch in Praxen erfolgt
- in der *Erstlinientherapie* vor allem TKI/IO Kombinationen eingesetzt werden, gefolgt von der IO/IO-Kombination: es zeigen sich hier *Unterschiede in der Behandlung* zwischen Klinik und Praxen
- (zu) wenige Patienten erhalten eine *Zweitlinientherapie*
- in der *Zweitlinientherapie* erfolgt überwiegend die Gabe des TKI Cabozantinib

Wir danken allen Ärzten*innen für Ihre Teilnahme an der Umfrage. ■



Literatur unter
www.uroforum.de

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Axel Hegele
Urologisches Zentrum Mittelhessen
hegele@urologie-mittelhessen.de
1. Vorsitzender der DGFIT e. V.
für die DGFIT



Prof. Dr. Axel Hegele

DGFIT nachgefragt:

Behandlungsrealität des „non-muscle-invasive bladder cancer“ (NMIBC) in Deutschland!

Bitte unterstützen Sie uns und nehmen an der kurzen Umfrage (4 min) teil – einfach QR-Code scannen!

