

Hei!

Muutama kommentti liittyen tuoreeseen julkaisuunne koskien semiplimabia levinneen tai inoperaabelin ihon levyepiteelikarsinooman hoitona. Semiplimabin tutkimusnäyttö on verrattavissa täysin esimerkiksi dataan , jolla avelumabi hyväksyttiin Suomessa kliiniseen käyttöön Merkelin solukarsinooman osalta (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29566106>). Tässäkin tautiryhmässä osoitettiin myöhemmin vasteita saaneilla potilailla elossaolon parantuvan merkittävästi (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30721341>). Nämä tautityypit (ihon metastasoinut levyepiteelikarsinooma ja Merkelin solukarsinooma) ovat kliinikon näkökulmasta pitkästi rinnastettavissa:

- molemmissa perinteinen solunsalpaajahoito platina-pohjaisena on ollut vasteiden osalta kohtuullisen tehokas, mutta ei ole tarjonnut potilaille pitkäaikaista hyötyä
- molemmissa vuosittainen potilasmäärä on vähäinen (esim. PSHP alueella 1-2 pot/vuosi)

Aiempi prekliininen tutkimusnäyttö (mutaatiotaakka) puoltaa immuno-onkologisten hoitojen käyttöä tässä tautiryhmässä. Myös kliiniset tutkimustulokset ovat vakuuttavia, ORR 44%. Tyypillinen immuno-onkologisten hoitojen maksimihoitoaika on vakiintunut n. 1 vuoteen esimerkiksi melanoomassa: maksimaalinen hoitovaste on tyypillisesti saavutettu tässä vaiheessa. Osalla potilaista hoito lopetaan kuitenkin joko haittoihin tai tautiprogressioon aiemmin. Hoitovastetta arvioidaan kuvantaen aina 12 viikon välein.

Kliinikkona toivon semiplimabia hyväksyttäväksi kliiniseen käyttöön myös Suomessa!

yt Tanja Skyttä
LT, syöpätautien erikoislääkäri
Tays syövänhoidon va