

TZM Essentials

16. Jahreskongress des Tumorzentrums am CCC München

Samstag, 03. Februar 2024

Hörsaal III + IV, LMU Klinikum
Campus Großhadern, München

www.tzm-essentials.de
Zertifiziert mit **12** Fortbildungspunkten
der BLÄK

Hauptprogramm

2024

EXTENDING our *STRENGTHS* to FIGHT GI CANCERS

TIBSOVO®
jetzt zugelassen
beim CCA mit IDH1-Mutation*

NEU

LONSURF®
+ Bevacizumab**

NEU

Credits: SEBASTIAN KAULITZKI/SCIENCE PHOTO LIBRARY
© Getty images - sciencepics/shutterstock.com -
SciePro/shutterstock.com - viktorov.pro/shutterstock.com.

DREIFACHE KOMPETENZ IN VIER INDIKATIONEN

 **TIBSOVO®**
Ivosidenib Tabletten 250mg

 **onivyde®**
pegylated liposomal irinotecan

 **Lonsurf®**
Trifluridin/Tipiracil



Basisinformation
TIBSOVO®, ONIVYDE®,
LONSURF®

* Tibsovo® als Monotherapie wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Cholangiokarzinom mit einer IDH1-R132-Mutation, die zuvor bereits mit mindestens einer systemischen Therapie behandelt worden sind.

** Lonsurf® wird angewendet in Kombination mit Bevacizumab zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (KRK), die zuvor bereits zwei Krebstherapien erhalten haben. Diese Therapien beinhalten Fluoropyrimidin-, Oxaliplatin- und Irinotecan-basierte Chemotherapien, Anti-VEGF- und/oder Anti-EGFR-Substanzen.

www.servier.de

SERVIER 



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

seien Sie herzlich willkommen zum Jahreskongress des Tumorzentrums am CCC München, den TZM Essentials 2024. Das Wichtigste aus Hämatologie und Onkologie an einem Tag: auch in diesem Jahr ist das der Anspruch, den wir gemeinsam mit den Referierenden und Vorsitzenden des heutigen Tages einlösen werden. In 11 Sitzungen und 26 Vorträgen erfahren Sie alles, was in den vorangegangenen 12 Monaten wichtig und praxisrelevant war.

In diesem Workbook haben wir neben dem wissenschaftlichen Programm und wichtigen organisatorischen Infos auch die Take-home Messages zu den einzelnen Vorträgen zusammengefasst. Vertiefende und zitierfähige Informationen zu den einzelnen Themen enthält darüber hinaus das Jahrbuch des Tumorzentrums am CCC München, das Sie im Tagungsbüro als Printwerk und/oder als E-Book-Gutschein erhalten haben.

Referierende und Vorsitzende des heutigen Tages sind neben Expertinnen und Experten der beiden Münchner Universitätsklinika auch ausgewiesene Fachleute der assoziierten Kliniken und Praxen in der Metropolregion München. Sie sind organisiert in den Projekt- und Arbeitsgruppen des Tumorzentrums München, die offen sind für alle Health Professionals, die sich in der Betreuung von Menschen mit Krebserkrankungen engagieren.

Die bemerkenswerten Erfolge in Hämatologie und Onkologie sind das Ergebnis interdisziplinären Engagements, und dafür stehen Tumorzentrum und CCC München geradezu exemplarisch. Interdisziplinarität lebt auch von der Gelegenheit zum informellen Austausch. Bei den TZM Essentials 2024 haben Sie dazu in den Pausen und beim Besuch der begleitenden Industrieausstellung reichlich Gelegenheit. Wenn Sie Fragen oder Anregungen zur Veranstaltung haben, wenden Sie sich gern an die Service-Mitarbeitenden im Tagungsbüro im Foyer.

Wir freuen uns auf die persönliche Begegnung mit Ihnen und wünschen uns allen einen erkenntnisreichen Verlauf der TZM Essentials 2024.

Prof. Dr. med.
Volker Heinemann

Vorsitzender des TZM-Vorstands
Direktor des CCC München^{LMU}

Prof. Dr. med.
Hana Algül

stellv. Vorsitzender des TZM-Vorstands
Direktor des CCC München^{TUM}

Programm vormittags

08:30 Uhr **Begrüßung**
Prof. Volker Heinemann

Psychoonkologie und Komplementärmedizin

Vorsitz: Dr. Friederike Mumm

08:35 Uhr Aktualisierung der S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten (Prof. Andreas Dinkel)

08:50 Uhr S3-Leitlinie Komplementärmedizin (PD Dr. Daniela Paepke)

09:05 Uhr Diskussion

Hirntumoren

Vorsitz: Prof. Bernhard Meyer,
Prof. Louisa von Baumgarten

09:15 Uhr Aktuelle Therapiestrategien in der Behandlung von Gliomen (Prof. Niklas Thon)

09:30 Uhr Strahlentherapie bei PatientInnen mit Gliomen und Hirnmetastasen – what's new? (Prof. Stephanie E. Combs)

09:45 Uhr Diskussion

09:55 Uhr **Kaffeepause**

Mammakarzinom

Vorsitz: PD Dr. Rachel Würstlein,
PD Dr. Johannes Ettl

10:15 Uhr Frühes Mammakarzinom (PD Dr. Anna Hester)

10:30 Uhr Fortgeschrittenes / Metastasiertes Mammakarzinom (Dr. Anne Katrin Krämer)

10:45 Uhr Diskussion

Gynäkologische Tumoren

Vorsitz: Prof. Marion Kiechle,
Prof. Sven Mahner

10:55 Uhr Maligne Neoplasien des Ovars (PD Dr. Alexander Burges)

11:10 Uhr Endometriumkarzinom (PD Dr. Bastian Czogalla)

11:17 Uhr Zervixkarzinom (Dr. Maximiliane Burgmann)

11:25 Uhr Diskussion

Kopf-Hals-Malignome

Vorsitz: PD Dr. Timon Hussain
Prof. Christoph Reichel

11:35 Uhr Therapie des Nasopharynxkarzinoms (PD Dr. Steffi Pigorsch)

11:50 Uhr Diskussion

Endokrine Tumoren

Vorsitz: Prof. Roland Ladurner,
Dr. Alexander von Werder

11:55 Uhr Das anaplastische Schilddrüsenkarzinom – Neues zur Systemtherapie (Prof. Christine Spitzweg)

12:10 Uhr Neuroendokrine Neoplasien des GEP-Systems - Leitlinienempfehlungen 2023 und Update Systemtherapie (Prof. Christoph Auernhammer)

12:25 Uhr Diskussion

12:35 Uhr **Mittagspause**

Programm nachmittags

Maligne Lymphome

Vorsitz: Dr. Christian Schmidt,
Prof. Anna Lena Illert

- 13:30 Uhr Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom
(Prof. Anna Lena Illert)
- 13:45 Uhr Chronische Lymphatische Leukämie
(Prof. Clemens Wendtner)
- 14:00 Uhr Multiples Myelom
(Prof. Florian Bassermann)
- 14:15 Uhr Diskussion

Leukämien und Myelo- dysplastische Neoplasien

Vorsitz: Dr. Judith Hecker,
Prof. Karsten Spiekermann

- 14:30 Uhr Akute Myeloische Leukämie /
Myelodysplastische Neoplasien
(Prof. Katharina Götze)
- 14:45 Uhr Chronische Myeloische Leukämie /
Myeloproliferative Neoplasien
(Prof. Karsten Spiekermann)
- 15:00 Uhr Diskussion

Urogenitale Tumoren

Vorsitz: Prof. Marcus Hentrich,
Prof. Arthur Gerl

- 15:10 Uhr Prostatakarzinom
(Dr. Matthias Jahnen)
- 15:25 Uhr Urothelkarzinom
(PD Dr. Jozefina Casuscelli)
- 15:40 Uhr Diskussion

15:50 Uhr **Kaffeepause**

Thorakale Tumoren

Vorsitz: PD Dr. Safi Seyer,
Prof. Rudolf Maria Huber

- 16:10 Uhr Immuntherapie im Stadium IV
(Dr. Folker Schneller)
- 16:25 Uhr Zielgerichtete Therapie im Stadium IV
(PD Dr. Thomas Duell)
- 16:40 Uhr Multimodale Therapie im Stadium I-III
(Prof. Rudolf Maria Huber)
- 16:55 Uhr Diskussion

Gastrointestinale Tumoren

Vorsitz: Prof. Jens Werner,
PD Dr. Marlies Michl

- 17:10 Uhr Update zum Pankreaskarzinom
(Prof. Hana Algül)
- 17:25 Uhr Update zu Cholangiokarzinomen
(Prof. Stefan Böck)
- 17:40 Uhr Update zum Magenkarzinom
(Prof. Sylvie Lorenzen)
- 17:55 Uhr Update zum kolorektalen Karzinom
(Prof. Volker Heinemann)
- 18:10 Uhr Diskussion

18:30 Uhr **Zusammenfassung und Schlussworte**
Prof. Volker Heinemann,
Prof. Hana Algül

19:00 Uhr **Ende der Veranstaltung**



Tumorzentrum am CCC München: Jahrbuch 2024 herausgegeben von Volker Heinemann und Hana Algül

ca. 350 Seiten, erscheint zu den TZM Essentials am 3. Februar 2024
für Jahreskongressteilnehmende kostenlos
Printwerk im Fachbuchhandel: 34,90 €
E-Book im LUKON-Onlineshop: 19,90 €

Das Jahrbuch des Tumorzentrums am CCC München richtet sich an alle onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte und versteht sich als Arbeitshilfe für die tägliche Praxis. Alle Referierenden der TZM Essentials haben die Inhalte ihrer Vorträge in den Kapiteln dieses Buches vertiefend dokumentiert. So ist ein aktuelles Kompendium zu allen wichtigen hämatologischen und onkologischen Entitäten entstanden, das als Printwerk und als E-Book verfügbar ist. Fragen Sie im Konferenzbüro der TZM Essentials nach Ihrem persönlichen, kostenlosen Leseexemplar.

Referierende

**Klinikum rechts der Isar
der TU München**
Ismaninger Straße 22
81675 München

- 1| Prof. Dr. med. Hana Algül**
Klinik und Poliklinik für Innere
Medizin II, Comprehensive Cancer
Center München^{TUM}
- 2| Prof. Dr. med. Florian Bassermann**
Klinik und Poliklinik für Innere
Medizin III, Hämatologie/Onkologie
- 3| Prof. Dr. med. Stephanie E. Combs**
Klinik und Poliklinik für Radio-
Onkologie und Strahlentherapie
- 4| Prof. Dr. rer. nat. Andreas Dinkel**
Klinik und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
- 5| Prof. Dr. med. Katharina Götze**
Klinik und Poliklinik für Innere
Medizin III, Hämatologie/Onkologie
- 6| Dr. med. Matthias Jahnen**
Klinik und Poliklinik für Urologie
- 7| Dr. med. Anne Katrin Krämer**
Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 8| Prof. Dr. med. Anna Lena Illert**
Chair Personalized Oncology
Mildred-Scheel-Professorin
- 9| Prof. Dr. med. Sylvie Lorenzen**
Klinik und Poliklinik für Innere
Medizin III, Hämatologie/Onkologie
- 10| PD Dr. med. Steffi Pigorsch**
Klinik und Poliklinik für Radio-
Onkologie und Strahlentherapie
- 11| Dr. med. Folker Schneller**
Klinik und Poliklinik für Innere
Medizin III, Hämatologie/Onkologie

**LMU Klinikum,
Campus Großhadern**
Marchioninistraße 15
81377 München

- 12| Prof. Dr. med.
Christoph Auernhammer**
Medizinische Klinik IV
- 13| PD Dr. med. Alexander Burges**
Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 14| Dr. med. Donata-Maximiliane
Burgmann**
Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 15| PD Dr. med.
Jozefina Casuscelli**
Urologische Klinik und Poliklinik
- 16| PD Dr. med. Bastian Czogalla**
Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 17| Prof. Dr. med. Volker Heinemann**
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Comprehensive Cancer Center
München^{LMU}
- 18| PD Dr. med. Anna Hester**
Klinik und Poliklinik für Frauenheil-
kunde und Geburtshilfe
- 19| Prof. Dr. med.
Karsten Spiekermann**
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Hämatologie/Onkologie
- 20| Prof. Dr. med. Christine Spitzweg**
Interdisziplinäres Schilddrüsenzentrum
- 21| Prof. Dr. med. Niklas Thon, MBA**
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie

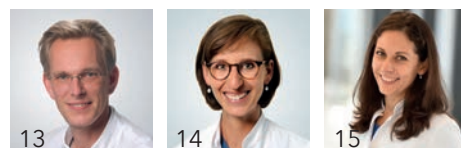
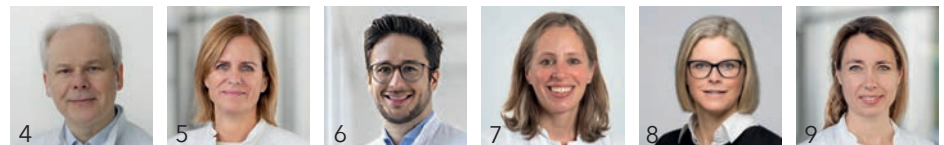
22| Prof. Dr. med. Stefan Böck
Klinik für Hämatologie und
Onkologie und Palliativmedizin
München Klinik Harlaching
Sanatoriumsplatz 2 · 81545 München

23| PD Dr. med. Thomas Duell
Thorakale Onkologie
Asklepios Fachkliniken
München-Gauting
Robert-Koch-Allee 2 · 82131 Gauting

24| Prof. Dr. med. Rudolf Maria Huber
Lungenpraxis München
Sendlinger-Tor-Platz 7
80336 München

25| PD Dr. med. Daniela Paepke
Zentrum für integrative,
komplementäre Medizin & TCM (ZIMT)
Praxiszentrum Zollikerberg
Trichtenhauserstrasse 2
8125 Zollikerberg

26| Prof. Dr. med. Clemens Wendtner
Klinik für Hämatologie, Onkologie,
Immunologie, Palliativmedizin
München Klinik Schwabing
Kölner Platz 1 · 80804 München



Vorsitzende

**Klinikum rechts der Isar
der TU München
Ismaninger Straße 22
81675 München**

27| Dr. med. Judith Hecker
Klinik und Poliklinik für
Innere Medizin III

28| PD Dr. med. Timon Hussain
Klinik und Poliklinik für Hals-,
Nasen- und Ohrenheilkunde

29| Prof. Dr. med. Anna Lena Illert
Chair Personalized Oncology
Mildred-Scheel-Professorin

30| Prof. Dr. med. Marion Kiechle
Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

31| Prof. Dr. med. Bernhard Meyer
Klinik und Poliklinik für Neuro-
chirurgie im Neurokopfzentrum

32| PD Dr. med. Seyer Safi
Sektion Thoraxchirurgie

**33| Dr. med.
Alexander von Werder**
Klinik und Poliklinik für
Innere Medizin II

**LMU Klinikum,
Campus Großhadern
Marchioninistraße 15
81377 München**

34| Prof. Dr. med. Sven Mahner
Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

35| Dr. med. Friederike Mumm
Interdisziplinäres Zentrum für
Psycho-Onkologie (IZPO)
Medizinische Klinik und Poliklinik III

**36| Prof. Dr. med.
Christoph Reichel**
Klinik und Poliklinik für
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

37| Dr. med. Christian Schmidt
Medizinische Klinik und Poliklinik III

**38| Prof. Dr. med.
Karsten Spiekermann**
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Hämatologie/Onkologie

**39| Prof. Dr. med.
Louisa von Baumgarten**
Neurochirurgische Klinik
und Poliklinik

40| Prof. Dr. med. Jens Werner
Klinik für Allgemein-, Viszeral-
und Transplantationschirurgie

41| PD Dr. med. Rachel Würstlein
Brustzentrum der LMU, Klinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

42| PD Dr. med. Johannes Ettl
Klinikverbund Allgäu gGmbH
Klinikum Kempten
Robert-Weixler-Straße 50
87439 Kempten

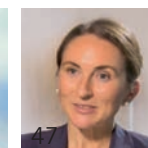
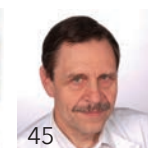
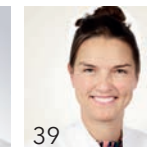
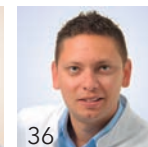
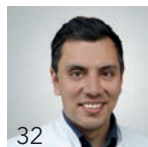
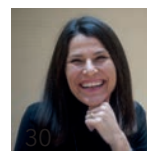
43| Prof. Dr. med. Arthur Gerl
Praxis für Hämatologie und
internistische Onkologie
Herzog-Heinrich-Straße 10
80336 München

44| Prof. Dr. med. Marcus Hentrich
Innere Medizin III -
Hämatologie und Onkologie
Rotkreuzklinikum München
Nymphenburger Straße 163
80634 München

**45| Prof. Dr. med.
Rudolf Maria Huber**
Lungenpraxis München
Sendlinger-Tor-Platz 7
80336 München

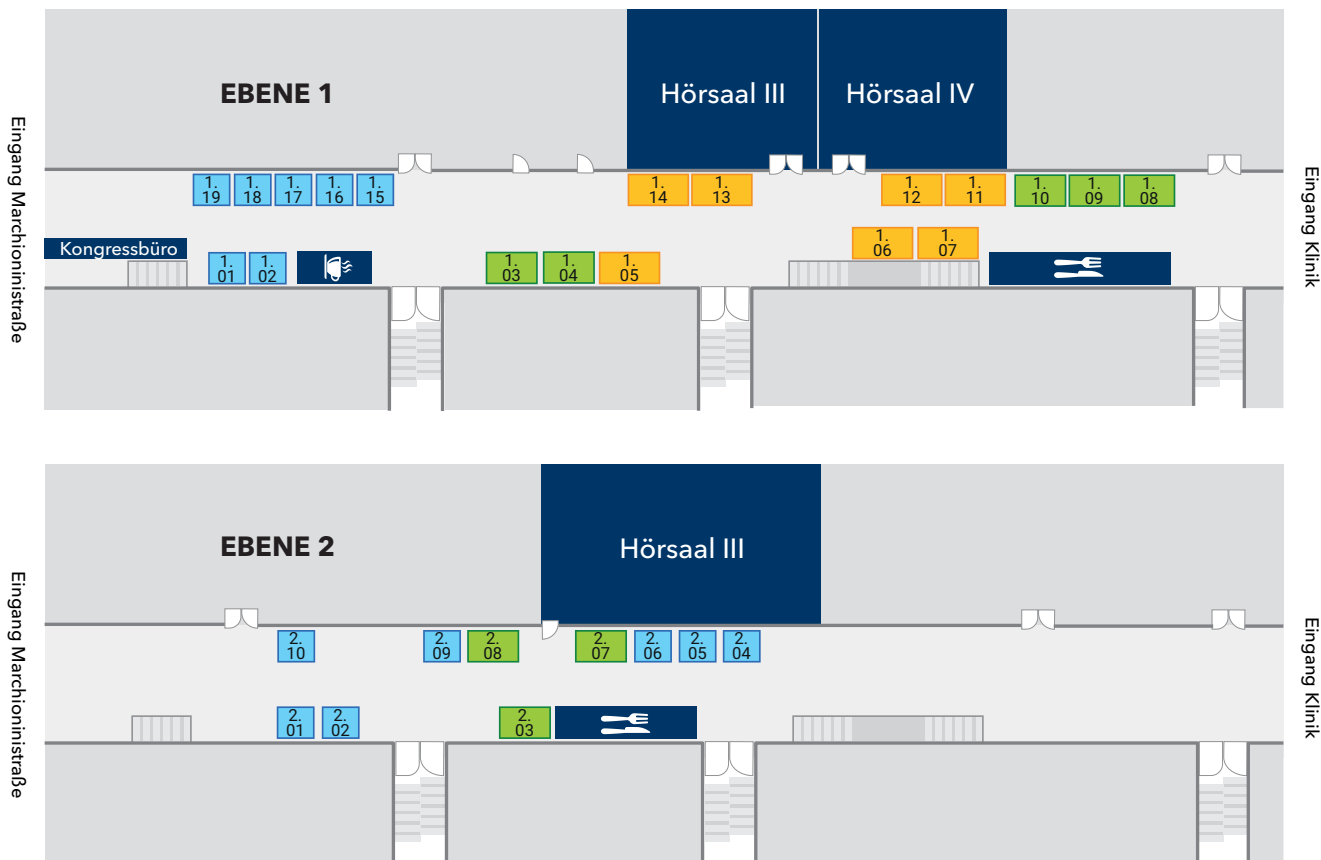
46| Prof. Dr. med. Roland Ladurner
Klinik für Allgemein-, Viszeral-
und Thoraxchirurgie
Krankenhaus Martha-Maria München
Wolfratshauer Straße 109
81479 München

47| PD Dr. med. Marlies Michl
Hämato-onkologische Schwerpunk-
tpraxis, Sollner Straße 65 b
81479 München



Sponsoren und Aussteller

7.400 € - 7.700 €	01.13	Novartis Pharma GmbH	 NOVARTIS
	01.10	Servier Deutschland GmbH	SERVIER 
4.800 €	01.05	AstraZeneca GmbH	 AstraZeneca
	01.12	BeiGene Germany GmbH	 BeiGene
	01.14	Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA	 Bristol Myers Squibb ™
	01.11	GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG	 GSK
	01.06	Janssen-Cilag GmbH	janssen  Oncology
	01.07	Lilly Deutschland GmbH	<i>Lilly</i>
3.900 €	02.07	MGZ Medizinisch Genetisches Zentrum	 MGZ
	01.04	MSD Merck Sharp & Dohme GmbH	 MSD
	02.08	Novocure GmbH	novocure ®
	01.03	Pfizer Pharma GmbH	 Pfizer Oncology
	01.08	Roche Pharma AG	 Roche
	02.03	Sanofi-Aventis Deutschland GmbH	sanofi
	01.09	Swedish Orphan Biovitrum GmbH	 sobi
3.500 €	02.09	AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG	abbvie
	02.06	Amgen GmbH	AMGEN ®
	01.15	Astellas Pharma GmbH	 astellas
	02.10	Celltrion Healthcare Co. Ltd.	 HEALTHCARE CELLTRION
	02.01	Daiichi Sankyo Oncology Deutschland GmbH	 Daiichi-Sankyo
	01.02	Gilead Sciences GmbH	 GILEAD  Kite
	01.17	Incyte Biosciences Germany GmbH	 Incyte
	01.16	Ipsen Pharma GmbH	 IPSEN Innovation for patient care
	01.01	Pierre Fabre Pharma GmbH	 Pierre Fabre Oncology
	02.04	Seagen Germany GmbH	 Seagen ®
	02.05	Stemline Therapeutics Inc.	 Stemline ®
	02.02	Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG	 Takeda



Industrierausstellung Ebene 1

- 01.01** Pierre Fabre Pharma GmbH
- 01.02** Gilead Sciences GmbH
- 01.03** Pfizer GmbH
- 01.04** MSD Merck Sharp & Dohme GmbH
- 01.05** AstraZeneca GmbH
- 01.06** Janssen-Cilag GmbH
- 01.07** Lilly Deutschland GmbH
- 01.08** Roche Pharma AG
- 01.09** Swedish Orphan Biovitrum GmbH
- 01.10** Servier Deutschland GmbH
- 01.11** GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
- 01.12** BeiGene Germany GmbH
- 01.13** Novartis Pharma GmbH
- 01.14** Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
- 01.15** Astellas Pharma GmbH
- 01.16** Ipsen Pharma GmbH
- 01.17** Incyte Biosciences Germany GmbH
- 01.18** Tumorzentrum München
- 01.19** Medienpartner

Industrierausstellung Ebene 2

- 02.01** Daiichi Sankyo Oncology Deutschland GmbH
- 02.02** Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG
- 02.03** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
- 02.04** Seagen Germany GmbH
- 02.05** StemlineTherapeutics Inc.
- 02.06** Amgen GmbH
- 02.07** MGZ Medizinisches Genetisches Zentrum
- 02.08** Novocure GmbH
- 02.09** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG
- 02.10** Celltrion Healthcare Deutschland GmbH

Wir danken den Sponsoren und Ausstellern für die Unterstützung der TzM Essentials 2024.

Psychoonkologie und Komplementärmedizin



**S3-Leitlinie
Psychoonkologische Diagnostik
Prof. Andreas Dinkel**

- Psychoonkologie ist essenzieller Bestandteil eines integrativen patientenzentrierten Behandlungsansatzes bei Krebs. Die aktualisierte S3-Leitlinie liefert zahlreiche evidenz- und konsensorientierte Empfehlungen für die Versorgung von PatientInnen mit und nach Krebs.
- Das Distress-Screening bildet die Grundlage für die effiziente psychoonkologische Versorgung.
- KrebspatientInnen sollten unabhängig vom Belastungsgrad psychoonkologische E-Health-Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität angeboten werden. Die Leitlinienempfehlung bezieht sich ausdrücklich nicht auf Gesundheits-Apps, Chats, Foren oder ausschließlichen Kontakt per E-Mail.
- Eine psychopharmakologische Behandlung sollte nur im geprüften Einzelfall erfolgen.
- Das Übermitteln schlechter Nachrichten (bad news) soll nicht am Telefon oder über digitale Medien erfolgen, sondern in einem persönlichen Kontakt. In begründeten besonderen Situationen oder bei ausdrücklichem PatientInnenwunsch können telemedizinische Medien für die Übermittlung schlechter Nachrichten genutzt werden.

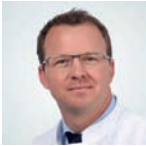


**S3-Leitlinie
Komplementärmedizin
PD Dr. Daniela Paepke**

- Die Integrative Onkologie ist ein multidisziplinärer Ansatz, der darauf abzielt, Gesundheit, Lebensqualität und klinisches Outcome von Krebspatienten zu optimieren.
- Sie steht für einen Paradigmenwechsel von einer rein biomedizinischen zu einer biopsychosozialen Auffassung von Gesundheit und Krankheit.
- Die Integrative Onkologie möchte ein Brückenschlag sein zwischen konventioneller Onkologie und komplementärer Medizin.
- Gemeint ist hierbei jedoch nicht nur die Hinzunahme einzelner komplementärer Methoden zur konventionellen Medizin. Vielmehr versteht sich die Integrative Onkologie als sinnhaftes Gesamtkonzept.

Take-home messages

Hirntumoren



**Aktuelle Therapie-
strategien Gliome**
Prof. Niklas Thon



Strahlentherapie
Prof. Stephanie E. Combs

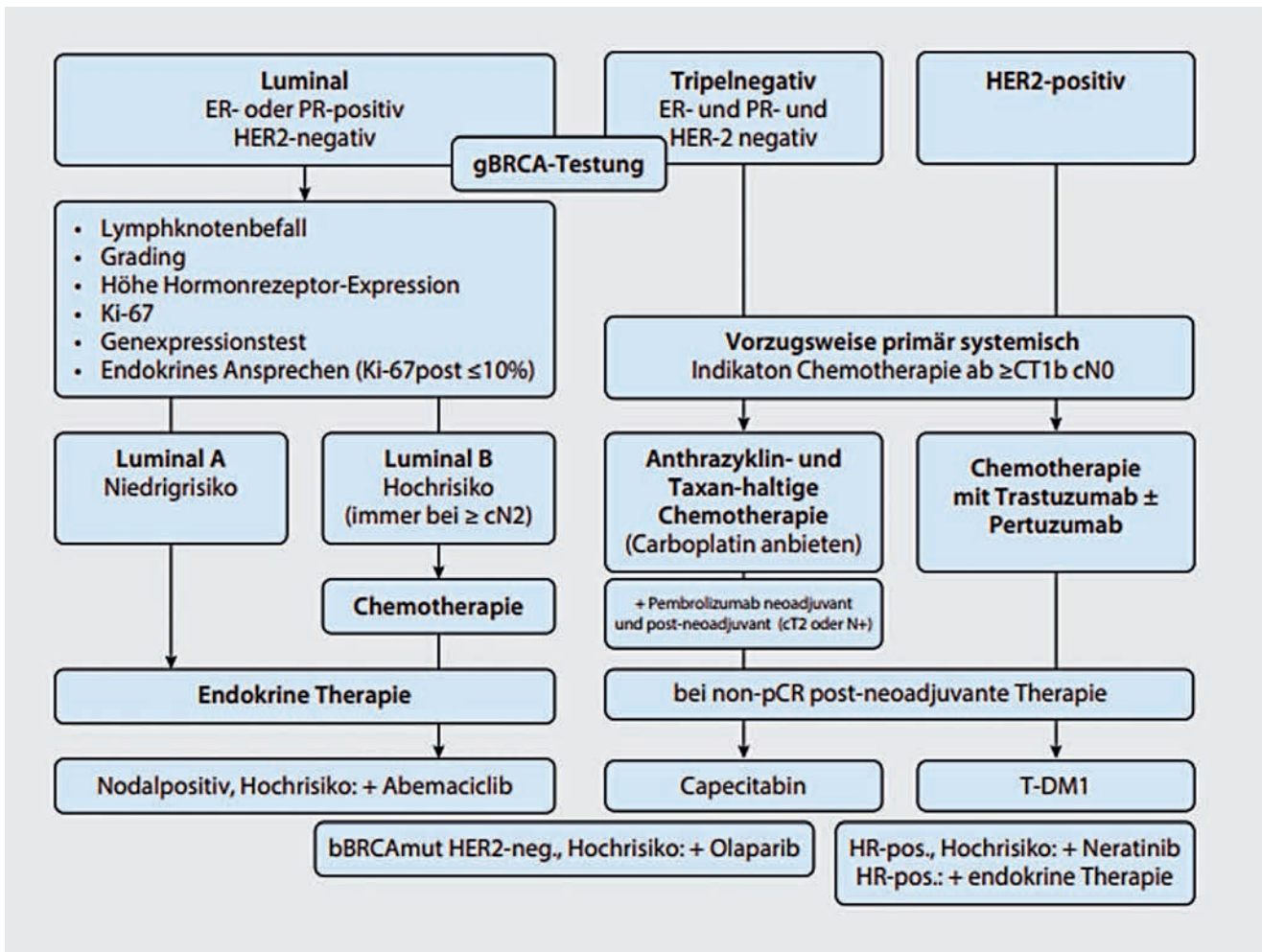
- Bei der Therapieplanung von hirneigenen Tumoren haben moderne MRT- und PET-Bildgebungen einen zentralen Stellenwert.
- Gemeinsam mit der erweiterten molekularen Diagnostik bilden sie die Grundlage für eine zunehmend auf den einzelnen Patienten maßgeschneiderte Tumorthherapie (sogenannte „Präzisionsonkologie“).
- Dabei bilden moderne mikrochirurgische, strahlentherapeutische und medikamentöse Therapieoptionen das Rückgrat effizienter Behandlungsalgorithmen.
- Mit der IDH-Inhibition konnte erstmals für das niedergradige Gliom die Wirksamkeit einer zielgerichteten Therapie nachgewiesen werden.
- Die Erforschung der Wechselwirkung zwischen Tumor und ZNS („Cancer Neuroscience“) könnte als Basis für neue, innovative Behandlungskonzepte dienen.



Mammakarzinom



Frühes Mammakarzinom
PD Dr. Anna Hester



ADAPTcycle (SABCS23: Glut et al. LBO1-05)

Beim HR+HER2- Mammakarzinom kann die Wahrscheinlichkeit eines endokrinen Ansprechens bei prämenopausalen Patientinnen durch die Hinzunahme eines GnRH-Analogons gesteigert werden und ist dann vergleichbar mit postmenopausalen Patientinnen.

NATALEE (ASCO23: Slamon et al. LBA500, SABCS23: Hortobagyi et al. GS03-03)

Beim HR+/HER2- Mammakarzinom mit erhöhtem Rückfallrisiko führte 400 mg Ribociclib (3 Jahre) + nicht-steroidaler AI (≥ 5 Jahre) [+ GnRH bei prämenopausalen Frauen und Männern] zu einem signifikanten absoluten iDFS-Vorteil von 3,3% (nach 3 Jahren) im Vergleich zum nicht-steroidalen AI allein. Die Verträglichkeit von Ribociclib war gut.

Take-home messages



Fortgeschrittenes/Metastasiertes Mammakarzinom
Dr. Anne Katrin Krämer

monarchE

**(ASCO23: Hamilton et al. 501,
ESMO2023: Harbeck et al. LBA17)**

Die adjuvante Behandlung mit Abemaciclib zusätzlich zur endokrinen Therapie beim HR+/HER2-Mammakarzinom mit erhöhtem Rückfallrisiko führte auch nach 5 Jahren zu einem signifikanten iDFS-Benefit von 7,6% und war auch bei älteren Patientinnen wirksam, es kam jedoch häufiger zu AE-bedingten Therapieabbrüchen ohne vorherige Dosisreduktion

KEYNOTE-522

**(ESMO2023: Schmid et al. LBA18,
SABCS2023: Schmid et al. LB01-01)**

Die Hinzunahme von Pembrolizumab in die neoadjuvante und post-neoadjuvante Therapie des tripel-negativen Mammakarzinoms (ab cT2 oder N+) führte auch im aktualisierten 5-Jahres-Follow Up zu einer um 9% signifikant verbesserten krankheitsfreien Überlebensrate (HR 0,63, 81,3% vs. 72,3%), unabhängig von der PD-L1-Expression und vom Nodalstatus.

KATHERINE

(SABCS2023: Loibl et al. GS03-12)

Beim HER2+ Mammakarzinom führte nach non-pCR T-DM1 im Vergleich zu Trastuzumab in der finalen iDFS-Auswertung weiterhin zu einem um 13,7% geringeren Rezidivrisiko nach 7 Jahren (HR 0,54, 80,8% vs. 67,1%) und zu einem OS-Vorteil von 4,7%.

Hormonrezeptor-positive Mammakarzinome

- Standard-Erstlinienbehandlung bleibt endokrin-basierte Therapie unter Einschluss eines CDK4/6-Inhibitoren.
- Bezüglich "treatment beyond progression nach CDK4/6-Inhibition" divergierende Studienergebnisse von PACE-/PALMIRA- und MAINTAIN-Studie.
- Neuzulassung oraler SERD Elacestrant als Folge-therapie nach CDK4/6-Inhibitor-Behandlung beim Hormonrezeptor-positiven HER2-negativen metastasierten Mammakarzinom mit nachgewiesener ESR1-Mutation in der Plasmaprobe. EMERALD-Studie.
- AKT-Inhibitor Capivasertib neu zugelassen (FDA Gültigkeitsbereich) in Kombination mit Fulvestrant bei Mutation in den Genen PIK3CA, AKT oder PTEN im Tumorgewebe: CAPItello Studie.

Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (ADC)

- Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd) Zulassungserweiterung für HER2-low Karzinome nach einer Chemotherapie in der metastasierten Situation oder bei Rezidiv während/ innerhalb von 6 Monaten nach adjuvanter Chemotherapie. DESTINY-Breast04-Studie mit verlängerter Nachbeobachtungszeit.
- Sacituzumab-Govitecan (SG): Zulassungserweiterung für Hormonrezeptor-positive, HER2-negative Mammakarzinome nach endokrin basierter Therapie und mindestens zwei zusätzlichen systemischen Therapien bei fortgeschrittener Erkrankung: TROPICS-02 Studie.



Gynäkologische Tumoren



Maligne Neoplasien des Ovars
PD Dr. Alexander Burges

DUO-O Studie

- Prospektive Phase III-Studie
- Erstmals positive Phase III-Studie zur Immuntherapie beim Ovarialkarzinom
- Nur BRCAwt Patientinnen eingeschlossen
- Erstmals Vorteil bei HRD negativ gegenüber aktivem Kontrollarm
- Schwächen: Interimanalyse, Kontrollarm ohne PARPi

Für HRD-negative, BRCA-Wildtyp-Patientinnen, die Bevacizumab erhalten können, steht damit eine Erweiterung der Therapie mit Durvalumab und Olaparib (nach Kostenübernahmeantrag) als Option zur Verfügung.

ICON8B Studie

- Prospektive Phase III-Studie
- Bevacizumab und wöchentliche Dosis-dichte Chemotherapie
- Verbesserung des medianen Progressionsfreien-Überlebens um 5,5 Monate (16,7 vs. 22,2; HR 0.75)
- Verbesserung des medianen Gesamtüberlebens um 10,1 Monate zum Zeitpunkt der Interimsanalyse (40,9 vs. 51,1; HR 0.77)
- Schwächen: Interimanalyse, Keine Daten zu BRCA, HRD, Kein PARPi

Damit gibt es nun für Patientinnen, bei denen der Einsatz von Bevacizumab geplant ist, eine zusätzliche Option durch ein dosisdichtes Chemotherapieprotokoll mit wöchentlicher Paclitaxel-Gabe.

MIRASOL Studie

- Prospektive Phase-III Studie mit klarem Ergebnis
- Benefit sowohl für PFS als auch für OS
- Patientinnenselektion durch Biomarker
- Schwächen: Biomarker derzeit in Deutschland nicht verfügbar (Ventana), Substanz derzeit in Deutschland nur über internat. Apotheke erhältlich

Mirvetuximab Soravtansin (MIRV) ist eine vielversprechende Substanz für Patientinnen in Platin-resistenter Situation, deren Tumor eine hohe FR α -Expression aufweist.



Endometriumkarzinom
PD Dr. Bastian Czogalla

Erstlinientherapie bei dMMR/MSI-high

- Die Immun-Chemotherapie etabliert sich in der Erstlinientherapie: Die neue Standardtherapie des fortgeschrittenen oder rezidierten dMMR/MSI-high Endometriumkarzinoms ist die Kombination aus Carboplatin/Paclitaxel/Dostarlimab mit anschließender Dostarlimab-Erhaltungstherapie analog der ENGOT-EN6/NSGO-RUBY-Studie.

Erstlinientherapie bei pMMR/MSI-low

- Bei den fortgeschrittenen oder rezidierten pMMR/MSI-low Endometriumkarzinomen ist die Kombination aus Carboplatin/Paclitaxel/Pembrolizumab mit anschließender Pembrolizumab-Erhaltungstherapie analog KEYNOTE-868/NRG-GY018-Studie eine mögliche Option in der Erstlinientherapie.
- Eine erweiterte Kombinationstherapie aus Carboplatin/Paclitaxel/Durvalumab mit anschließender Durvalumab/Olaparib-Erhaltungstherapie ist ein neuer Therapieansatz vor allem bei PD-L1-Positivität analog der ENGOT-en7/MaNGO/AT-End-Studie.

Therapie des HER2-positiven Endometriumkarzinoms

- Trastuzumab-Deruxtecan stellt eine vielversprechende Therapieoption beim HER2-positiven Endometriumkarzinom nach Platin-haltiger Chemotherapie analog der DESTINY-PanTumor02-Studie dar.

Take-home messages



Zervixkarzinom
Dr. Maximiliane Burgmann

SHAPE

Randomisierte Phase III-Studie SHAPE in der untersucht wurde, ob die einfache Hysterektomie gegenüber einer radikalen Hysterektomie beim frühen Zervixkarzinom eine vergleichbare Effektivität bietet.

- Einschluss von frühen low risk-Karzinomen FIGO IA2, IB1 mit einer Stromainvasion von <10mm, einer maximalen Tumorgroße von <20mm, G1 bis G3 und im MRT weniger als 50% Stromainvasion
- Randomisierung nach Lymphknotenstaging
- Vergleichbare Daten im experimentellen Arm (einfache Hysterektomie) hinsichtlich pelvinem Rezidiv und Gesamtüberleben, bei signifikanter Verbesserung von Lebensqualität und sexueller Gesundheit.
- Kritikpunkt: Änderung des Studienprotokoll im Verlauf hinsichtlich des primären Endpunkts
- Nach entsprechender Aufklärung kann beim frühen Zervixkarzinom die einfache Hysterektomie erwogen werden.

BEATcc-Studie

Randomisierte, multizentrische Phase-III-Studie mit Hinzunahme von Atezolizumab zur platinhaltigen Chemotherapie und Bevacizumab in der Firstline-Therapie des fortgeschrittenen Zervixkarzinoms.

- Signifikante Verbesserung des PFS (HR 0,62, 95%CI (0,49-0,78) $p < 0,0001$), signifikante Verbesserung des OS (HR 0,68, 95% CI (0,52-0,88); $p = 0,0046$).
- Bei Studieneinschluss unabhängig des PD-L1-Status stellt Atezolizumab in der Firstline-Therapie als Kombination zur platinhaltigen Chemotherapie mit Bevacizumab eine zusätzliche Therapieoption dar.

GCIG INTERLACE

Randomisierte, multizentrische Phase-III-Studie von Induktionschemotherapie gefolgt von Chemoradiotherapie im Vergleich zur alleinigen Chemoradiotherapie bei lokal fortgeschrittenem Zervixkarzinom.

- Induktionschemotherapie (Carboplatin AUC2 und Paclitaxel 80mg/m² - insgesamt 6x wöchentlich) vor Chemoradiotherapie mit statistisch signifikanter und klinisch bedeutsamer Verbesserung des PFS (HR 0,65 (95% CI:0,46-0,91), $P = 0,013$) und OS (HR 0,61 (95% CI:0,40-0,91), $P = 0,04$) über einen Beobachtungszeitraum von 5 Jahren
- Erhöhte hämatologische Toxizität in der Gruppe mit Induktionschemotherapie ohne relevanten Einfluss auf Durchführung der Radiotherapie
- Induktionschemotherapie gefolgt von Chemoradiotherapie als potenzielle neue Standardtherapie für Patientinnen mit lokal fortgeschrittenem Zervixkarzinom.

InnovaTV 301/ENGOT-cx12/GOG-3057

Randomisierte Open-Label-Phase-III-Studie mit Tisotumab Vedotin im Vergleich zu Standard-Chemotherapie in der 2. und 3. Linie beim rezidivierten oder metastasierten Zervixkarzinom

- Tisotumab vedotin mit statistisch signifikanter und klinisch bedeutsamer Verbesserung des OS - HR 0,70 (95% CI:0,54-0,89), $P = 0,0038$
- PFS (HR 0,67 (95% CI:0,54-0,82), $P < 0,0001$) und ORR (17,8% vs. 5,2%; OR 4,0 (95% CI:2,1-7,6), $P < 0,0001$) ebenfalls zu Gunsten von Tisotumab vedotin
- Akzeptables und bekanntes Sicherheitsprofil von Tisotumab vedotin
- Tisotumab vedotin als potenzielle neue Standardtherapie für Patientinnen, die nach einer systemischen Erstlinientherapie progredient sind



Kopf-Hals-Malignome



**Therapie des
Nasopharynxkarzinoms**
PD Dr. Steffi Pigorsch

Hallmarks

- Immunogener Tumor, z.T. EBV-assoziiert
- Hochrisikofaktoren: befallene Halslymphknoten $\geq 3\text{cm}$, Lymphknotenbefall der Hals-Level IV und VB, extranodaler Lymphknotenbefall und prätherapeutische EBV-DNA-Kopienanzahl $\geq 4000 / \text{ml}$ im Plasma.
- EBV-DNA-Titer-Verlauf (Plasma) Marker(?) für Therapieansprechen
- Hauptsächlich radioonkologische Behandlung: platinbasierte Radiochemotherapie (RCTx)

Therapiekonzepte

- Ab T0--2 N1 M0 oder T3 N0 M0, hohe EBV-Last: simultane platinbasierte RCTx
- Weitere Risikofaktoren wie „bulky disease“: Induktionschemotherapie (Cisplatin und Gemcitabin) vor platinbasierter RCTx oder adjuvante Chemotherapie (Capecitabin) nach platinbasierter RCTx - Verbesserung der rezidivfreien Überlebensraten
- Standard-Chemotherapie für Rezidiv oder Fernmetastasierung: Cisplatin und Gemcitabin; PFS-Vorteil durch Hinzunahme eines Anti-PD-1-Antikörpers; bei Therapieansprechen: zusätzliche Strahlentherapie des Primärtumors (Verdopplung medianes PFS)

Ausblick

- Kombination Standardtherapie mit Anti-PD-1-Antikörper: Verbesserung Therapieansprechen und Überlebensraten

Endokrine Tumoren



**Anaplastisches
Schilddrüsenkarzinom**
Prof. Christine Spitzweg

- Die Zeiten des historisch nihilistischen Ansatzes bei PatientInnen mit ATC sind im Jahr 2024 vorbei - alle PatientInnen mit ATC sollten mit dem Ziel eines individualisierten multidisziplinären Therapieansatzes an einem spezialisierten Zentrum von einem erfahrenen interdisziplinären Expertenteam behandelt werden
- Bei jedem ATC-Patienten wird dringend eine rasche molekulargenetische Analyse des Tumorgewebes empfohlen als Grundlage einer individualisierten Therapieplanung
- Insbesondere der Nachweis einer BRAFV600E Mutation erlaubt eine effektive Therapie mit der Kombination aus Dabrafenib und Trametinib, ggf. auch im Rahmen eines neoadjuvanten Ansatzes
- Für Patienten ohne targetierbare Mutationen konnte in der ATLEP-Studie eine sehr gute Effektivität der Kombination aus Lenvatinib und Pembrolizumab gezeigt werden

Take-home messages



Neuroendokrine Neoplasien des GEP-Systems Prof. Christoph Auernhammer

Neuroendocrine Tumor (NET) GEP-System

CABINET Study (NCT03375320)

Chan J et al., ESMO Abstract 2023

- Alliance A021602: Phase 3, double-blinded study of cabozantinib versus placebo for advanced neuroendocrine tumors (NET) after progression on prior therapy (CABINET)
- n= 290 patients metastatic NETs, subgroups 197 epNET, 93 pNET
- > 1 prior therapy including everlimus, sunitib or 177Lu-DOTATATE
- randomization 2:1 Cabozantinib 60mg vs. Placebo
- PFS in epNET 8.2 vs 3.2 mo / PFS in pNET 13.7 vs 3.0 mo

ECOG-ACRIN E2211 Study (NCT01824875)

Kunz PL et al., J Clin Oncol 2023

- Randomized Phase 2 Study of Temozolomide or Temozolomide and Capecitabine in Patients With Advanced Pancreatic Neuroendocrine Tumors
- n= 144 patients metastatic pancreatic NETs, randomization 1:1
- Capecitabine / Temozolomide ORR 40 %, PFS 22.7 mo, OS 58,7 mo

NETTER-2 Study (NCT03972488)

Singh S et al., GI ASCO Abstract 2024

- A Phase 3 Multi-center, Randomized, Open-label Study to Evaluate the Efficacy and Safety of Lutathera in Patients With Grade 2 and Grade 3 Advanced GEP-NET
- n= 226 patients with G2/G3 NETs (Ki-67 > 10% - < 55%)
- randomization 2:1, 177Lutetium-DOTATATE at 7.4MBq q8w for 4cycles vs high dose Octreotide 60mg q4w - ORR 43.0 % vs. 9.3 %, PFS 22.8 mo vs. 8.5 mo
- PFS benefit consistent across all subgroups (G3 NET n=79 / panNET n= 123)

ACTION-1 Study (NCT05477576)

Strosberg J et al., ESMO Abstract 2023

- Phase 1b/3 Trial Comparing Treatment With RYZ101 (225Actinium-DOTATATE) to Standard of Care Therapy in Subjects With Inoperable, Advanced, SSTR+, Well-differentiated GEP-NETs That Have Progressed Following Prior 177Lu-SSA Therapy
- Phase 3 is currently recruiting - RYZ101 at 10.2MBq q8w for 4cycles
- Memo: Individueller Heilversuch PRRT mit 225Actinium-DOTATATE verfügbar

Neuroendocrine Carcinoma (NEC) - GEP-System

- ENETS Guidance Paper 2023 (Sorbye H et al. J Neuroendocrinol 2023)
- NANETS Guidance Paper 2023 (Eads JR et al. Endocr Relat Cancer 2023)
- 1st line Carboplatin /Etoposid PFS 4.0-5.6 mo; OS 11.0-12.5mo NORDIC NEC (Sorbye H et al. Ann Oncol 2013) & TOPIC-NEC (Morizane C et al. JAME Oncol 2022)
- 2nd line FOLFIRI PFS 3.0 - 3.5 mo - OS 9.0 mo NET-02 (McNamara MG et al. J Clin Oncol 2022) & PRODIGE 41-BEVANEC (Walter TA et al. Ann Oncol 2022)
- Optional 3rd line duale CPI (z.B. Nivolumab/Ipilimumab oder Durvalumab/Tremelimumab) ORR approx. 10 % NIPINEC (Riesco-Martinez MC, et al. ESMO 2021) & DUNE (Capdecila J et al. Nature Commun 2023)
- Molekularpathologie - Präzisionsonkologie & Tumoragnostische Ansätze MSI oder TMB high in 5 to 7% - Dual Immunotherapy BRAFV600E - in 5 to 50% - Encorafenib/ Cetuximab or Dabrafenib/Trametinib Potentially targetable mutations - in approx 50 % (Knappskog S et al. JCO Precis Oncol 2023)



Maligne Lymphome



**Diffus großzelliges
B-Zell-Lymphom**
Prof. Anna Lena Illert



**Chronische Lymphatische
Leukämie**
Prof. Clemens Wendtner

Take-home messages



Multiples Myelom
Prof. Florian Bassermann

- Eine Induktionstherapie vor Hochdosistherapie und autologer Stammzelltransplantation sollte als Vierfachkombination durchgeführt werden, präferenziell mit Dara/Isa-RVD.
- Bei RRMM-Patient:innen mit t(11;14) stellt die Kombination Venetoclax/Daratumumab/Dexamethason einen vielversprechenden Therapieansatz dar.
- Selinexor und Melflufen erweitern die therapeutischen Möglichkeiten für RRMM-PatientInnen.
- BiTE- und CAR-T-Zelltherapien gegen BCMA und GPRC5D stellen hochwirksame Immuntherapien bei RRMM-PatientInnen dar. Die Untersuchung der optimalen Sequenz ist Gegenstand aktueller Studien.

Leukämien und Myelodysplastische Neoplasien



Akute Myeloische Leukämie
Prof. Katharina Götze

Low risk MDS mit transfusionspflichtiger Anämie

Erstlinie

- EPO-Spiegel ≤ 500 U/l: ESA
- MDS-RS/SF3B1 Spiegel ≥ 200 U/L (oder ESA-Versagen): Luspatercept
Luspatercept in der Erstlinie von der FDA zugelassen, Zulassung der EMA ausstehend.

Nach ESA

- Imetelstat: Zulassung wird 2024 erwartet.

High risk MDS

- Immer Option alloSCT prüfen
- Therapie mit 5-AZA weiterhin Goldstandard.
- Vielversprechende Daten zu Venetoclax + 5-AZA in Phase I Studien, Daten der randomisierten Phase III Studie ausstehend

AML der älteren Patienten

- Therapiestandard weiterhin Venetoclax/HMA
- Für Patienten mit IDH-1-Mutation gleichwertig Ivosidenib/5-AZA in der Erstlinie möglich
- Nach intensiver Therapie ohne konsolidierende allogene Transplantation verlängert eine orale Erhaltungstherapie mit Azacitidin das rezidivfreie Überleben deutlich.

AML im Rezidiv

- besteht bei Patienten mit IDH1-Mutation und FLT3-Mutation die Option einer zielgerichteten oralen Therapie (Ivosidenib/Gilteritinib), gegebenenfalls wieder in Kombination mit HMA.
- Für alle anderen Patienten sollte bei noch gutem Allgemeinzustand ein Studieneinschluss geprüft werden.
- Tripel-Therapien (VEN/5-AZA/Ivosidenib, VEN/5-AZA/Gilteritinib) werden derzeit in Studien geprüft und zeigen in Phase-I-Studien bereits vielversprechende Ansprechraten.



Leukämien und Myelodysplastische Neoplasien



**Chronische
Myeloische Leukämie
Prof. Karsten Spiekermann**

- Low risk PV-PatientInnen erreichen mit einer Standardtherapie plus PEG-IFNA eine bessere Kontrolle des Hämatokrit bei erhöhten Nebenwirkungen, wogegen ET-PatientInnen ohne Hochrisikofaktoren von einer Therapie mit HU nicht profitieren.
- PEG-IFNA kann in der Erstlinientherapie der PV/ET eingesetzt werden, wobei das Nebenwirkungsprofil im Vergleich zu HU zu beachten ist. Eine Zulassung besteht nur bei der PV.
- In einem Zentrum sollten transplantationsfähige PMF-PatientInnen im Stadium intermediär-2/Hochrisiko und einem biologischen Alter bis zu etwa 70 Jahren vorgestellt werden. Für asymptomatische PatientInnen kommen watch/wait-Konzepte und für PatientInnen mit krankheitsbedingten Symptomen eine medikamentöse Therapie, vor allem mit JAK-Inhibitoren in Frage
- Vielversprechende Therapiekonzepte evaluieren aktuell verschiedene Kombinationspartner von JAKi: Targeting von hämatopoetischen Stammzellen (zum Beispiel IFNA), Telomerase-Inhibitoren (zum Beispiel Imetelstat), hypomethylierende Substanzen (HMA), BET-Protein-Inhibitoren, LSD-1-Inhibitoren sowie das Targeting von anti-apoptischen Signalwegen (BCLXL, HDM2)
- Die Verbesserung der Prognose bei CML führte zur Abschaffung der akzelerierten Phase in der aktuellen WHO-2022-Klassifikation.
- Trotz Standardisierung und Fortschritten beim Monitoring der CML gehört die Knochenmarkpunktion mit Zytogenetik anhaltend zur Diagnostik bei Erstdiagnose. Das Therapieansprechen sollte alle 3 Monate evaluiert werden, im Rahmen eines Absetzversuches im ersten Jahr sind engmaschigere Kontrollen notwendig.
- Die TKI-Behandlung stellt den Standard für alle CML-PatientInnen dar, TKI-Wahl nach Begleiterkrankung und Therapieziel; bessere Verträglichkeit von Ponatinib durch Dosis-modifikation in Abhängigkeit vom Ansprechen; Asciminib als erster STAMP-Inhibitor mit guten Ansprechdaten in fortgeschrittenen Therapielinien.
- Asciminib in Kombination mit klassischen TKIs mit hohen DMR-Raten, jedoch erhöhter Toxizitätsrate; Asciminib als Monotherapie auch in der Erstlinie wirksam und verträglich.

Take-home messages

Urogenitale Tumoren



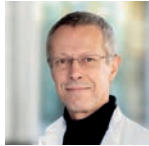
Prostatakarzinom
Dr. Matthias Jahnen



Urothelkarzinom
PD Dr. Jozefina Casuscelli



Thorakale Tumoren



Immuntherapie im Stadium IV
Dr. Folker Schneller



Zielgerichtete Therapie im Stadium IV
PD Dr. Thomas Duell

Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC)

- **Treibermutationen**

Aktuell zielgerichtet wirksame Medikamente mit Zulassung für insgesamt 10 verschiedene Treibermutationen, für weitere Mutationen sind Medikamente in Entwicklung; ggf. Diskussion im molekularen Tumorboard

- **Molekulare Teststrategie**

Obligate molekulare Testung beim NSCLC im Stadium IV bei Diagnosestellung:

kombinierte Multigentestung für DNA und RNA mittels NGS plus Immunhistochemie auf PD-L1.

- **EGFR-Mutation (common mutation)**

Verschiedenste neue Therapieansätze für das Lungenkarzinom nach Osimertinibversagen (Chemo, Kombinationen Antikörper/Chemo, ADC's, 4th-generation TKI)

- **EGFR-Exon20-Insertionsmutation**

Überlegene Wirksamkeit von Amivantamab plus Chemo vs. Chemo alleine in der Erstlinie (PAPILLON-Studie); spezifische TKI sind in Entwicklung.

- **Her2-(ERBB2)-Mutation**

Neuzulassung von Trastuzumab deruxtecan für die 2nd-Line Therapie (DESTINY-Lung02-Studie)

- **RET-Genfusion**

Überlegene Wirksamkeit von Selpercatinib vs. Chemo in der Erstlinie (LIBRETTO-431-Studie).

- **MET-Exon-14-Skipping-Mutation**

Außervertriebnahme von Capmatinib (Talbrecta®) in Deutschland mit Wirkung ab September 2023 wg. fehlender Einigung über einen angemessenen Erstattungspreis

Take-home messages

- **Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (ADC)**

Mehrere weitere ADC sind für verschiedene Indikationen im Rennen (klinische Studien laufen):

TROP2: Datopotamab Deruxtecan, Sacituzumab Govitecan

HER3: Patritumab Deruxtecan

- **Kleinzelliges Lungenkarzinom (SCLC)**

- **Zielgerichtete Therapie des SCLC**

Vielversprechende Ansätze mit DLL3-targeted T-cell Engager, B7-H3-directed ADC Ifinatamab Deruxtecan und Trop2-ADC Sacituzumab Govitecan für die Rezidivtherapie (klinische Studien laufen!)



Thorakale Tumoren



**Multimodale Therapie
im Stadium I-III**
Prof. Rudolf Maria Huber

TNM 9

Bringt relevante Änderungen vor allem beim Lungenkarzinom: N2a und N2b, M1c1 und M1c2, Änderungen in der Zuteilung zu Stadium II und III

Nichtkleinzelliges Lungenkarzinom

- **CALGB (Alliance) 140503:**

Im peripheren Stadium IA nach Operation hohe Rate an Zweitkarzinomen

Operable Tumoren mit Treibermutation

- **Adaura:**

3 Jahre adjuvant Osimertinib verbessern bei den klassischen EGFR-Mutationen das Gesamtüberleben stadienabhängig. Deutlichster Vorteil im Stadium IIIa. Benefit wohl unabhängig von adjuvanter Chemotherapie.

- **Alina:**

Zwei Jahre adjuvant Alectinib verbessern bei ALK-Alterationen das krankheitsfreie Überleben.

Operable Tumoren ohne Treibermutation

- **CheckMate 816:**

Die 3-Jahres-Daten bestätigen die Vorteile der Zugabe von Nivolumab zur neoadjuvanten Therapie. Neoadjuvant Nivolumab und Ipilimumab statt Chemotherapie zeigen in einer explorativen Analyse Vorteile im Ansprechen.

- **CheckMate 77T:**

Im Stadium II und III zeigen die Zugabe von Nivolumab zur neoadjuvanten Chemotherapie und die postoperative Gabe von Nivolumab gegenüber einer alleinigen neoadjuvanten Chemotherapie einen Vorteil im krankheitsfreien Überleben.

- **KEYNOTE-671:**

Die Zugabe von Pembrolizumab zur neoadjuvanten Chemotherapie und die postoperative Gabe von Pembrolizumab zeigen gegenüber einer alleinigen neoadjuvanten Chemotherapie einen Vorteil im krankheitsfreien und Gesamtüberleben.

- **AEGEAN:**

Die Zugabe von Durvalumab zur neoadjuvanten Chemotherapie und die postoperative Gabe von Durvalumab zeigen gegenüber einer alleinigen neoadjuvanten Chemotherapie einen Vorteil im krankheitsfreien Überleben, wobei nach der Neoadjuvanz eine bessere Abnahme der ctDNA bestand.

- **NEOTORCH:**

Die Gabe von Toripalimab und Chemotherapie (drei Zyklen neoadjuvant, ein Zyklus adjuvant) sowie anschließende Weitergabe von Toripalimab zeigt gegenüber der alleinigen Gabe von Chemotherapie einen Vorteil im krankheitsfreien Überleben.

Funktionell inoperable Tumoren

- **I-SABR:**

Die Zugabe von Nivolumab zur stereotaktischen Strahlentherapie verbessert in einer randomisierten Phase-II-Studie das krankheitsfreie Überleben.

Pleuramesotheliom

- **MARS 2:**

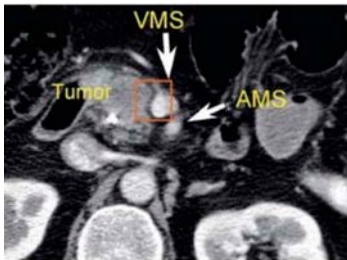
Pleurektomie / Dekortikation haben keinen Vorteil im progressionsfreien und Gesamtüberleben, aber ein höheres Risiko für schwere Komplikationen und Tod

Take-home messages

Gastrointestinale Tumoren



Update zum Pankreaskarzinom Prof. Hana Algül



Lokal resektabler Tumor

Häufigkeit: ~ 10%;
mOS: 17-23 Monate,
Adjuvanz

Standard

- Primäre Resektion
- Adjuvante Chemotherapie innerhalb von 12 Woche nach OP

Aktuelle Entwicklungen

- Neoadjuvante Therapiekonzepte

Zukünftige Entwicklungen

- Vakzine in der Adjuvanz



Irresektabler Tumor

Häufigkeit : ~ 30%;
mOS: 11-20 Monate,
Neoadjuvanz

Es gibt keine Standards

Aktuelle Entwicklungen

- Neoadjuvante Therapiekonzepte
- Mind. 2-4 Monate Therapie
- Exploration bei SD/RD

Zukünftige Entwicklungen

- Therapiestratifizierung nach Molekulargenetik



Metastasierter Tumor

Häufigkeit: ~ 60%;
mOS: 4-6 Monate,
Palliativ

Standard

- Sequenztherapie

Aktuelle Entwicklungen

- Panelsequenzierung
- Zielgerichtete Therapie
- KRAS Inhibitoren

Zukünftige Entwicklungen

- Immuntherapie in Kombination mit Vakzinierung



Gastrointestinale Tumoren



**Update zu
Cholangiokarzinomen**
Prof. Stefan Böck

Biliäre Karzinome

- GemCis bleibt weiter das Standard Chemotherapie-Backbone bei den BTC (z. B. keine OS-Verbesserung durch FOLFIRINOX oder GemCis + nab-Paclitaxel)
- GemCis + Checkpoint-Inhibitor (Durvalumab, Pembrolizumab) als neue Option beim fortgeschrittenen BTC mit OS-Vorteil
- Molekulare NGS-Diagnostik sollte inzwischen zum Standard-work-up beim fortgeschrittenen iCCC gehören
- Daraus ergeben sich neue In-label Therapieoptionen wie IDH1-Inhibitoren (Ivosidenib), FGFR-Inhibitoren (Pemigatinib, Futibatinib) oder Pembrolizumab bei MSI-Tumoren; ggf. auch Off-label Ansätze wie anti-Her2/neu gerichtete Therapieoptionen
- Zweitgenerations-FGFR-Inhibitoren sind in klinischer Erprobung, beispielsweise Lirafugratinib (RLY-4008) oder Tinengotinib



Update zum Magenkarzinom
Prof. Sylvie Lorenzen

Lokal fortgeschritten

- Biomarker-Tests werden entscheidend sein!
- HER2-negativ: Perioperative Therapie mit FLOT-Standard! IO-Therapie vielversprechend - Phase II DANTE ca. 10% Verbesserung der pCR-Rate mit FLOT + Atezolizumab (24% vs. 15%) - Matterhorn und KEYNOTE-585 mit signifikant verbesserter pCR (ca.10%) zugunsten IO- Therapie. EFS im Trend besser! Aber kein OS Vorteil! weitere Studienergebnisse abwarten

Metastasiert

- Sequenztherapie hat sich etabliert!
- Immuntherapie ist Standard in der Erstlinientherapie beim Ösophagus und Magen Ca (CM 649, Rational 305, KN 859 ...) - Wirksamkeit abhängig von der PD-L (1) Expression!
- Erstlinientherapie HER2-positiv, PD-L1-positiv: IO plus Trastuzumab plus Chemotherapie neuer Standard (KN811)
- Her2 positiv: T-DXd etablierte Zweitlinientherapie nach Trastuzumab! Cave ILD und Nausea und Vomiting! Bestimmung der Her-2 Überexpression vor Beginn empfohlen (Onkopedia LL 2023)
- CLDN 18.2 positive Patienten: Europäische Patienten warten auf Zolbetuximab! Aber noch viele Fragen offen: Testung, PD-L1 positive Patienten, NW-Management, Subgruppen....



Update zum kolorektalen Karzinom Prof. Volker Heinemann

Prätherapeutische Analytik

Hohe Relevanz der molekularpathologischen Analyse von RAS/BRAF, HER2 und DNA-Mismatch-Reparatur noch vor Therapiebeginn.

PROSPECT-Studie zur präoperativen Chemotherapie des Rektumkarzinoms

Die PROSPECT-Studie zeigt, dass die neoadjuvante Chemotherapie mit FOLFOX (bei nur selektivem Einsatz der RCT) eine sichere und effektive Vorgehensweise ist, die bei Patienten mit cT2N+, cT3N- oder cT3N+ Rektumkarzinomen eingesetzt werden kann.

PRODIGE-23-Studie zur totalen neoadjuvanten Therapie (TNT)

Die PRODIGE-23-Studie belegt erstmals, dass eine neoadjuvante Behandlung mit mFOLFIRINOX, gefolgt von RCT, zu einer signifikanten Verbesserung des krankheitsfreien, metastasenfrien sowie auch des Gesamtüberlebens führt. Damit gehört dieses TNT-Regime zu den favorisierten Optionen in der präoperativen Behandlung des lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinoms.

Neoadjuvante Immuntherapie beim dMMR/MSI-H Colon-CA

Erste Daten weisen darauf hin, dass die Immuntherapie mit Nivolumab und Relatlimab beim resektablen Kolonkarzinom mit defekter DNA-Mismatch-Reparatur effektiv ist. Die Daten unterstützen mit hoher Konsistenz den neoadjuvanten Einsatz von Immuncheckpoint-Inhibitoren und bestätigen die Notwendigkeit der frühzeitigen Bestimmung des MMR-Status auch beim resektablen Kolonkarzinom.

NeoCol-Studie zur neoadjuvanten Therapie des resektablen Kolonkarzinoms

Die NeoCol Studie zeigt, dass die neoadjuvante chemotherapeutische Behandlung des resektablen Kolonkarzinoms mit 3 Zyklen CAPOX oder 4 Zyklen FOLFOX nicht zu einer Verlängerung von DFS und OS führt.

Zellfreie zirkulierende Tumor-DNA (ctDNA)

Eine translationale Untersuchung zur FIRE-4-Studie zeigt, dass die Liquid Biopsy geeignet ist, solche Patienten zu identifizieren, die von einer anti-EGFR Therapie profitieren.

Erstlinientherapie des mCRC bei dMMR/MSI-H

Die Studie CheckMate 8HW belegt die hohe Effektivität einer Erstlinientherapie mit Nivolumab und Ipilimumab bei Patienten mit dMMR/MSI-H mCRC.

Vorgehen bei HER2-Amplifikation/Überexpression

Die DESTINY-CRC02-Studie belegt die Effektivität von Trastuzumab-Deruxtecan nach vorangegangener Trastuzumab-Therapie (auch bei RAS-Mutation).

Vorgehen bei hepatischer Metastasierung in der CAIRO5-Studie

Bei Patienten mit nicht-resektabler Lebermetastasierung, RAS/BRAF-WT und linksseitigen Primärtumoren führt die Gabe von Panitumumab plus Doublette im Vergleich zu Bevacizumab plus Doublette zu keinem OS-Vorteil, wengleich eine signifikant höhere Remissionsrate (aber keine Verbesserung von PFS und R0/R1-Resektionsrate) erreicht wird.

Bei Patienten mit nicht-resektabler Lebermetastasierung, RAS-/BRAF-Mutation und/oder rechtsseitigen Primärtumoren führt die intensivere Therapie mit FOLFOXIRI plus Bevacizumab im Vergleich zur Doublette plus Bevacizumab zu keinem OS-Vorteil, wengleich signifikant besseres ORR, PFS und bessere R0/R1-Resektionsrate erzielt wurden.





Meine Zeit? KANN WEITERLAUFEN.

Zeit ist kostbar. Vertrauen Sie auf den CDK4/6-Inhibitor KISQALI® bei der Behandlung ihrer metastasierten HR+/HER2- Brustkrebs-Patientinnen. KISQALI® zeigte eine signifikante Verlängerung des Gesamtüberlebens – unabhängig von Menopausen-Status, endokrinem Partner, Therapielinie und Metastasen-Anzahl und-Lokalisation.¹⁻⁵

 **KISQALI**[®]
ribociclib

HER2-: Wachstumsfaktor-Rezeptor-2-negativ; HR+: Hormonrezeptor-positiv.

1. Aktuelle Fachinformation KISQALI®. 2. Hortobagyi GN et al. N Engl J Med. 2022;386(10):942-950. 3. Slamon DJ et al. Ann Oncol. 2021;32(8):1015-1024. 4. Lu YS et al. Clin Cancer Res. 2022;28(5):851-859. 5. Yardley D et al. ESMO 2022. Abs. 2554.

KISQALI® 200 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Ribociclib. **Zus.-setz.:** 1 Tablette enth.: Arzneil. wirksamer Bestandteil: 200 mg Ribociclib. Sonst. Bestandt.: Mikrokristalline Cellulose, Crospovidon (Typ A), Hydrolyse (5,0-16,0% m/m Hydroxypropoxy-Gruppen), Magnesiumstearat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Eisen(II,III)-oxid (E172, schwarz), Eisen(III)-oxid (E172, rot), Phospholipide aus Sojabohnen (E322), Poly(vinylalkohol), Talkum, Titandioxid (E171), Xanthangummi. **Anwend.-gebiete:** Zur Behandlung d. Hormonrezeptor(HR)-positiven, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2(HER2)-negativen, lokal fortgeschrittenen od. metastasierten Mammakarzinoms in Kombination mit e. Aromatasehemmer oder Fulvestrant bei Frauen als initiale endokrin-basierte Therapie oder bei Frauen mit vorangegangener endokriner Therapie. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (Luteinising Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen d. Wirkstoff od. gegen Erdnuss, Soja oder e. d. sonst. Bestandt. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Infektionen (wie Harnwegsinfektionen, Atemwegsinfektion, Gastroenteritis, Sepsis (4%)). Neutropenie, Leukopenie, Anämie, Lymphopenie. Verminderter Appetit, Kopfschmerzen, Benommenheit, Dyspnoe, Husten, Übelkeit, Diarrhö, Erbrechen, Obstipation, Abdominalschmerzen (Bauchschmerzen, Oberbauchschmerzen), Stomatitis, Dyspepsie, Alopezie, Hautausschlag (einschließlich makulopapulöser Hautausschlag, juckender Hautausschlag), Pruritus, Rückenschmerzen, Fatigue, peripheres Ödem, Pyrexie, Asthenie, Abnormale Ergebnisse von Leberfunktionstests (ALT erhöht, AST erhöht, Bilirubin im Blut erhöht). *Häufig:* Thrombozytopenie, febrile Neutropenie, Hypokalzämie, Hypokaliämie, Hypophosphatämie, Schwindel, Erhöhter Tränenfluss, trockenes Auge, Synkope, Interstitielle Lungenkrankheit (ILD)/ Pneumonitis, Dyspepsie, Hepatotoxizität (hepatische Zytolyse, hepatozelluläre Schädigung, arzneimittelbedingter Leberschaden (< 1%), Hepatotoxizität, Lebersversagen, autoimmune Hepatitis (Einzelfall)), Hauttrockenheit, Erythem, Vitiigo, Oropharyngeale Schmerzen Mundtrockenheit. Erhöhter Kreatininwert im Blut, verlängerte QT-Zeit im Elektrokardiogramm. *Nicht bekannt:* Toxische epidermale Nekrolyse (TEN). **Warnhinweise:** Enthält Phospholipide aus Sojabohnen. **Verschreibungspflichtig.** **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Stand: Dezember 2022 (MS 12/2216). **Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg, Tel.: (0911) 273-0, Fax: (0911) 273-12 653, www.novartis.de**