

Highlights 2022 vom amerikanischen Krebskongress

Samstag, 25. Juni 2022



Teilnehmerunterlagen

Samstag, 25. Juni 2022

8:30 Uhr bis 17:30 Uhr

Klinikum rechts der Isar TUM
Hörsaal A,
Zugang Einsteinstr. 3
81675 München

Zertifiziert mit
9 Fortbildungspunkten der BLÄK
www.onko-highlights.de

Wissenschaftliches Programm
CCC München – Comprehensive Cancer Center
Krebszentrum München – www.ccc-muenchen.de

Veranstalter
LUKON Gesundheitskommunikation
Landsberger Straße 480 a – 089-820 737 0
events@Lukon.de
www.onko-highlights.de

gefördert durch

 **Deutsche Krebshilfe**
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

EXTENDING *our STRENGTHS* to FIGHT GI CANCERS



Servier Ihre GI-Experten

DREI PRODUKTE FÜR DREI INDIKATIONEN.



onivyde[®]
pegylated liposomal irinotecan

Lonsurf[®]
Trifluridin/Tipiracil

ALYMSYS[®]
[BEVACIZUMAB]

Fachinformation ONIVYDE[®], LONSURF[®] UND ALYMSYS[®]

Credits: SEBASTIAN KAULITZKI/SCIENCE PHOTO LIBRARY

© Getty images - sciencepics/shutterstock.com - SciePro/shutterstock.com - viktorov.pro/shutterstock.com.



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

seien Sie herzlich willkommen zu den Highlights 2022 vom amerikanischen Krebskongress. In 18 Vorträgen erfahren Sie heute alles, was wichtig war bei der Jahrestagung der American Society of Clinical Oncology (ASCO). Sie ist das weltweit größte Forum zur Präsentation und Diskussion klinisch-wissenschaftlicher Entwicklungen im Bereich Onkologie. Zehntausende Teilnehmende, ein straffes fünftägiges Kongressprogramm, etwa 2000 Poster und Präsentationen sowie Educational Symposia zu allen wichtigen Themen: die Liste der Superlative bei der ASCO-Jahrestagung ist lang.

Das Ziel unserer heutigen Veranstaltung besteht deshalb vorrangig darin, diejenigen Informationen vom Kongress in Chicago zu referieren und zu diskutieren, die unser Handeln in Klinik und Praxis verändern werden. Referierende und Vorsitzende dieses Symposiums sind Experten vom Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität und vom LMU Klinikum, also den beiden universitären Institutionen, die ihre onkologische Expertise im CCC München gebündelt haben. Zum CCC München gehört auch das Tumorzentrum München, das vor allem in Gestalt seiner Projekt- und Arbeitsgruppen seit mehr als 40 Jahren gelebte Interdisziplinarität praktiziert.

Interdisziplinarität lebt auch von der Gelegenheit zum informellen Austausch. Bei den Highlights 2022 haben Sie dazu in den Pausen und beim Besuch der begleitenden Industrieausstellung reichlich Gelegenheit. Wenn Sie Fragen oder Anregungen haben, wenden Sie sich gern an den Counter im Foyer oder – falls Sie die Vorträge online verfolgen – an Ihre Online-Ansprechpartnerin auf der Website www.onko-highlights.de, die Sie auf jeder Seite über das Icon rechts unten erreichen. Wir wünschen Ihnen einen erkenntnisreichen Verlauf der Highlights 2022.



Professor Dr. Volker Heinemann
Direktor des CCC München^{LMU}



Professor Dr. Hana Algül
Direktor des CCC München^{TUM}

Programm	4
Take-Home-Messages.....	5

Highlights 2022 vom amerikanischen Krebskongress

Fortbildung des Comprehensive
Cancer Center München

Geschäftsstelle:
Petttenkoflerstraße 8 a
80336 München
Fon: 089 4400 57430
Fax: 089 4400 57432
ccc-muenchen@med.uni-muenchen.de
www.ccc-muenchen.de

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Volker Heinemann
Direktor des CCC München^{LMU}

Prof. Dr. Hana Algül
Direktor des CCC München^{TUM}

Veranstalter

LUKON Gesundheitskommunikation
in der LUKON – Medizin und
Naturwissenschaften – Verlags GmbH
Ansprechpartnerin:
Kirsten Wengmann
Landsberger Straße 480 a
81241 München
K.Wengmann@Lukon.de
0179 4975 080
www.onko-highlights.de

08:30 Uhr	Eröffnung der Industrieausstellung
09:00 Uhr	Begrüßung Prof. H. Algül, Direktor des CCC München ^{TUM}
09:10 Uhr	Urogenitale Tumoren Vorsitz: Prof. B. Schlenker, Prof. A. Gerl
09:10 Uhr	Nieren-/Harnblasenkarzinom (Dr. R. Tauber)
09:35 Uhr	Prostatakarzinom (Priv.-Doz. Dr. J. Casuscelli)
10:00 Uhr	Sarkome Vorsitz: Dr. S. Consalvo, Dr. M. Hubmann
10:00 Uhr	GIST-Tumoren und Weichgewebesarkome (Prof. L. Lindner)
10:30 Uhr	Pause mit Besuch der Industrieausstellung
11:00 Uhr	Kopf-Hals-Tumoren Vorsitz: Prof. M. Canis, Dr. M. Hubmann
11:00 Uhr	Kopf-Hals-Tumoren (Priv.-Doz. Dr. M. Wirth)
11:20 Uhr	Neuroonkologische Tumoren Vorsitz: Priv.-Doz. Dr. T. Haas
11:20 Uhr	Neuroonkologische Tumoren (Prof. Dr. N. Thon)
11:40 Uhr	Endokrine Tumoren Vorsitz: Dr. P. Wenzel
11:40 Uhr	Neuroendokrine Tumoren (Prof. C. Auernhammer)
11:55 Uhr	Schilddrüsenkarzinom (Prof. C. Spitzweg)
12:10 Uhr	Mittagspause mit Besuch der Industrieausstellung
13:10 Uhr	Mammakarzinom Vorsitz: Dr. Fr. Hagemann, Dr. S. Grill
13:10 Uhr	Frühes Mammakarzinom (Dr. S. Kahlert)
13:30 Uhr	Fortgeschrittenes Mammakarzinom (Priv.-Doz. Dr. J. Ettl)
13:50 Uhr	Gynäko-Onkologie Vorsitz: Prof. M. Kiechle, Prof. F. Trillsch
13:50 Uhr	Ovarialkarzinom (Priv.-Doz. Dr. H. Bronger)
14:10 Uhr	Endometrium- und Zervixkarzinom (Prof. F. Trillsch)
14:30 Uhr	Thorakale Tumoren Vorsitz: Prof. H. Hoffmann, Prof. R. M. Huber
14:30 Uhr	Stadien I bis III (Dr. F. Schneller)
14:50 Uhr	Stadium IV: Immuntherapie (Priv.-Doz. Dr. A. Tufman)
15:10 Uhr	Stadium IV: Zielgerichtete Therapie (Priv.-Doz. Dr. T. Duell)
15:30 Uhr	Pause mit Besuch der Industrieausstellung
16:00 Uhr	Gastrointestinale Tumoren Vorsitz: Prof. H. Algül, Prof. C. Salat
16:00 Uhr	Ösophagus und Magen (Prof. S. Lorenzen)
16:20 Uhr	Pankreas-/Gallenwegstumoren (Prof. M. Reichert)
16:40 Uhr	Hepatozelluläres Karzinom (Prof. E. De Toni)
17:00 Uhr	Kolorektales Karzinom (Prof. V. Heinemann)
17:20 Uhr	Abschlussdiskussion und Schlusswort Prof. V. Heinemann, Direktor des CCC München ^{LMU}
17:30 Uhr	Ende der Veranstaltung

Urogenitale Tumoren



Nieren-/Harnblasenkarzinom

Dr. med. Robert Tauber

Urologische Klinik und Poliklinik
Klinikum rechts der Isar, TU München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Vorsitzende

Prof. Dr. med. Boris Schlenker
Urologische Klinik und Poliklinik,
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninistraße 15, 81377 München

Prof. Dr. med. Arthur Gerl
Facharztpraxis für Hämatologie
und Internistische Onkologie,
Herzog-Heinrich-Straße 10, 80336 München

Zusammenfassung

Keine neuen Daten, durch die bestehende Therapiealgorithmen nachhaltig verändert werden!

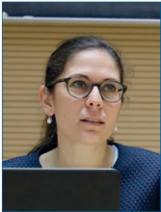
Nierenzellkarzinom

- Phase-III-Everest-Studie: Adjuvante Therapie mit Everolimus 10 mg/d vs. Placebo für 12 Monate
- Knapp nicht signifikante Verbesserung des Rezidivfreien Überlebens (HR 0.85, 95% CI, 0.72 - 1.00; P1-sided = 0.0246 → definiertes Signifikanzniveau 0.022)
- Gesamtüberleben vergleichbar: (HR 0.90, 95% CI, 0.71 - 1.13; P1-sided = 0.178)
- Erhöhte Abbruchrate im Prüfarm mit Everolimus
- 4-armige, randomisierte CALYPSO-Phase-II-Studie: Nach TKI-Vortherapie ohne Immuntherapie. Studienarme: Met-Inhibitor Savolitinib, Durvalumab, Durvalumab+Tremelimumab, Durvalumab+Savolitinib
- Negative Studie: keine signifikante Effektivität von Savolitinib, keine Verbesserung für die IO/IO-Kombination gegenüber Durvalumab

Harnblasen-/Urothelkarzinom

- Instillationstherapie Superagonist N-803+BCG nach BCG-Versagen: Finale Studiendaten
- Sehr vielversprechende Daten, 99% "bladder cancer specific overall survival" nach 2 Jahren, hohe Ansprechraten!
- TRUCE-02-einarmige Phase-II-Studie: Risiko nicht muskelinvasives Blasen-Ca: Tislelizumab (PD-1-AK) + nabPaclitaxel
- Vielversprechende Wirksamkeit: Therapieansprechen (ORR) 60% (N=25/42, 95%CI, 45.2% and 74.8%)
- ATLANTIS-Phase-II-Studie: Nach Platin-Chemo Vergleich Erhaltungstherapie Cabozantinib (40 mg/d)
- Negative Studie: Keine PFS oder OS-Verbesserung (hazard ratio 0.80 (0.52-1.23) p=0.25)
- COSMIC-021-Phase1b-Studie: Kombinationstherapie mit Cabozantinib und Atezolimumab
- Gewisse Wirksamkeit bei kontrollierbarer Toxizität in der Phase-1b-Studie
- Interessanter Biomarker für eine neoadjuvante Chemotherapie: Cell-free DNA methylation (cfDNA)

Urogenitale Tumoren



Prostatakarzinom

Dr. med. Jozefina Casuscelli

Urologische Klinik und Poliklinik,
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninistraße 15, 81377 München

ENZAMET Studie

Die neuen Daten der ENZAMET Studie untersuchen den Effekt von Enzalutamid in spezifischen Subgruppen mit mHSPC und verdeutlichen den Vorteil von Enzalutamid bei primär metastasierten Patienten und gleichzeitiger Docetaxel Gabe, und bei low volume Tumoren.

BRCAaway Studie

Die BRCAaway Studie ist eine Biomarker getriggerte, randomisierte Phase 2 Studie zur Analyse der PARP-I mit oder ohne AR-I beim mCRPC. Der Vorteil der Kombination von Olaparib und Abiraterone deutet auf einen potentiellen Synergismus der zwei Substanzklassen in Patienten mit BRCA2 Mutationen.

THERAP Studie

Die Ergebnisse der THERAP Studie zeigen, dass ¹⁷⁷Lu-PSMA-617 im Vergleich zu Cabazitaxel eine stärkere Aktivität (PSA50 RR, PSA PFS, rPFS), aber ein gleichwertiges Überleben mit weniger Nebenwirkungen und positiven PROs erzielen kann.

Sarkome



GIST-Tumoren und Weichteilgewebesarkome

Prof. Dr. med. Lars Lindner

Medizinische Klinik und Poliklinik III,
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninstraße 15, 81377 München

Vorsitzende

Dr. med. Sarah Consalvo

Klinik und Poliklinik für
Orthopädie und Sportorthopädie,
Klinikum rechts der Isar, TU München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Dr. med. Max Hubmann

Praxis für Hämatologie und Onkologie,
Seestraße 43, 82211 Herrsching

Weichteilsarkome

- Lete-cel (GSK3377794) Pilotstudie bei MRCLS:
ORR 40%, PFS 8,7 Monate, akzeptables Verträglichkeitsprofil
- Neoadjuvante CPI-Therapie bei UPS und DDLPS (Phase II):
Vielversprechende Daten für CPI + XRT bei UPS
- TAEST16001 NY-ESO-1 spez. Zelltherapie (Phase I):
Akzeptables Verträglichkeitsprofil, MTD nicht erreicht, Studie wird fortgesetzt
- Prexasertib + Irinotecan (Phase I/II) bei DSRCT und RMS:
RP2D definiert, ORR 23% für DSRCT
- ARST1321 Phase II Studie zur neoadjuvanten Therapie von
intermediär/high-risk NRSTS i.B. Extremitäten/Rumpf mit Dox/Ifo ± Pazopanib:
Höheres histopathologisches Ansprechen aber kein Einfluss auf EFS und OS
- LEADER (Phase Ib/II) Lenvatinib + Eribulin bei LPS und LMS:
ORR 20%, mPFS 8,6 Monate
- PTC596 (Phase Ib) Unesbulin + DTIC bei LMS:
RP2D definiert, ORR 19%, DCR nach 12 Wochen 57%
- ISG-STS 1001 (Phase III) Langzeit-Follow-Up
für MLPS Expansionskohorte mit Trabectedin vs. Epi/Ifo:
Trabectedin nicht unterlegen (Cave: keine Zulassung für diese Indikation)

Sarkome



GIST-Tumoren und Weichteilgewebesarkome (ff)

Prof. Dr. med. Lars Lindner

Medizinische Klinik und Poliklinik III,
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninistraße 15, 81377 München

Knochensarkome

- rEECur Phase III Studie zur Secondline-Therapie beim Ewing-Sarkom: HD-IFO am wirksamsten
- AEWS0031 10-Jahres Follow-Up für Vergleich dosisdichtes (2 Wochen) vs. Standardintervall (3 Wochen) bei VDC/IE: signifikanter Vorteil nur für Pat. < 18 Jahre, bei Pat. ≥ 18 Jahre sowie Nicht-Becken Lokalisation lediglich Trend, keine Zunahme der Sekundärmalignomrate

Kopf-Hals-Tumoren



Kopf-Hals-Tumoren

Priv.-Doz. Dr. med. Markus Wirth

Klinik und Poliklinik für Dermatologie,
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Klinikum rechts der Isar, TU München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Vorsitzende

Prof. Dr. med. Martin Canis

Klinik und Poliklinik für
Hals-Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Klinikum der Universität München
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninistraße 15, 81377 München

Dr. med. Max Hubmann

Praxis für Hämatologie und Onkologie,
Seestraße 43, 82211 Herrsching

Neuroonkologische Tumoren

Vorsitzende

Priv.-Doz. Dr. med. Tobias Haas

Hämatologie und Onkologie im Elsenhof,
Prielmayerstraße 1, 80335 München



Neuroonkologische Tumoren

Prof. Dr. med. Niklas Thon

Neurochirurgische Klinik und Poliklinik,
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninistraße 15, 81377 München

Primäre Hirntumore

- Kritische Diskussion über zukünftige Studiendesigns in der Neuroonkologie (Rolle der Patientenselektion vs. „real-world“-Daten, molekulare Stratifizierung, Response-Assessment/Outcome-Parameter, „window-of-opportunity“-Studien, adaptive mehrarmige prospektive Studien etc.)
- Prognostische Relevanz neuer RANO-Kategorien für EOR (basierend auf postoperativer Volumetrie und unabhängig von molekularen Markern)
- Bei Hirntumorpatienten mit VTE sind DOACs im Vergleich zu LMWH mit weniger Blutungskomplikationen assoziiert
- Beim Glioblastom ist eine therapieinduzierte Lymphopenie mit einem besseren Gesamtüberleben assoziiert
- Veliparib (PARP-Inhibitor) verbessert nicht die Wirksamkeit von TMZ beim neu diagnostizierten Glioblastom (Phase II/III Studie)
- IDH Inhibitoren können beim IDH-mutierten Gliom die Kontrolle einer tumor-assoziierten Epilepsie verbessern
- 2 positive Studien zur zielgerichteten Therapie (Larotrectinib in Gliomen mit NTRK-Fusion, Dabrafenib plus Trametinib beim BRAF V600 mutierten pädiatrischen HGG)
- Methodische Ansätze zur Überwindung der BBB für medikamentöse Therapie (z. B. local low-field ultrasound pads)
- Nach zwei Jahren ist eine protonen- vs. photonen-basierte Bestrahlung mit einem geringeren Verlust an Hirnvolumen verbunden

Hirnmetastasen

- BM von NSCLC zeigen eine Anreicherung von CDKN2A/B und Zellzyklusalterationen
- NSCLC Patienten mit LMD zeigen gehäuft EGFR Mutationen
- Eine randomisierte Phase II Studie zur adhärennten leptomeningealen Metastasierung zeigt eine bessere lokale Kontrollrate einer Protonen-basierten kranio-spinalen Bestrahlung vs. dem Standard einer Photonen IFRT
- Bei BMs reduziert die Kombination aus dosisreduzierter SRS plus Immuntherapie das Risiko für eine Radionekrose (bei vergleichbarer lokaler Tumorkontrollrate)

Endokrine Tumoren



Neuroendokrine Tumoren

Prof. Dr. med. Christoph Auernhammer

Medizinische Klinik und Poliklinik IV,
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninstraße 15, 81377 München

Vorsitzende

Dr. med. Patrick Wenzel

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II,
Klinikum rechts der Isar, TU München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Endokrine Tumoren



Schilddrüsenkarzinom

Prof. Dr. med. Christine Spitzweg

Medizinische Klinik und Poliklinik IV,
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninistraße 15, 81377 München

Mammakarzinom



Frühes Mammakarzinom

Dr. med. Steffen Kahlert

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninstraße 15, 81377 München

Vorsitzende

Dr. med. Friederike Hagemann

Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninstraße 15, 81377 München

Dr. med. Sabine Grill

Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Klinikum rechts der Isar, TU München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Prognosefaktoren und prädiktive Marker

Gensignaturen werden zunehmend zu einer verbesserten Prognoseeinschätzung und Therapieplanung beitragen. Die konsequente Validierung der Tests bleibt dabei die größte Herausforderung.

Strahlentherapie

Für Tumoren (Invasiv und in situ) mit niedriger maligner Potenz erscheint eine Deeskalation bis zum Verzicht möglich. Wie stellen wir die korrekte Identifikation der geeigneten Kandidatinnen sicher?

Endokrine Therapie

Vor allem Patientinnen mit höherem Rückfallrisiko profitieren von einer Eskalation der Therapie:- Ovarablation bei prämenopausalen Frauen

- Hinzunahme von Abemaciclib
- Einsatz der Aromataseinhibitoren

Chemotherapie

Auch ältere Pat. (>70 Ja.) mit ER/PR pos. Tumor und höherem Risiko profitieren von einer adj. Chemotherapie. Wie sehr sollen wir sie dazu ermutigen/drängen?

Checkpoint-Inhibitoren verbessern die Prognose bei TNBC. Aber non-responder sind prognostisch weiter limitiert und bleiben eine Herausforderung.

Mammakarzinom



Fortgeschrittenes Mammakarzinom

Priv.-Doz. Dr. med. Johannes Ettl

Frauenklinik und Poliklinik,
Klinikum rechts der Isar, TU München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München

PALOMA 2

In der Endauswertung des sekundären Endpunkts „Gesamtüberleben der ITT-Population“ kann für den CDK4/6-Inhibitor Palbociclib in der Erstlinientherapie beim HR +/HER2 - MBC kein Überlebensvorteil nachgewiesen werden. (LBA1003: Finn et al.)

DESTINY-Breast04

T-DXd führt beim vorbehandelten HER2-low (IHC1+ und IHC2+/ISH-) MBC zu einer Verdopplung des PFS und einer klinisch bedeutsamen Verlängerung des OAS um 6 Monate. (LBA3: Modi et al.)

TROPICS-02

Sacituzumab Govitecan führt beim intensiv vorbehandelten HR+/HER2- MBC nach CDK4/6-Inhibitor-Vortherapie zu einer PFS-Verlängerung und einer Verbesserung der Lebensqualität. (LB1001 Rugo et al.)

NRG-BR002

Bei Oligometastasierung und systemtherapeutisch kontrolliertem MBC führt eine gegen die Metastasen gerichtete ablative Strahlentherapie oder OP nicht zu einer Verlängerung des PFS (#1007: Chmura et al.)

Gynäko-Onkologie



Ovarialkarzinom

Priv.-Doz. Dr. med. Holger Bronger

Frauenklinik und Poliklinik,
Klinikum rechts der Isar, TU München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Vorsitzende

Prof. Dr. med. Marion Kiechle

Frauenklinik und Poliklinik,
Klinikum rechts der Isar, TU München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Prof. Dr. med. Fabian Trillsch

Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninistraße 15, 81377 München

Athena-Mono

- (Rucaparib vs. Placebo) als Erhaltungstherapie nach erfolgreicher Erstlinienchemotherapie beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom: Rucaparib verlängert signifikant das PFS unabhängig vom BRCA/HRD-Status (Foundation one LOH-Test)
- Bekanntes Nebenwirkungsprofil bestätigt sich, Lebensqualität ähnlich zwischen Rucaparib und Placebo
- Keine Kombination mit dem hierzulande häufig eingesetzten Standard Bevacizumab getestet

Bevacizumab in der Erstlinie des klarzelligen Ovarialkarzinoms

Retrospektive Untersuchungen zeigen eine Verbesserung beim PFS und OS (Daten aus Japan, cave: ältere Kohorten, naturgemäß ohne Randomisierung, zahlreiche mögliche Confounder)

Relacorilant

(selektiver oraler Glucocorticoid-Rezeptor-Modulator, intermittierend oder kontinuierlich gegeben) + Nab-Paclitaxel vs. Nab-Paclitaxel im Pt-resistenten Ovarialkarzinomrezidiv (Phase II, randomisiert):

Die intermittierende Gabe von Relacorilant zusätzlich zu Nab-Paclitaxel erbrachte eine signifikante Verbesserung des progressionsfreien Überlebens bei machbarem Nebenwirkungsprofil

Sollten sich diese Daten im Rahmen einer Phase-III-Studie (geplant) bestätigen, wäre dies eine mögliche Option in diesem schwer zu therapierenden Patientinnenkollektiv (wobei zu diskutieren bleibt, ob der absolute Überlebensunterschied tatsächlich nicht nur statistisch signifikant, sondern auch klinisch relevant ist)

Gynäko-Onkologie



Endometrium- und Zervixkarzinom

Prof. Dr. med. Fabian Trillsch

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninistraße 15, 81377 München

Erstlinienbehandlung metastasiertes Zervixkarzinom

Pembrolizumab als Ergänzung zur etablierten Cis/Pac/Bev-Therapie ist neuer Standard in der Erstlinienbehandlung des metastasierten Zervixkarzinoms und zeigt sich konsistent in den verschiedenen untersuchten Subgruppen.

Kombinationstherapie metastasiertes Zervixkarzinom

Eine Kombinationstherapie aus Tisotumab vedotin mit Pembrolizumab oder Carboplatin scheint das Ansprechen beim metastasierten Zervixkarzinom zu verbessern und sollte weiter in Studien untersucht werden.

Metastasiertes Endometriumkarzinom

Eine Immuncheckpoint-Therapie mit Dostarlimab zeigt anhaltende Effektivität beim metastasierten Endometriumkarzinom vornehmlich bei dMMR/MSI-H, jedoch auch in einer kleinen Subgruppe von Pat. mit MMRp/MSS .

Fortgeschrittenes Endometriumkarzinom

Eine orale Selinexor-Therapie kann beim fortgeschrittenen Endometriumkarzinom als Erhaltungstherapie nach Abschluss der 1st line Chemotherapie mit Carbo/Paclitaxel eingesetzt werden, wird aber bzgl. relevanter Subgruppen weiter in Studien evaluiert (Wirksamkeit v.a. bei p53-wt Tumoren sowie pMMR und NSMP).

Systemtherapie

Die Berücksichtigung von molekularen Subgruppen erscheint zukünftig in der Gynäkologischen Onkologie essenziell für die Planung der Systemtherapie.

Thorakale Tumoren



Stadien I bis III

Dr. med. Folker Schneller

III. Medizinische Klinik,
Klinikum rechts der Isar, TU München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Vorsitzende

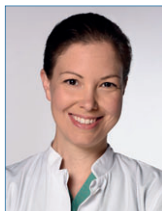
Prof. Dr. med. Hans Hoffmann

Sektion Thoraxchirurgie,
Klinikum rechts der Isar, TU München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Prof. Dr. med. Rudolf Maria Huber

Medizinische Klinik und Poliklinik V
(Pneumologie)
LMU Klinikum, Campus Innenstadt,
Ziemssenstraße 1, 80336 München

Thorakale Tumoren



Stadium IV: Immuntherapie

Priv.-Doz. Dr. med. Amanda Tufman

Medizinische Klinik und Poliklinik,
LMU Klinikum, Campus Innenstadt,
Ziemssenstraße 1, 80336 München

Thorakale Tumoren



Stadium IV: Zielgerichtete Therapie

Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Duell

Thorakale Onkologie,
Asklepios Fachkliniken München-Gauting,
Robert-Koch-Allee 2, 82131 Gauting

Zielgerichtete Therapie beim fortgeschrittenen NSCLC - Stand Juni 2022

- prognoseverbessernder Effekt durch Biomarker-geführte Therapie
- Zulassungen für zielgerichtete Therapien für 9 verschiedene somatische Mutationen
- umfassende molekulare Genanalysen (NGS) in der Primärdiagnostik obligat!
- Einsatz zielgerichteter Therapie nach Molekularpathologie/Zulassungsstatus
- neue zielgerichtete Substanzen (TKI, ADC, small molecules) sind in Entwicklung
- trotz Neuzulassungen sind weitere Studien unabdingbar (Therapiesequenz!)

Gastrointestinale Tumoren



Ösophagus und Magen

Prof. Dr. med. Sylvie Lorenzen

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III,
Hämatologie und Onkologie,
Klinikum rechts der Isar, TU München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Phase II PROTECT Trial:

PACLITAXEL/ CARBOPLATIN versus FOLFOX zur RCTX:

Folfox gute Alternative mit geringerer Morbidität bei gleicher R0 Resektionsrate

Phase II DANTE Trial:

ca. 10% Verbesserung der pCR Rate mit FLOT + Atezolizumab (24% vs. 15%),
höhere pCR Raten mit höherer PD-L Expression!

MSI-h; 63% pCR mit Atezo aber auch 27% nur mit FLOT!

- Downstaging mit Atezo erhöht 23% T0/N0 und 35% pT3/4
- Vergleichbare R0 Resektionsrate und Morbidität

K- Umbrella Gastric:

Erste umbrella Biomarker Studie in 2nd Line ohne PFS Vorteil für Biomarker-getriggerte Therapie. Größter Vorteil für Nivolumab bei immunogenen Tumoren.

CLDN 18.2 CAR-T cell therapy (CT041):

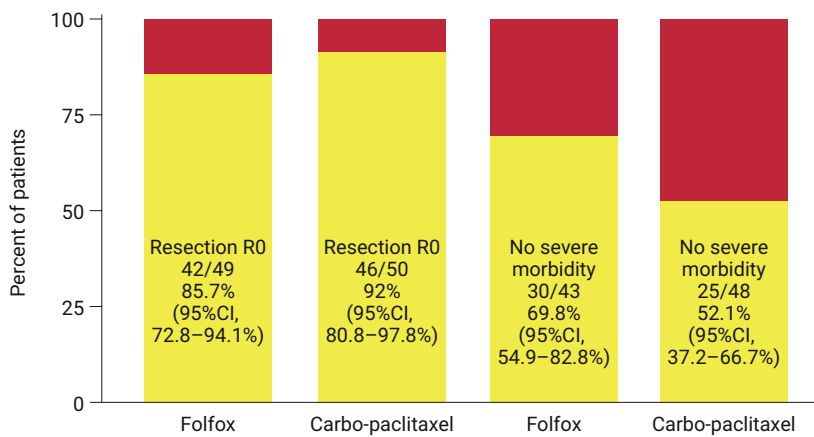
Hohe Remissionsraten (57%) aber kurze Dauer (PFS 5.6mos)

#4003 Dante: FLOT+ Atezolizumab führt zu Downstaging und erhöht pCR Rate in Abhängigkeit der PD-L1 Expression

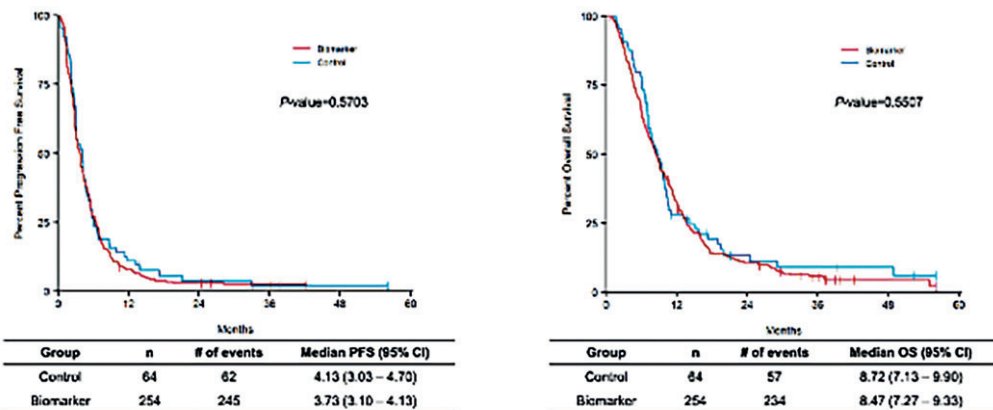
	FLOT + Atezolizumab (N=146)		FLOT (N=149)	
pT0-stage	34	23%	22	15%
pN0-stage	100	69%	81	54%
pT0/N0	34	23%	21	14%
pT-stage				
≤T1	62	43%	55	37%
T2	27	19%	16	11%
T3	47	32%	61	41%
T4	4	3%	10	7%
pT0-T2	89	61%	71	48%
pT3-T4	51	35%	71	48%
pM1-stage	2	1%	4	3%

Pathological Regression FLOT + Atezolizumab (arm A) vs. FLOT (arm B)	Becker Classification			
	TRG1a ¹		TRG1a/b ²	
	A	B	A	B
All patients (N= 295; 146 149)	35 (24%)	23 (15%)	71 (49%)	58 (39%)
PD-L1 CPS ≥1 (N=170; 82 88)	20 (24%)	13 (15%)	42 (51%)	40 (46%)
PD-L1 CPS ≥5 (N=81; 40 41)	11 (28%)	8 (20%)	22 (55%)	18 (44%)
PD-L1 CPS ≥10 (N=53; 27 26)	9 (33%)	3 (12%)	18 (67%)	10 (39%)
MSI high (N=23; 8 15)	5 (63%)	4 (27%)	6 (75%)	7 (47%)

#4015: Folfox auch sichere Backbone Chemotherapie zu neoadjuvanter RCTX



#4001: K-Umbrella Studie: Proof-of-Principle Biomarker Studie in 2nd Line ohne PFS Vorteil für Biomarker-getriggerte Therapie.



• Control group and biomarker group showed similar survival.

Data cut-off: ARP-18-2022
Median follow up: 36 months (95%CI 28.1-55.3)

Gastrointestinale Tumoren



Pankreas-/Gallenwegstumoren

Prof. Dr. med. Maximilian Reichert

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II,
Klinikum rechts der Isar, TU München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Zielgerichtete Therapien bei biliären Karzinomen (BTC) (HERB Studie)

Trastuzumab-Deruxtecan zeigt Aktivität mit einer bestätigten ORR von 36,4 %, einer mDoR von 7,4 Monaten, einem medianen PFS von 5,1 Monaten und einem medianen OS von 7,1 Monaten bei Patienten mit HER2-positivem, nicht-resezierbarem oder rezidivierendem BTC (Ohba et al.).

Bispezifische Antikörper gegen HER2 x HER3 (Zenocutuzumab)

sind sicher und effektiv in fortgeschrittenen Tumoren mit Neuregulin-1 Fusionen (NRG1+), inklusive Cholangio- und Pankreaskarzinomen. Dauerhaftes Ansprechen bei bereits behandelten fortgeschrittenen NRG1+ Tumoren mit einer ORR 34% und einer mDoR von 9,1 Monaten (Schram et al.).

Adjuvante mRNA Impfung + mFOLFIRINOX (Phase 1) beim Pankreaskarzinom

Individualisierter mRNA-Neoantigen-Impfstoff führt in 50% der Patienten zur Expansion von Neoantigen-spezifische T-Zellen und verzögert bei diesen das Auftreten von Rezidiven (Balachandran et. al).

Erstlinientherapie des metastasierten duktales Adenokarzinoms des Pankreas

Sequentielles nab-Paclitaxel/Gemcitabin gefolgt von modifiziertem FOLFOX für die (SEQUENCE Studie). Klinische Aktivität von nab-P/Gem-mFOLFOX mit Verbesserung von 12-Monats-OS-Rate, ORR, TTP, PFS und OS gegenüber der Standardtherapie mit nab-P/GEM (Carrato et al.).

Umgang mit Pankreaskarzinom-Hochrisikopopulationen

Überwachung von Trägern einer PV in CDKN2A führt zur Entdeckung von Pankreaskarzinomen im Frühstadium und verbessert die Resektabilität und Überlebensrate (Klatte et al.).

Gastrointestinale Tumoren



Hepatozelluläres Karzinom

Prof. Dr. med. Enrico De Toni

Medizinische Klinik II,
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninistraße 15, 81377 München

Adjuvante HAIC mit FOLFOX(NCT03192618):

Positive Phase III Studie; Verfahren in Deutschland nicht angewendet, konkurriert mit den aktuell laufenden Studien der adjuvanten Immuntherapie

IMMUTACE (NCT03572582)JmmunoTACE(ISRCTN11889464):

Positive Phase II Studien, Rationale für weitere Untersuchung der TACE in Kombination mit der Immuntherapie in BCLGB Patienten (randomisierte Phase III Studien werden bereits durchgeführt) oder mit der Anwendung von Dendritischen Zellen.

HIMALAYA (PROs)(NCT03298451):

Erste positive Phase-III-Studie der Anwendung einer PDL1+CTLA4-Kombi (STRIDE). Bestätigt gute Verträglichkeit von STRIDE vs. Durvalumab Monotherapie oder Sorafenib

IMMUNIB Studie (AIOHEP-O218/ass):

Phase II: Bestätigt die Rationale für die Anwendung von Nivo+TKI (exzellentes mOS)

Anti-Drug Antikörper bei Atezolizumab:

Hohe ADA Level könnten mit reduzierter Atezolizumab Exposition assoziiert sein und könnten die Wirksamkeit der Antikrebstherapie limitieren

Gastrointestinale Tumoren



Kolorektales Karzinom

Prof. Dr. med. Volker Heinemann

Comprehensive Cancer Center^{LMU},
Medizinische Klinik und Poliklinik III
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninistraße 15, 81377 München

Abschlussdiskussion



Schlusswort

Prof. Dr. med. Volker Heinemann

Comprehensive Cancer Center^{LMU},
Medizinische Klinik und Poliklinik III
LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninistraße 15, 81377 München



Industrierausstellung und Sponsoren

6.800,00 €	AstraZeneca GmbH	
4.700,00 €	SERVIER Deutschland GmbH	
3.900,00 €	Amgen GmbH	
2.700,00 €	Bristol-Myers Squibb GmbH & Co KGaA	
2.700,00 €	Gilead Sciences GmbH	
2.700,00 €	Lilly Deutschland GmbH	
2.700,00 €	Sanofi-Aventis Deutschland GmbH	
2.500,00 €	GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG	
2.500,00 €	Janssen-Cilag GmbH	
2.500,00 €	Novartis Pharma GmbH	
2.500,00 €	Pierre Fabre Pharma GmbH	
2.300,00 €	Alexion Pharma Germany GmbH	
2.300,00 €	Daiichi Sankyo Deutschland GmbH	
2.300,00 €	Ipsen Pharma GmbH	
2.300,00 €	MSD Sharp & Dohme GmbH	
2.300,00 €	Pfizer Pharma GmbH	
2.300,00 €	Roche Pharma AG	
2.300,00 €	Seagen Germany GmbH	
2.300,00 €	Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co.KG	
1.800,00 €	EUSA Pharma (Germany) GmbH	
1.800,00 €	Novocure GmbH	
1.800,00 €	PharmaMar GmbH	
1.800,00 €	Sirtex Europe GmbH	
800,00 €	Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG	
800,00 €	Deciphera Pharmaceuticals (Germany) GmbH	

Wir danken unseren Sponsoren für die freundliche Unterstützung der Highlights 2022.

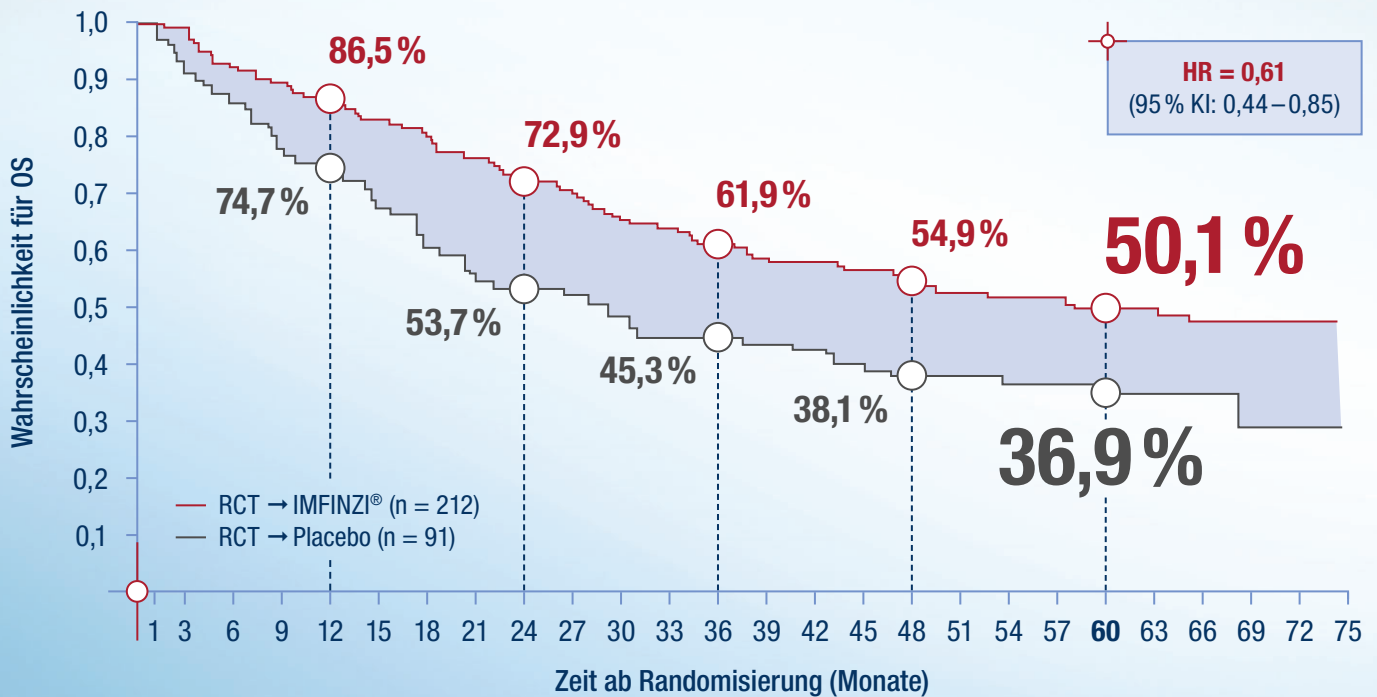


Mit IMFINZI® (Durvalumab) beim NSCLC Stadium III mehr erreichen

Radiochemo-Immuntherapie:
Chance auf Kuration für inoperable Patienten



Gesamtüberleben: 5-Jahres-Auswertung bei PD-L1 ≥ 1%^{1,2}



Anzahl der Patienten unter Risiko

RCT → IMFINZI®	212	208	193	186	178	171	165	156	146	141	132	129	124	118	117	114	109	105	103	98	74	52	29	14	1	0
RCT → Placebo	91	81	75	67	64	58	52	47	45	44	41	38	38	37	36	33	31	31	30	29	24	14	8	5	2	0

IMFINZI® beim NSCLC Stadium III
Leitliniengerechter Standard nach RCT^{3,4}

ASCO: American Society of Clinical Oncology; DEGRO: Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie; ED-SCLC: Kleinzelliges Lungenkarzinom im fortgeschrittenen Stadium (Extensive Disease); HR: Hazard Ratio; KI: Konfidenzintervall; NSCLC: Nicht-Kleinzelliges Lungenkarzinom; OS: Gesamtüberleben; PD-L1: Programmed Death-Ligand 1; RCT: Radiochemotherapie

1. De Wit M et al. Strahlenther Onkol 2021; 197 (Suppl. 1): S8–S9. 2. Spigel DR et al. J Clin Oncol. 2022; 40(12): 1301–1311; Supplementary Appendix. 3. Griesinger F et al. Lungenkarzinom, nicht-kleinzellig (NSCLC), Onkopedia-Leitlinie Stand Juli 2021. <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/lungenkarzinom-nicht-kleinzellig-nsclc/@view/html/index.html> (zuletzt aufgerufen Mai 2022). 4. Remon J et al. ESMO Guidelines Committee. Ann Oncol. 2021; 32(12): 1637–1642.

IMFINZI® 50 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung
▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

Wirkstoff: Durvalumab. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** Jeder ml Konzentrat enthält 50 mg Durvalumab. Eine Durchstechflasche mit 2,4 ml enthält 120 mg Durvalumab. Eine Durchstechflasche mit 10 ml enthält 500 mg Durvalumab.

Sonstige Bestandteile: Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, trehalose-Dihydrat, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiet:** IMFINZI ist angezeigt als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen, inoperablen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (*non-small cell lung cancer*; NSCLC) bei Erwachsenen, deren Tumoren PD-L1 in ≥ 1% der Tumorzellen exprimieren und deren Krankheit nach einer platinbasierten Radiochemotherapie nicht fortgeschritten ist. IMFINZI in Kombination mit Etoposid und entweder Carboplatin oder Cisplatin ist angezeigt bei Erwachsenen zur Erstlinienbehandlung des kleinzelligen Lungenkarzinoms im fortgeschrittenen Stadium (*extensive-stage small cell lung cancer*, ES-SCLC). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Imfinzi-Monotherapie; *Sehr häufig:* Infektionen der oberen Atemwege, Hypothyreose, Husten/produktiver Husten, Diarrhö, Abdominalschmerzen, Hautausschlag, Pruritus, Arthralgie, Pyrexie. *Häufig:* Pneumonie, orale Candidose, Infektionen der dentalen oder oralen Weichgewebe, Influenza, Hyperthyreose, Pneumonitis, Dysphonie, Aspartataminotransferase erhöht oder Alaninaminotransferase erhöht, Nachtschweiß, Myalgie, erhöhte Kreatininspiegel im Blut, Dysurie, peripheres Ödem, infusionsbezogene Reaktion. *Gelegentlich:* Thyreoiditis, Nebenniereninsuffizienz, interstitielle Lungenerkrankung, Kolitis, Pankreatitis, Hepatitis, Dermatitis, Myositis, Nephritis. *Selten:* Immuntrombozytopenie, Typ-1-Diabetes-mellitus, Hypophysitis/Hypophyseninsuffizienz, Diabetes insipidus, Myasthenia gravis, Meningitis, Myokarditis, Pemphigoid, Polymyositis, nicht-infektiöse Zystitis. *Nicht bekannt:* nichtinfektiöse Enzephalitis, Guillain-Barré-Syndrom. **IMFINZI in Kombination mit Chemotherapie:** *Sehr häufig:* Neutropenie, Anämie, Thrombozytopenie, Leukopenie, verminderter Appetit, Husten/produktiver Husten, Übelkeit, Verstopfung, Erbrechen, Alopezie, Fatigue. *Häufig:* Infektionen der oberen Atemwege, Pneumonie, Infektionen der dentalen oder oralen Weichgewebe, febrile Neutropenie, Panzytopenie, Hypothyreose, Hyperthyreose, Thyreoiditis, Nebenniereninsuffizienz, Pneumonitis, Diarrhö, Abdominalschmerzen, Stomatitis, Aspartataminotransferase erhöht oder Alaninaminotransferase erhöht, Hepatitis, Hautausschlag, Pruritus, Dermatitis, Myalgie, Arthralgie, erhöhte Kreatininspiegel im Blut, Dysurie, Pyrexie, peripheres Ödem, infusionsbezogene Reaktion. *Gelegentlich:* Orale Candidose, Influenza, Typ-1-Diabetes-mellitus, Dysphonie, interstitielle Lungenerkrankung, Kolitis, Nachtschweiß. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. **Stand:** 03/2022.



DE-44505/22