

News

1 | 2023



Erstmals seit 2020 haben die TZM Essentials in diesem Jahr wieder in Präsenz im Hörsaal A des Klinikums rechts der Isar stattfinden können.



CCC MÜNCHEN
COMPREHENSIVE
CANCER CENTER
TZM - MÜNCHEN

- **Update Metastasiertes Mammakarzinom**
Dr. med. Valeria Milani, Facharztzentrum Fürstentfeldbruck
- **Update Multiples Myelom**
Prof. Dr. med. Christian Straka, München Klinik Schwabing
- **25. Herrschinger Hämato-Onkologie-Symposium am 25. März 2023**
Hauptprogramm und Einladung zur Registrierung
- **Patientenhaus des CCC München**
Schnelle und unkomplizierte Hilfe unter einem Dach
- **TZM Essentials 2013 – ein Jahr an einem Tag**
Berichterstattung zum 15. Jahreskongress von Tumorzentrum und CCC München

25. Herrschinger Symposium
Jetzt registrieren unter
www.herrschinger-symposium.de

Printwerk oder E-Book

Onlineshop und Leseprobe: <https://lukon.de/produkt/colloquium-onkologie/>



Colloquium Onkologie 30

das unverzichtbare Jahrbuch für hämatologisch-onkologisch tätige Ärztinnen und Ärzte



Aus dem Inhalt

- Leukämien und Blutstammzelltransplantation
- Lymphome
- Weichgewebesarkome und Gastrointestinale Stromatumoren (GIST)
- Update Dermatoonkologie
- Tumoren des Nervensystems
- Kopf-Hals-Tumoren
- Karzinome der Frau
- Lungenkarzinome
- Urologische Tumoren
- Gastrointestinale Tumoren
- Supportive Therapie
- Tumorschmerztherapie
- Palliativmedizin

Colloquium Onkologie 30

Update Hämatologie / Onkologie 2022
herausgegeben von Stephan Petrasch
und Gerhard Ehninger
ca. 600 Seiten, 198 Abbildungen und Tabellen
49,50 Euro als Printwerk; 29,50 Euro als E-Book

Erhältlich im Fachbuchhandel
oder direkt beim Verlag:

LUKON Verlagsgesellschaft mbH
Landsberger Straße 480 a
81241 München
Fon: 089-820 737-0
Fax: 089-820 737-17
E-Mail: Update@Lukon.de

LUKON
GesundheitsKommunikation

Liebe Leserin, lieber Leser,

endlich ist Begegnung wieder möglich. Diesen Satz haben wir in den ersten Wochen dieses Jahres häufiger gehört. Schon bei der Nachlese zur ASH-Jahrestagung 2022 – ausgerichtet von den beiden Medizinischen Kliniken III der LMU und der TU München – waren Mitte Januar nahezu 200 sehr engagierte Teilnehmende erschienen. Und auch bei unserem 15. Jahreskongress am zweiten Februarwochenende war spürbar, dass die rund 400 Anwesenden sich über die hohe Qualität der Vorträge und auch über die Gelegenheit zum persönlichen Austausch sehr gefreut haben.

Sollten Sie keine Gelegenheit gehabt haben, an den TZM Essentials teilzunehmen, dann können wir Ihnen zumindest anbieten, die fachlichen Inhalte der Tagung noch einmal nachzuvollziehen, beispielsweise in der Mediathek, die auf der Website www.tzm-essentials.de veröffentlicht wird, oder in unserem Jahrbuch, in dem die Inhalte aller Vorträge noch einmal vertiefend dargestellt sind. Als kleine Appetizer finden Sie dazu in dieser Ausgabe den Beitrag von Valeria Milani zum metastasierten Mammakarzinom und das Kapitel zum Multiplen Myelom, für das Christian Straka verantwortlich zeichnet. Wie in den letzten Jahren haben Sie als Engagierte in den Projekt- und/oder Arbeitsgruppen des Tumorzentrums Gelegenheit, das E-Book kostenfrei zu erhalten. Den entsprechenden Gutscheincode erhalten Sie in der Geschäftsstelle des Tumorzentrums München.

Seit rund 10 Monaten ist unser Patientenhaus aktiv, und es freut uns sehr, dass die mannigfaltigen Angebote von Patientinnen und Patienten gern angenommen werden. Als besonders vorteilhaft empfinden Viele, dass durch die neu eingerichtete Koordinationsstelle die Suche nach den richtigen AnsprechpartnerInnen sehr vereinfacht worden ist.

Das ambitionierte Veranstaltungsprogramm mit vielen Gelegenheiten zur persönlichen Begegnung geht selbstverständlich auch weiter; Detailinfos dazu finden Sie ebenfalls in dieser Ausgabe. Wir wünschen Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre.

Ihre



Prof. Dr. med.
Stefanie E. Combs
Vorsitzende des
TZM-Vorstands



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



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

4 Update Metastasiertes Mammakarzinom

Dr. med. Valeria Milani,
Facharztzentrum Fürstenfeldbruck

Wenn Chemotherapie, dann möglichst „smart“: ADCs gewinnen immer mehr an Bedeutung.

11 Hauptprogramm zum 25. Herrschinger Hämato-Onkologie-Symposium

Unter der Schirmherrschaft von CCC München und DGHÖ bieten hochkarätige Referierende in der Ammerseemetropole ein dichtes Programm.

17 Update Multiples Myelom

Prof. Dr. med. Christian Straka,
Klinik für Hämatologie und Onkologie,
München Klinik Schwabing

Die Hochdosistherapie mit anschließender autologer Stammzelltransplantation im Zusammenspiel mit neuen Substanzen für Induktion und Konsolidierung hat weiterhin einen hohen Stellenwert.

21 Beratung und Unterstützung für Betroffene

Das Patientenhaus des CCC München besteht seit zehn Monaten. Eine eigene Koordinationsstelle vermittelt die passenden AnsprechpartnerInnen.

22 TZM Essentials 2023 – ein ganzes Jahr an einem Tag

Das war der 15. Jahreskongress von Tumorzentrum und Comprehensive Cancer Center.

25 Panorama

„Wissen gegen Krebs“ –
Einladung zum 11. Patiententag
Highlights in der Hämatologie –
neuer Besucherrekord
TZM-Manuale
Projekt- und Arbeitsgruppen
des Tumorzentrums München
Ausgewählte Veranstaltungen
Projekt- und Arbeitsgruppen
Bayerischer Verdienstorden für
Clemens Wendtner

27 Impressum

Update Metastasiertes Mammakarzinom



Dr. med. Valeria Milani, Facharztzentrum Fürstenfeldbruck

Die Reduktion der Mammakarzinom-bedingten Mortalität ist auf mehr Einflussgrößen zurückzuführen. Welchen Anteil jeweils das Screening oder adjuvante Therapieoptionen oder die Behandlung von PatientInnen in der metastasierten Situation haben, wurde bei der ASCO-Jahrestagung gezeigt [1]. Rund 20% der Mortalitätsreduktion in den USA gingen 2019 auf neue Therapieoptionen in der metastasierten Situation zurück. Je früher moderne und effiziente Therapieoptionen aus der metastasierten Situation in die Adjuvanz übergehen, desto geringer ist dann auch der Behandlungseinfluss auf die Mortalität in der metastasierten Situation. Der größte Fortschritt wurde beim Hormonrezeptor-positiven und beim HER2-positiven Mammakarzinom gezeigt (Abb. 1).

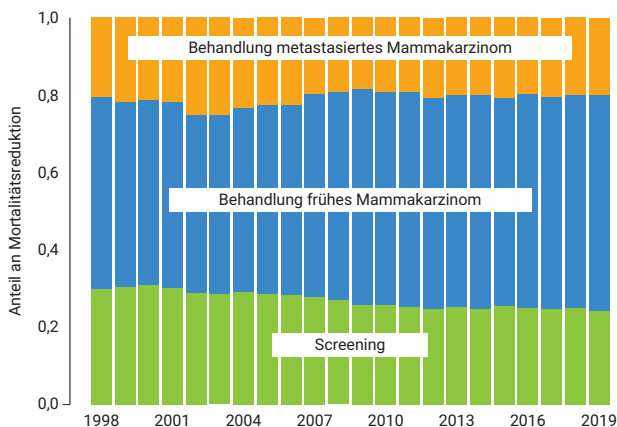


Abbildung 1: Anteiliger Einfluss von Screening sowie Behandlung des frühen Mammakarzinoms und der metastasierten Erkrankung an der Mortalitätsreduktion in den USA zwischen 2000 und 2019. Adaptiert nach [1].

Der Einsatz von Immuncheckpoint-Inhibitoren (ICI) beim tripel-negativen Mammakarzinom (TNBC) hat sich in der Metastasierung etabliert. ICIs sind seit 2022 auch für die TNBC-Primärsituation zugelassen, sodass auch in dieser Subgruppe in Zukunft mit einer stärkeren Reduktion der Gesamtmortalität gerechnet werden kann.

1. Hormonrezeptor-positive Mammakarzinome

1.1 Überlebensdaten zu CDK4/6-Inhibitoren

Während alle drei MONALEESA-Studien in der metastasierten Situation mit dem CDK4/6-Inhibitor Ribociclib einen klaren Überlebensvorteil zeigten, war das in der bei der ASCO-Jahrestagung 2022 vorgestellten Studie PALOMA-2 mit Palbociclib nicht der Fall (Abb. 2), obwohl hinsichtlich des medianen PFS seinerzeit ähnliche Vorteile gezeigt worden waren wie (mittlerweile) bei den beiden anderen CDK4/6-Inhibitoren [4]. Für die Interpretation des ausbleibenden Überlebensvorteils sind vor allem zwei Aspekte relevant: zum einen die fehlenden Follow-up-Daten für das OS bei 13% der PatientInnen im Palbociclib- und 21% im Placebo-Arm, zum anderen die Durchmischung der Population durch Einschluss von PatientInnen mit unterschiedlichen Resistenzen und Folgetherapien.

Erste Überlebensdaten zu Abemaciclib präsentierten Goetz et al. beim ESMO-Kongress 2022 in der zweiten Zwischenanalyse der Studie MONARCH-3. Hierbei wurde sowohl in der Intention-to-treat-Population (Abb. 3) als auch in der Population mit viszeraler Erkrankung ein längeres OS mit Abemaciclib versus Placebo beobachtet. Obwohl das mediane OS in beiden Gruppen gegenüber dem Placebo-Arm um jeweils mehr als 12 Monate verlängert war, wurde die Schwelle für die formale statistische Signifikanz bislang nicht überschritten [5]. Die abschließende OS-Analyse wird für 2023 erwartet.

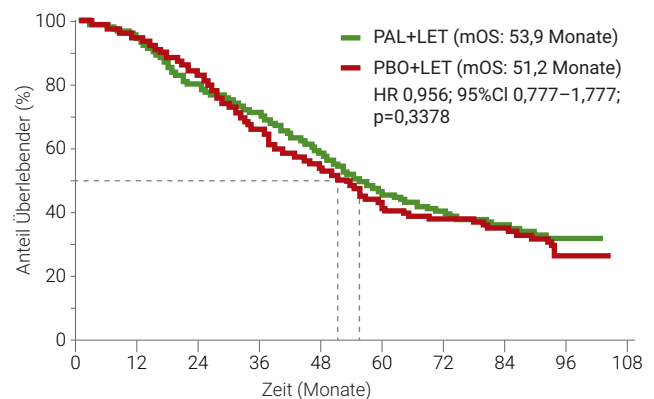


Abbildung 2: Gesamtüberleben in der Studie PALOMA-2. Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Palbociclib- und der Placebo-Gruppe. LET Letrozol, PAL Palbociclib, PBO Placebo. Adaptiert nach [4].

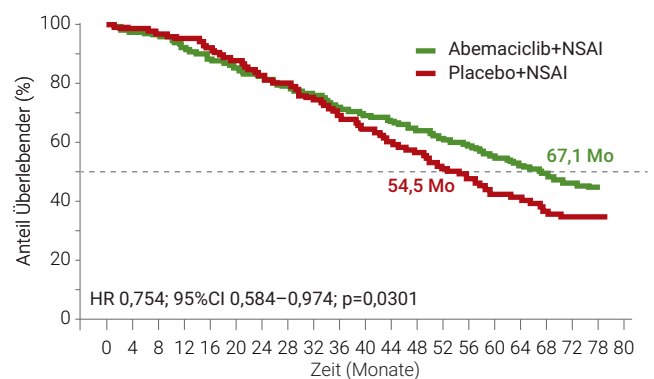


Abbildung 3: Gesamtüberleben in der zweiten Zwischenanalyse der MONARCH-3-Studie. Die statistische Signifikanz ist (noch) nicht erreicht, entwickelt sich aber positiv. Adaptiert nach [5].

Mammakarzinom

1.2 CDK4/6-Inhibition beim aggressiven fortgeschrittenen HR-positiven/HER2-negativen Mammakarzinom

Auf dem San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS) 2022 wurde die Studie RIGHT CHOICE vorgestellt, welche in der Erstlinie bei symptomatischer viszeraler und nicht viszeraler Metastasierung eine Therapie mit einem Aromatasehemmer (AI) plus Ribociclib versus einer Kombinations-Chemotherapie nach Wahl der BehandlerInnen (TPC) bei 222 PatientInnen randomisiert prüfte (Abb. 4). Mit dem Einsatz von Ribociclib plus AI zeigte sich eine Verlängerung des medianen PFS von 12,3 auf 24 Monate ($p < 0,0007$) sowie eine Verlängerung der medianen Zeit bis zum Therapieversagen von 8,5 auf 18,6 Monate, und das bei weniger schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen und weniger Therapieabbrüchen.

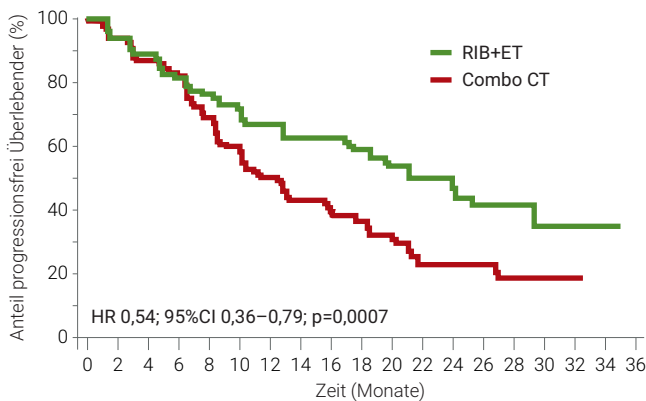


Abbildung 4: Progressionsfreies Überleben in der Studie RIGHT CHOICE. Der Einsatz von Ribociclib plus Aromatasehemmer führt gegenüber der Kombinations-Chemotherapie zu einer PFS-Verlängerung von ungefähr 1 Jahr. Combo CT Kombinations-Chemotherapie, ET endokrine Therapie, RIB Ribociclib. Adaptiert nach [6].

Die Ergebnisse dieser randomisierten Phase-II-Studie deuten darauf hin, dass die Erstlinienbehandlung mit Ribociclib plus endokriner Therapie auch bei hohem Remissionsdruck die Therapie der ersten Wahl ist [6].

TZM Essential

Die Rolle der CDK4/6-Inhibition in der Erstlinientherapie des metastasierten Hormonrezeptor-positiven Mammakarzinoms ist gesetzt und ist auch bei einer symptomatischen viszeralen Metastasierung und aggressiverem Verlauf hochwirksam. 2023 werden neue Optionen ab der Zweitlinientherapie erwartet, beispielsweise SERDs und AKT-Inhibitoren.

2. Tripelnegative Mammakarzinome

Bei metastasierten tripelnegativen Brustkrebs-Erkrankungen (mTNBC) hat sich die Immuntherapie in der Erstlinie bereits als Standard etabliert. Sie basiert im Wesentlichen auf den Daten der Studien KEYNOTE-355 und IMpassion 130, die einen klinisch relevanten Überlebensvorteil für PatientInnen mit nachgewiesener PD-L1-Überexpression zeigten, wenn sie mit Pembrolizumab beziehungsweise Atezolizumab behandelt wurden. Weiterhin unbeant-

wortet ist allerdings die Frage nach der optimalen Bestimmung der PD-L1-Überexpression, sei es mit dem Combined Positive Score (CPS) oder mit der Bestimmung von tumorinfiltrierenden Immunzellen (IC). Bei sehr früh (<12 Monate) aufgetretener Metastasierung und in fortgeschrittener Linie scheint die Kombination von Immuntherapie und Chemotherapie hingegen weniger effektiv zu sein.

In der Zweitlinie ist das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (ADC) Sacituzumab-Govitecan (SG) etabliert, und zwar basierend auf der ASCENT-Studie mit einem PFS Vorteil (5,6 versus 1,7 Monate; HR 0,39; $p < 0,0001$) und einem OS-Vorteil (12,1 versus 6,7 Monate; HR 0,41; $p < 0,0001$) gegenüber der Therapie nach Wahl der BehandlerInnen. Weitere Studiendaten deuten darauf hin, dass der klinische Nutzen von SG unabhängig vom HER2-Status ist. Unter SG profitieren PatientInnen mit niedriger HER2-Expression (HER2-low) ebenso gut wie solche mit mTNBC ohne nachweisbare HER2-Expression (siehe Abschnitt 4.2 in diesem Beitrag: TROPICS-02-Studie).

TZM Essential

Sacituzumab-Govitecan ist bei PatientInnen mit mTNBC, die zuvor 2 oder mehr systemische Therapien (damit mindestens 1 gegen die fortgeschrittene Erkrankung) erhalten haben, als Monotherapie zugelassen.

3. HER2-positive Mammakarzinome

Das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (ADC) Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd), bei dem die Antikörper-Komponente Trastuzumab mit dem Topoisomerase-1-Hemmer Deruxtecan gekoppelt ist, ist bereits zugelassen als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit einem inoperablen oder metastasierten HER2-positiven Brustkrebs, die mindestens 2 gegen HER2 gerichtete Vortherapien hinter sich haben [3]. Basierend auf den Daten der Studie DESTINY Breast 03, die beim ESMO-Kongress 2021 vorgestellt und im NEJM 2022 veröffentlicht wurde, hat sich T-DXd als Zweitlinienstandard gegenüber dem bisherigen Standard T-DM1 etabliert: 1-Jahres-PFS-Rate 75,8% versus 34,1%; HR 0,28 [2].

TZM Essential

Trastuzumab-Deruxtecan wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit einem inoperablen oder metastasierten HER2-positiven Brustkrebs, die bereits mindestens 1 gegen HER2 gerichtete Vorbehandlung erhalten haben [3].

4. „Smarte Chemotherapie“ mit ADCs

2022 ist das Jahr einer neuen Ära in der Behandlung von Patientinnen mit einem metastasierten Mammakarzinom. Zwei Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (Antibody Drug Conjugates, ADC) der nächsten Generation, namentlich Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd) und Sacituzumab-Govitecan (SG), verändern die Therapielandschaft,

auch bei HER2-low Mammakarzinomen. Gegenüber der ersten ADC-Generation unterscheiden sich T-DXd und SG hinsichtlich einer verbesserten Linker-Technologie mit einer größeren Beladung des Antikörpers mit zytotoxischer Substanz, also einer Erhöhung der Drug to Antibody Ratio (DAR). Darüber hinaus ist die Bindung an das Zielmolekül verbessert, und die Zahl der nicht gebundenen ADC-Moleküle ist um den Faktor 10 bis 100 gesteigert (Bystander-Effekt).

4.1 Practice changing: Trastuzumab-Deruxtecan beim HER2-low Mammakarzinom (Destiny Breast 04)

Die binäre Klassifikation HER2-positiv und HER2-negativ wurde 2022 durch eine neue Kategorie erweitert, die HER2-low Tumoren, deren Zellen hinsichtlich der HER2-Expression als IHC1+ beziehungsweise IHC2+ bei gleichzeitig negativer In-situ-Hybridisierung (ISH-) charakterisiert sind. Aus dieser Änderung ergeben sich nun praxisrelevante therapeutische Konsequenzen.

Die Gruppe der PatientInnen mit HER2-low Mammakarzinomen wurde erstmals bei der ASCO-Jahrestagung 2022 mit der Präsentation der Phase-III-Studie Destiny Breast 04 vorgestellt. Zwar wurden bislang etwa 80% der Patientinnen mit einem metastasierten Mammakarzinom als HER2-negativ charakterisiert, tatsächlich wird bei der Hälfte dieser Betroffenen HER2 in niedrigerer Dichte exprimiert, ihre Tumoren gelten also als HER2-low (Abb. 5).

Die Daten der Phase-III-Studie Destiny Breast 04 präsentierte Shanu Modi vom Memorial

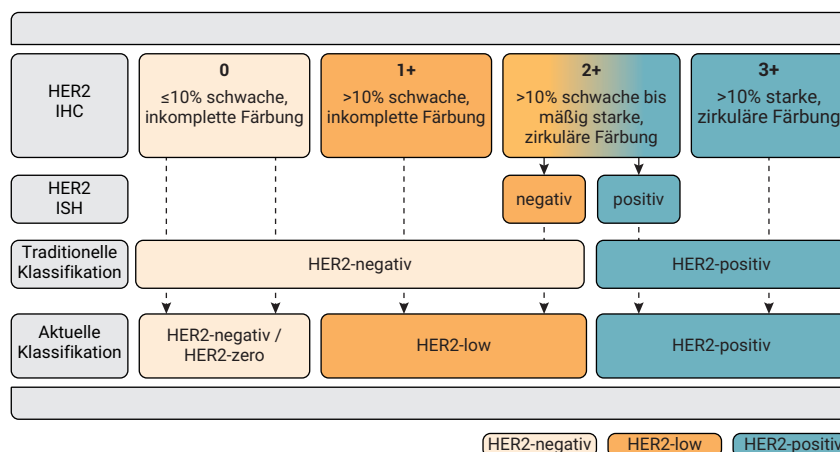


Abbildung 5: HER2-Expression unterschiedlicher Stärke nach traditioneller und aktueller Klassifikation. IHC Immunhistochemie; ISH In-situ-Hybridisierung.

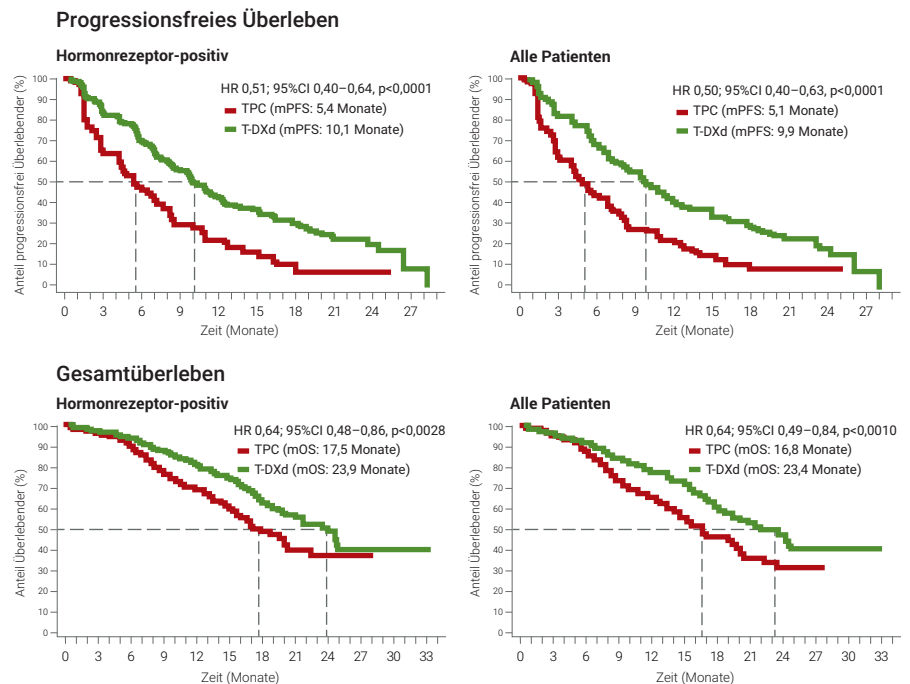


Abbildung 6: Progressionsfreies Überleben (oben) und Gesamtüberleben (unten) in der Studie DESTINY-Breast 04, jeweils bei PatientInnen mit einem HR-positiven Tumor (links) und bei allen PatientInnen (rechts). T-DXd Trastuzumab-Deruxtecan, TPC Therapie nach Wahl der BehandlerInnen. Adaptiert nach [7].

Sloan Kettering Cancer Center in New York bei der ASCO-Jahrestagung 2022 als Late Breaking Abstract in der Plenary Session und erntete dafür standing ovations. Trastuzumab-Deruxtecan verbesserte gegenüber einer Standardchemotherapie nach Wahl der BehandlerInnen in allen relevanten Subgruppen sowohl das progressionsfreie Überleben (PFS) als auch das Gesamtüberleben (OS) signifikant (Abb. 6).

557 PatientInnen mit einem nicht resezierbaren und/oder metastasierten HR-positiven oder HR-negativen, aber HER2-low Mammakarzinom aus Asien, Europa und Nordame-

rika wurden 2:1 entweder zu T-DXd (5,4 mg/kg q3w) oder einer Standard-Chemotherapie nach Wahl der BehandlerInnen (Capecitabin, Eribulin, Gemcitabin, Paclitaxel oder nab-Paclitaxel) randomisiert. Primärer Studienendpunkt war das PFS, wichtige sekundäre Endpunkte das OS bei Erkrankten mit HR-positiven Tumoren und das OS in der Gesamtkohorte.

Nach einem medianen Follow-up von 18,4 Monaten war das mediane PFS für Patientinnen mit HR-positivem/HER2-low Mammakarzinom im Studienarm nahezu doppelt so lang wie im Kontrollarm: 10,1 versus 5,4 Monate; HR 0,51; 95%CI 0,40–0,84; $p<0,0001$. Vergleichbare Ergebnisse zeigten sich auch für die Gesamtpopulation ohne Stratifizierung nach dem HR-Expressionslevel (9,9 versus 5,1 Monate; HR 0,50; 95%CI 0,40–0,63; $p<0,0001$) und auch für die HR-negative Subgruppe (8,5 versus 2,9 Monate; HR 0,46; 95%CI 0,24–0,89, explorativ erhoben).

Auch der sekundäre Endpunkt OS war für PatientInnen mit HR-positivem/HER2-low Mammakarzinom im Studienarm signifikant besser als im Kontrollarm: 23,9 versus 17,5 Monate; HR 0,64; 95%CI 0,48–0,86; $p=0,0028$. Ähnlich positive Ergebnisse ergaben sich auch für die Gesamtkohorte (23,4 versus

Eine neue Ära im **HER2-Spektrum** bei Brust- und Magenkrebs^{a,1}



- **Überzeugende Wirksamkeit¹⁻⁴**
- **Breite Anwendungsgebiete¹**
- **Handhabbares Verträglichkeitsprofil¹**

ENHERTU®
Fachinformation:



Anwendungsgebiete:¹

*ENHERTU® wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patient:innen mit inoperablem oder metastasiertem HER2-positivem Brustkrebs, die bereits mindestens eine gegen HER2 gerichtete Vorbehandlung erhalten haben.

#ENHERTU® wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patient:innen mit inoperablem oder metastasiertem HER2-low-Brustkrebs, die bereits eine Chemotherapie in der metastasierten Situation erhalten haben oder bei denen während oder innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung der adjuvanten Chemotherapie ein Rezidiv aufgetreten ist.

°ENHERTU® wird angewendet als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patient:innen mit fortgeschrittenem HER2-positivem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (GEJ), die bereits ein vorhergehendes Trastuzumab-basiertes Therapieschema erhalten haben.

HER2-low wird definiert als HER2 IHC 1+ oder IHC 2+ / ISH-.² °Magenkrebs/AEG

AEG: Adenokarzinome des gastroösophagealen Übergangs; **aGC:** fortgeschrittener Magenkrebs/AEG; **HER2:** humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor 2; **IHC:** Immunohistochemie; **ISH:** In-situ-Hybridisierung; **mBC:** metastasiertes Mammakarzinom.

Referenzen: 1. ENHERTU® Fachinformation (aktueller Stand). 2. Modi S, et al. N Engl J Med. 2022 Jul 7;387(1):9-20. 3. Cortés J, et al. N Engl J Med. 2022 Mar 24;386(12):1143-1154. 4. Ku G, et al. ESMO, 9. - 13. September 2022. Virtuell. Paris, Frankreich. Präsentation 1205MO.

⚠ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Straße 51 - 59, 63225 Langen, Website: www.pei.de. **Enheru 100 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Zusammensetzung:** Wirkstoff: 100 mg Trastuzumab-Deruxtecan. Sonst. Bestandteile: L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Saccharose, Polysorbat 80. **Anwendungsgebiete:** Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablem oder metastasiertem **HER2-positivem Brustkrebs**, die mindestens eine gegen HER2 gerichtete Vorbehandlung erhalten haben. Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablem oder metastasiertem **HER2-low-Brustkrebs**, die bereits eine Chemotherapie in der metastasierten Situation erhalten haben oder bei denen während oder innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung der adjuvanten Chemotherapie ein Rezidiv aufgetreten ist. Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem **HER2-positivem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (GEJ)**, die bereits ein vorhergehendes Trastuzumab-basiertes Therapieschema erhalten haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Trastuzumab-Deruxtecan oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen: Brustkrebs (5,4 mg/kg)** Sehr häufig: Infektion der oberen Atemwege, Anämie, Neutropenie, Thrombozytopenie, Leukopenie, verminderter Appetit, Hypokaliämie, Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Interstitielle Lungenerkrankung, Husten, Dyspnoe, Epistaxis, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation, Abdominalschmerz, Stomatitis, Dyspepsie, Transaminasen erhöht, Alopezie, Ausschlag, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Erschöpfung/Fatigue, Fieber, reduziertes Gewicht, verminderte Ejektionsfraktion. Häufig: Pneumonie, Lymphopenie, Febrile Neutropenie, Dehydratation, Dysgeusie, verschwommenes Sehen, abdominale Distension, Flatulenz, Gastritis, Pruritus, Hauthyperpigmentierung, peripheres Ödem, im Blut erhöht: alkalische Phosphatase, Bilirubin und Kreatinin, infusionsbedingte Reaktionen. **Magenkrebs (6,4 mg/kg)** Sehr häufig: Infektion der oberen Atemwege, Pneumonie, Anämie, Neutropenie, Thrombozytopenie, Leukopenie, Lymphopenie, verminderter Appetit, Hypokaliämie, Kopfschmerz, Dysgeusie, Interstitielle Lungenerkrankung, Husten, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation, Abdominalschmerz, Stomatitis, Transaminasen erhöht, Alopezie, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Erschöpfung/Fatigue, Fieber, peripheres Ödem, reduziertes Gewicht, verminderte Ejektionsfraktion. Häufig: Febrile Neutropenie, Dehydratation, Schwindelgefühl, verschwommenes Sehen, Dyspnoe, Epistaxis, Dyspepsie, Ausschlag, Pruritus, Hauthyperpigmentierung, im Blut erhöht: alkalische Phosphatase, Bilirubin und Kreatinin, infusionsbedingte Reaktionen. **Weitere Hinweise:** Zytotoxisch. Enheru darf nicht durch Trastuzumab oder Trastuzumab-Emtansin ersetzt werden. Im Kühlschrank lagern. Nicht einfrieren. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Daiichi Sankyo Europe GmbH, Zielstattstraße 48, 81379 München, Deutschland. **Mitvertrieb in Deutschland:** Daiichi Sankyo Deutschland GmbH; Tel.: +49 (0)89 78080. **Stand der Information:** Januar 2023.

16,8 Monate; HR 0,64; 95%CI 0,49–0,84; $p=0,001$) und die HR-negative Subgruppe (18,2 versus 8,3 Monate; HR 0,48; 95%CI 0,24–0,95, explorativ erhoben). Die Sicherheit der Behandlung war Modifolge konsistent mit dem Sicherheitsprofil von T-DXd, das aus anderen Studien bekannt war. Die häufigste Nebenwirkung war Nausea, die in allen Graden bei 73%, $\geq$ Grad 3 bei 5% der PatientInnen auftrat. Als relevantes Sicherheitsproblem bezeichnete er die in 12,1% der Fälle aufgetretene interstitielle Lungenerkrankung/Pneumonitis, an der 3 PatientInnen (0,8%) verstarben. Engmaschige Überwachung, frühe Intervention und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Pneumologen sind hier notwendig [6].

TJM Essential

T-DXd ist die erste gegen HER2 gerichtete Therapie, die auch bei Brustkrebserkrankungen mit niedriger HER2-Expression (HER2-low) wirksam ist. Die Zulassung für Europa hat die Europäische Kommission im Februar 2023 erteilt.

4.2 Practice changing: Sacituzumab Govitecan beim HR-positiven/HER2-negativen Mammakarzinom (TROPiCS 02)

PatientInnen mit einem inoperablen, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten HR-positiven/HER2-negativen Mammakarzinom, die 2–4 Chemotherapie-Schemata erhalten hatten, wurden in der Studie TROPiCS-02 1:1 randomisiert und erhielten entweder Sacituzumab-Govitecan (10 mg/kg i.v., d 1 und 8, q21d) oder eine Standard-Chemotherapie nach Wahl der BehandlerInnen (Capecitabin, Eribulin, Vinorelbin oder Gemcitabin) bis zur Krankheitsprogression oder bis zu inakzeptabler Toxizität. Primärer Endpunkt war das PFS.

In der ersten, während der ASCO-Jahrestagung 2022 vorgestellten Analyse der TROPiCS-02-Studie führte SG zu einer 34%igen Verringerung des Risikos für Progression oder Tod im Vergleich zur Behandlung nach Wahl der BehandlerInnen. Nach 1 Jahr lebten noch 61% beziehungsweise 47% der PatientInnen [8].

Beim ESMO-Kongress 2022 wurde neben den Daten zum Gesamtüberleben (Abb. 7) eine Post-hoc-Analyse der TROPiCS-02-Daten vorgestellt, in der die SG-Wirksamkeit in HER2-low Mammakarzinomen und HR-positiven/HER2-negativen metastasierten Mam-

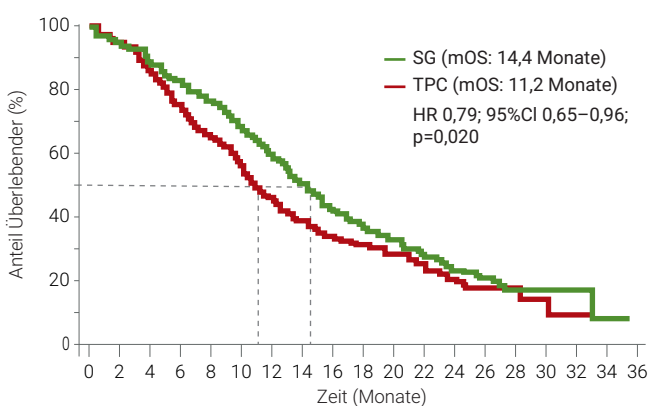


Abbildung 7: Gesamtüberleben in der Studie TROPiCS-02 mit dem Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Sacituzumab-Govitecan (SG) im Vergleich zur Therapie nach Wahl der BehandlerInnen (TPC). Adaptiert nach [9].

makarzinomen beschrieben wurde. Das mediane PFS betrug 6,4 Monate versus 4,2 Monate (HR=0,58) in der HER2-low-Gruppe und 5,0 versus 3,4 Monate (HR=0,72) in der HER2-IHC-0-Gruppe. Die Gesamtansprechrate (ORR) betrug 26% versus 12% in der HER2-low-Gruppe und 16% versus 15% in der HER2-IHC-0-Gruppe. Damit war der klinische Nutzen von SG versus Standard-Chemotherapie bei HER2-IHC-0 und HER2-low/HR-positivem/HER2-negativem metastasiertem Mammakarzinom unabhängig von der TROP2-Expression bewiesen [9].

TJM Essential

Sacituzumab-Govitecan ist eine hochwirksame Behandlungsoption für PatientInnen mit einem Hormonrezeptor-positiven metastasierten Brustkrebs unabhängig vom HER2-Status.

5. Ausblick für 2023

- ADCs: Erweiterung der Zulassungen für Trastuzumab-Deruxtecan und Sacituzumab-Govitecan bei Hormonrezeptor-positiven und HER2-low Mammakarzinomen.
- Neue Optionen bei HR-positiven/HER2-negativen Mammakarzinomen nach CDK4/6-Inhibition:
 - orale Selektive Östrogenrezeptor-Degrader, SERDs (Elacestrant),
 - AKT-Inhibitoren (Capivasertib),
 - Erweiterung der molekularen Diagnostik bei HR-positiven/HER2-negativen Mammakarzinomen (ESR1-Mutation und zirkulierende Tumorzellen, CTC).

Dieser Beitrag ist Teil des Jahrbuchs 2023 von Tumorzentrum und Comprehensive Cancer Center München. Das Buch ist im Fachbuchhandel und direkt im Verlag (<https://lukon.de/shop>) erhältlich; Sonderkonditionen für TJM-Angehörige.



Literatur

1. Caswell-Jin JL, Sun L, Munoz D, et al. (2022) Contributions of screening, early-stage treatment, and metastatic treatment to breast cancer mortality reduction by molecular subtype in U.S. women, 2000–2017. *J Clin Oncol* 40(16):1008
2. Cortes J, Kim S-B, Chung W-P, et al. (2022) Trastuzumab Deruxtecan versus Trastuzumab Emtansine for Breast Cancer. *N Engl J Med* 386:1143–1154
3. Fachinformation Enhertu®, Stand Oktober 2022. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/enhertu-epar-product-information_de.pdf
4. Finn RS, Rugo HS, Dieras VC, et al. (2022) Overall survival (OS) with first-line palbociclib plus letrozole (PAL+LET) versus placebo plus letrozole (PBO+LET) in women with estrogen receptor-positive/human epidermal growth factor receptor 2-negative advanced breast cancer (ER+/HER2- ABC): Analyses from PALOMA-2. *J Clin Oncol* 40 (suppl. 17; abstr BA1003)
5. Goetz M, Toi M, Huober J, et al. (2022) LBA15 - MONARCH 3: Interim overall survival (OS) results of abemaciclib plus a nonsteroidal aromatase inhibitor (NSAI) in patients (pts) with HR+, HER2- advanced breast cancer (ABC). ESMO Congress 2022, abstr LBA15
6. Lu Y-S, Bin Mohd Mahidin El, Azim H, et al. (2022) GS1-10 Primary results from the randomized Phase II RIGHT Choice trial of premenopausal patients with aggressive HR+/HER2- advanced breast cancer treated with ribociclib + endocrine therapy vs physician's choice combination chemotherapy. *SABCS 2022; abstr GS1-10*
7. Modi S, Jacot W, Yamashita T, et al. (2022) Trastuzumab Deruxtecan in Previously Treated HER2-Low Advanced Breast Cancer. *N Engl J Med* 387:9–20
8. Rugo HS, Bardia A, Marmé F, et al. (2022) Primary results from TROPiCS-02: A randomized phase 3 study of sacituzumab govitecan (SG) versus treatment of physician's choice (TPC) in patients (Pts) with hormone receptor-positive/HER2-negative (HR+/HER2-) advanced breast cancer. *J Clin Oncol* 40 (suppl. 17; abstr LBA1001)
9. Rugo HS, Bardia A, Marmé F, et al. (2022) LBA76 - Overall survival (OS) results from the phase III TROPiCS-02 study of sacituzumab govitecan (SG) vs treatment of physician's choice (TPC) in patients (pts) with HR+/HER2- metastatic breast cancer (mBC). ESMO Congress 2022, abstr LBA76

Empfohlen in der AGO- (++)¹ und ESMO-Leitlinie²



TRODELVY®
sacituzumab govitecan

200 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

In der **≥ 2. Linie** beim metastasierten
triple-negativen Mammakarzinom zugelassen³

Mehr Perspektive: Mehr Lebenszeit

Trodelvy® verlängerte in der Phase-III-Studie ASCENT
signifikant das mediane Gesamtüberleben auf 1 Jahr^{*,4}

Galenus-von-
Pergamon-Preis

FINALIST
Specialist Care

2022

In der **≥ 2. LINIE**
beim mTNBC
zugelassen³

Verlängerung
des mOS auf
1 JAHR^{*,4}

95 % der Patient:innen
blieben auf
Trodelvy®-Therapie^{#,4}

Trodelvy® ist als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem triple-negativem Mammakarzinom (*metastatic Triple-Negative Breast Cancer*, mTNBC) indiziert, die zuvor zwei oder mehr systemische Therapien erhalten haben, darunter mindestens eine gegen die fortgeschrittene Erkrankung.³

HR: Hazard Ratio; mOS: Medianes Gesamtüberleben; mTNBC: Metastasiertes triple-negatives Mammakarzinom; UE: Unerwünschte Ereignisse

* mOS: 11,8 versus 6,9 Monate unter Chemotherapie in der Gesamtpopulation; HR: 0,51; p < 0,001⁴

Bezogen auf Therapieabbrüche aufgrund von UE unabhängig von Progress oder Tod in der Gesamtpopulation⁴

1. AGO-Leitlinie. Diagnostik und Therapie früher und fortgeschrittener Mammakarzinome. Online verfügbar unter: <https://www.ago-online.de/>

leitlinien-empfehlungen/leitlinien-empfehlungen/kommission-mamma (Letzter Zugriff: August 2022). Version 2022.1D. 2. Gennari A et al. Ann Oncol 2021;32(12):1475–95.

3. Trodelvy® Fachinformation, Stand Juli 2022. 4. Bardia A et al. N Engl J Med 2021;384(16):1529–41.

Trodelvy 200 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Wirkstoff: Sacituzumab Govitecan. **Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche mit Pulver enthält 200 mg Sacituzumab Govitecan. Nach der Rekonstitution enthält ein ml Lösung 10 mg Sacituzumab Govitecan. Sonstige Bestandteile: 2-(N-Morpholino)-Ethansulfonsäure (MES), Polysorbat 80 (E433), Trehalose-Dihydrat. **Anwendungsgebiet:** Trodelvy ist als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem triple-negativem Mammakarzinom (*metastatic Triple-Negative Breast Cancer*, mTNBC) indiziert, die zuvor zwei oder mehr systemische Therapien erhalten haben, darunter mindestens eine gegen die fortgeschrittene Erkrankung. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Warnhinweis:** Zytotoxisch. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Harnwegsinfektion, Infektion der oberen Atemwege, Neutropenie, Anämie, Leukopenie, Lymphopenie, Überempfindlichkeit, Verminderter Appetit, Hypokaliämie, Hypomagnesiämie, Hyperglykämie, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Husten, Diarrhoe, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Abdominalschmerz, Alopecie, Ausschlag, Pruritus, Rückenschmerzen, Arthralgie, Fatigue, Gewichtsabnahme. **Häufig:** Nasopharyngitis, Sinusitis, Bronchitis, Influenza, Oraler Herpes, Febrile Neutropenie, Hypophosphatämie, Hypokalzämie, Angst, Geschmacksstörung, Rhinorrhoe, Nasenverstopfung, Epistaxis, Belastungsdispnoe, Husten mit Auswurf, Hustensyndrom der oberen Atemwege, Stomatitis, Schmerzen im Oberbauch, Gastroösophageale Refluxerkrankung, Abdominale Distension, Trockene Haut, Makulo-papulöser Ausschlag, Muskuloskelettale Brustschmerzen, Muskelspasmen, Dysurie, Hämaturie, Schmerz, Schüttelfrost, Alkalische Phosphatase im Blut erhöht, Aktivierte partielle Thromboplastinzeit verlängert. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Jede Packung enthält eine Durchstechflasche. Verschreibungspflichtig. **Stand:** Juli 2022. **Pharmazeutischer Unternehmer:** GILEAD Sciences Ireland UC, Carrigrohilly, County Cork, T45 DP77, Irland. **Repräsentant in Deutschland:** GILEAD Sciences GmbH, D-82152 Martinsried b. München.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Jeder Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu Trodelvy ist zu melden an die Gilead Sciences GmbH, Abteilung Arzneimittelsicherheit, Fax-Nr.: 089/899890-96, E-Mail: drugsafetygermany@gilead.com, und/oder an das Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, D-63225 Langen, Tel: 06103/770, Fax: 06103/771234, Webseite: www.pei.de.

Hier mehr zu
Trodelvy®
erfahren:



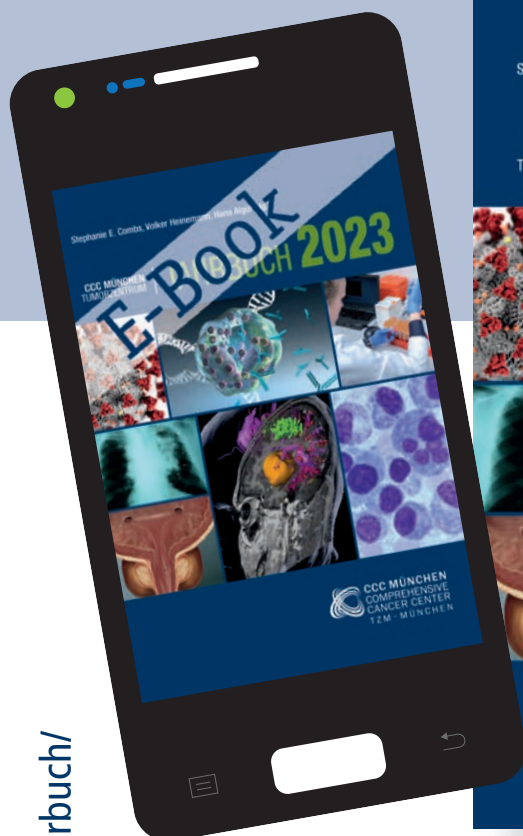
GILEAD

Oncology

Printwerk oder E-Book

Onlineshop und Leseprobe:

<https://lukon.de/produkt/tumorzentrum-muenchen-jahrbuch/>



JAHRBUCH 2023

Die aktuellen Empfehlungen des
Tumorzentrums München in einem Band

Aus dem Inhalt

- Schwerpunkt Schädelbasistumoren
- Lebensqualität und Immuncheckpoint-Inhibitoren
- Lektionen aus der Coronakrise
- Frühes Mammakarzinom
- Metastasiertes Mammakarzinom
- Endometrium- und Zervixkarzinom
- Ovarialkarzinom
- Fortgeschrittenes Melanom
- Schilddrüsenkarzinom
- Neuroendokrine Neoplasien im GEP-System
- Indolente Non-Hodgkin-Lymphome
- Multiples Myelom
- Prostatakarzinom und Harnblasenkarzinom
- Thorakale Tumoren
- Gastrointestinale Tumoren

TZM-Jahrbuch 2023

herausgegeben von Stephanie E. Combs,
Volker Heinemann, Hana Algü
320 Seiten, 66 Abbildungen und Tabellen
34,90 Euro als Printwerk;
19,90 Euro als E-Book

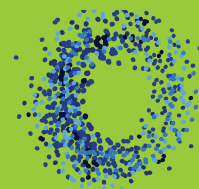
Erhältlich im Fachbuchhandel
oder direkt beim Verlag:

LUKON Verlagsgesellschaft mbH
Landsberger Straße 480 a
81241 München
Fon: 089-820 737-0
Fax: 089-820 737-17
E-Mail: Update@Lukon.de

LUKON
GesundheitsKommunikation

25

Herrschinger Hämato-Onkologie-Symposium



HÄMATOLOGIE
& ONKOLOGIE
DR. MAX HUBMANN

Präsenz-Symposium Samstag, 25. März 2023

8:30 Uhr bis 14:15 Uhr

im Vortragssaal der Privatklinik Dr. R. Schindlbeck
Seestraße 43 · 82211 Herrsching am Ammersee



Programm

Eintritt kostenfrei.
Registrierung erforderlich unter
www.herrschinger-symposium.de

Veranstalter

Lukon Gesundheitskommunikation
in der Lukon Verlagsgesellschaft mbH, Landsberger Straße 480 a, 81241 München
Auskünfte: Kirsten Wengmann, K.Wengmann@Lukon.de, +49 (0)179 497 50 80

Unter der Schirmherrschaft der

DGHO
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND MEDIZINISCHE ONKOLOGIE



CCC MÜNCHEN
COMPREHENSIVE
CANCER CENTER
TzM - MÜNCHEN

S2k-Leitlinie
„Kutane Lymphome“:
Poteligeo®
ab Stadium IB
empfohlen^{4*}

Weitere Informationen zum
S2k-Leitlinien-Update
finden Sie hier auf unserem
CTCL-Hub



BEHANDLE DAS BLUT



BEHANDLE DIE HAUT

POTELIGEO® ist indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Mycosis fungoides (MF) oder Sézary-Syndrom (SS), die mindestens eine vorherige systemische Therapie erhalten haben.¹



Erster monoklonaler
Anti-CCR4 Antikörper
seiner Klasse²

Nicht-chemotherapeutisches
Biologikum, gut verträglich,
gut handhabbares
Sicherheitsprofil¹⁻³

Verbessertes, lang-
fristiges Ansprechen
in Blut und Haut^{1,2*}

▼ 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. Bitte melden Sie Nebenwirkungen an das Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, Paul-Ehrlich-Institut, Tel: +49 6103 77 0, Fax: +49 6103 77 1234, www.pei.de

Poteligeo 4 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Wirkstoff: Mogamulizumab. **Zusammensetzung:** Jede Durchstechflasche enthält 20 mg Mogamulizumab in 5 ml Konzentrat. Dies entspricht 4 mg/ml. Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Sonstige Bestandteile:** Zitronensäure-Monohydrat, Glycin, Polysorbat 80, Natriumhydroxid, Salzsäure und Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Erwachsenen mit Mycosis fungoides und Sézary-Syndrom, die mindestens eine vorherige systemische Therapie erhalten haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Mogamulizumab oder einen der oben genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Schwerwiegende Nebenwirkungen: Anzeichen einer Infusionsreaktion wie Schüttelfrost, Übelkeit oder Erbrechen, Kopfschmerz, pfeifendes Atmen, Juckreiz, Hitzegefühl, Ausschlag, Schwindel- oder Ohnmachtsgefühl oder Benommenheit, Atembeschwerden und Fieber. Anzeichen einer Infektion, wie Fieber, Schwitzen oder Schüttelfrost, grippeartige Symptome, Rachenentzündung oder Schluckbeschwerden, Husten, Kurzatmigkeit, Magenschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen, Durchfall und starkes Unwohlsein. Mögliche Anzeichen für eine beginnende schwere Hautreaktion wie das Stevens-Johnson-Syndrom oder toxische epidermale Nekrolyse wie schmerzende Haut, Juckreiz, Hautblasen, Hautausschlag oder wunder Mund. Anzeichen einer Herzerkrankung wie Brustschmerz, Kurzatmigkeit, schneller oder langsamer Herzschlag, Schwitzen, Schwindelgefühl, Übelkeit oder Erbrechen, Schwäche, Ohnmachtsgefühl und Unwohlsein. Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen, Verwirrtheit, Kurzatmigkeit, Krampfanfälle, unregelmäßiger Herzschlag, dunkler oder trüber Urin, ungewöhnliche Müdigkeit und/oder Muskel- oder Gelenkschmerz als Reaktion des Körpers auf die Zerstörung von Krebszellen (so genanntes Tumorlyse-Syndrom). Bei anschließender Stammzelltransplantation kann es zur Graft-versus-Host-Reaktion kommen mit Symptomen wie Hautausschlag oder Blasenbildung, Übelkeit oder anhaltender Durchfall, Magenschmerzen oder Erbrechen, Gelenkschmerzen oder -steifigkeit, trockene oder gereizte Augen oder verschwommenes Sehen, Entzündung, Reizung oder Schmerzen im Mund, anhaltender Husten oder Atembeschwerden, Empfindlichkeit der Genitalien, Gelbsucht, dunkler Urin und Schwellungen jeder Art. Weitere Nebenwirkungen: Sehr häufig: Fehlende Energie (Ermüdung), Verstopfung, geschwollene Beine oder Fußknöchel, Kopfschmerz. Häufig: Anämie (verminderte Anzahl roter Blutkörperchen), verminderte Anzahl Blutplättchen (Thrombozytopenie), verminderte Anzahl weißer Blutkörperchen (Neutropenie und Leukopenie) oder verminderte Lymphozytenzahl, gestiegene Leberenzymwerte im Blutbild, Unterfunktion der Schilddrüse. Gelegentlich: Entzündung der Leber (Hepatitis) Verschreibungspflichtig. **Hinweise in der Fachinformation beachten.** **Pharmazeutischer Unternehmer:** Kyowa Kirin Holdings B.V., Hoofddorp, NL. **Stand der Information: Oktober 2020**
* im Vergleich zu Vorinostat (in der EU nicht zugelassen) • in der Leitlinie wird Mogamulizumab genannt **Referenzen:** 1. POTELIGEO® Fachinformation, Stand April 2022. 2. Kim YH, et al. Lancet Oncol 2018;19(9):1192-1204. 3. Afifi S, et al. Expert Opin Drug Saf. 2019;18(9):769-776. 4. Dippel E, et al. S2k – Leitlinie – Kutane Lymphome (ICD10C82 – C86) Stand: 30.06.2021. Erhältlich bei https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-0271_S2k_Kutane_Lymphome_2021-12.pdf (letzter Zugriff 13.02.2023).

25 Herrschinger

Hämato-Onkologie-Symposium

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

große Ereignisse werfen ihre Schatten voraus: zum ersten Mal seit 2019 werden wir uns am Samstag, den 25. März 2023 beim Herrschinger Hämato-Onkologie-Symposium wieder persönlich begegnen können. Das freut uns ganz besonders, da wir an diesem Tag gemeinsam mit Ihnen ein bemerkenswertes Jubiläum feiern können: Unsere mittlerweile weit über die Grenzen des Fünfseenlands hinaus bekannte Fortbildung findet 2023 tatsächlich zum 25. Mal statt. Wir danken denjenigen unter Ihnen, die uns zum Teil schon von Anfang an die Treue halten. Und falls Sie mit dem Gedanken spielen, das Herrschinger Hämato-Onkologie-Symposium 2023 zum ersten Mal zu besuchen, können wir Sie nur bestärken: Die Inhalte unseres Symposiums sind wissenschaftlich auf dem neuesten Stand, außerdem in jeder Hinsicht praxisrelevant, und sie werden in einer Atmosphäre kollegialer Wertschätzung vermittelt.

Für das Jubiläumssymposium haben wir hochkarätige Referierende gewinnen können. Frau Dr. Roswitha Dickerhoff eröffnet die Tagung mit einer bei uns kaum bekannten und doch immer häufiger vorkommenden Bluterkrankung, der Sichelzellerkrankung. Professor Florian Bassermann vom Klinikum rechts der Isar bringt uns bezüglich des Multiplen Myeloms auf den neuesten Stand, und aus Berlin erwarten wir Professor Ulrich Keller, der zum Diffus Groß-zelligen B-Zell-Lymphom referiert.

Der zweite Teil der Veranstaltung ist traditionellerweise den soliden Tumoren gewidmet, und wir freuen uns auf die Vorträge von Professor Sven Mahner, Professor Volker Heinemann sowie PD Dr. Amanda Tufmann, die uns über spannende Entwicklungen bei gynäko-onkologischen Tumoren, bei gastro-intestinalen Tumoren und bei Lungentumoren informieren werden.

Die Teilnahme am Symposium ist für Sie kostenlos, aber wir benötigen Ihre verbindliche Registrierung unter **www.Herrschinger-Symposium.de**. Seien Sie dabei! Es wird sich lohnen.

Seien Sie dabei! Es wird sich lohnen.



Dr. med. Max Hubmann



Dr. med. Hermann Dietzfelbinger

**25. Herrschinger
Hämato-Onkologie-Symposium**
Fortbildung im Vortragssaal der
Privatklinik Dr. R. Schindlbeck,
Seestraße 43, 82211 Herrsching
am Ammersee

Wissenschaftliche Leitung
Dr. med. Max Hubmann
Dr. med. Hermann Dietzfelbinger

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

Kooperationspartner
CCC München, DGHO



Unter der Schirmherrschaft der



25 Herrschinger

Hämato-Onkologie-Symposium

- 08:30 Uhr** **Eröffnung der Industrieausstellung**
- 09:00 Uhr** **Grußwort**
Prof. Dr. med. Volker Heinemann, Comprehensive Cancer Center München,
Medizinische Klinik III, LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninstr. 15, 81377 München
- 09:05 Uhr** **Einführung**
Dr. med. Max Hubmann, Hämato-onkologische Schwerpunktpraxis Herrsching,
Seestraße 43, 82211 Herrsching am Ammersee
- 09:10 Uhr** **Sichelzellkrankheit**
Dr. med. Roswitha Dickerhoff, Praxis Prof. Stefan Eber, Waldfriedhofstraße 73,
81377 München
- 09:50 Uhr** **Multiples Myelom**
Prof. Dr. med. Florian Bassermann, III. Medizinische Klinik und Poliklinik
Klinikum rechts der Isar der TU München, Ismaninger Straße 22, 81675 München
- 10:30 Uhr** **Diffus Großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL)**
Prof. Dr. med. Ulrich Keller (angefragt), Medizinische Klinik mit Schwerpunkt
Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie (CBF), Charité,
Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 13A, 10117 Berlin
- 11:10 Uhr** **Pause mit Besuch der Industrieausstellung**
- 12:00 Uhr** **Zervix- und Endometriumkarzinom**
Prof. Dr. med. Sven Mahner, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
LMU Klinikum, Campus Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München
- 12:40 Uhr** **Systemische Therapie des kolorektalen Karzinoms**
Prof. Dr. med. Volker Heinemann, Comprehensive Cancer Center München,
Medizinische Klinik III, LMU Klinikum, Campus Großhadern,
Marchioninstr. 15, 81377 München
- 13:20 Uhr** **Medikamentöse Therapie des Lungenkarzinoms**
PD Dr. med. Amanda Tufman, Medizinische Klinik V, LMU Klinikum,
Campus Innenstadt, Frauenlobstraße 9-11, 803337 München
- 14:00 Uhr** **Abschlussdiskussion und Schlusswort**
Dr. Max Hubmann, Hämato-onkologische Schwerpunktpraxis Herrsching,
Seestraße 43, 82211 Herrsching am Ammersee
- 14:15 Uhr** **Ende der Veranstaltung / Gemeinsamer Imbiss**

DREI PRODUKTE FÜR DREI INDIKATIONEN.



ALYMSYS®
[BEVACIZUMAB]

EXTENDING *our* STRENGTHS to FIGHT GI CANCERS



Servier Ihre GI-Experten

Fachinformation ONIVYDE®, LONSURF® und ALYMSYS®

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

SERVIER

25 Herrschinger

Hämato-Onkologie-Symposium

Registrierung und Anmeldung

www.herrschinger-symposium.de

Die Teilnahme am Symposium ist kostenlos, wir benötigen jedoch Ihre Registrierung auf unserer Website www.herrschinger-symposium.de. Nach Ihrer Registrierung erhalten Sie eine E-Mail mit der Bestätigung Ihrer Anmeldung. Diese E-Mail berechtigt Sie zur Teilnahme.

Veranstaltungsort

Foyer und Vortragssaal der Privatklinik
Dr. R. Schindlbeck, Seestraße 43,
82211 Herrsching am Ammersee

Anfahrt

Mit öffentlichen Verkehrsmitteln

S8 nach Herrsching (50 Minuten vom Münchner Hauptbahnhof), Fußweg 350 Meter bis zum Veranstaltungsort

mit dem PKW:

45 Minuten von München nach Herrsching, Parkplätze auf dem Klinikgelände vorhanden.



Hygienekonzept

Nach derzeitiger Lage sind für Teilnehmende keine besonderen Vorsichtsmaßnahmen erforderlich. Das Symposium wird gemäß den am Veranstaltungstag gültigen Hygienevorschriften durchgeführt. Bitte beachten Sie entsprechende Hinweise auf unserer Website www.herrschinger-symposium.de.

Für die Beantwortung von Fragen steht Kirsten Wengmann zur Verfügung: K.Wengmann@Lukon.de; 0179-497 5080.

Wissenschaftliche Initiatoren

des Herrschinger Hämato-Onkologie-Symposium 2023 sind Dres. Max Hubmann, Hermann Dietzfelbinger, Hämato-onkologische Schwerpunktpraxis Herrsching, Seestraße 43, 82211 Herrsching am Ammersee.

Sponsoren

Wir danken unseren Sponsoren und Ausstellern für die Unterstützung des 25. Herrschinger Hämato-Onkologie-Symposiums (Stand bei Drucklegung am 23. Februar 2023. Eine ständig aktualisierte Liste der Sponsoren findet sich unter www.herrschinger-symposium.de/sponsoren-2023).

abbvie ALEXION

AMGEN® BeiGene

Bristol Myers Squibb™

GILEAD



Janssen Oncology



KYOWA KIRIN

MSD

Pfizer Oncology

PHARMACOSMOS

sanofi SERVIER

Stemline® sobi



ONCOLOGY

Multiples Myelom



Prof. Christian Straka,
Klinik für Hämatologie und Onkologie, München Klinik Schwabing

Inhalt dieses Beitrags sind wichtige aktuelle Studienergebnisse sowie eine Gesamtbetrachtung des aktuellen Stands in der Therapie des Multiplen Myeloms.

1. Primärtherapie

1.1 HDT-ASCT bei jüngeren PatientInnen weiterhin Standard

Für jüngere PatientInnen mit Multiplem Myelom stellt die Hochdosis-Chemotherapie mit autologer Blutstammzelltransplantation (HDT-ASCT) bis zu einem Alter von 65–70 Jahren weiterhin die Standardtherapie dar. Die HDT-ASCT wird nach 3–6 Zyklen einer Induktionstherapie mit neuen Substanzen und Dexamethason durchgeführt. Die effektivste Möglichkeit für die Induktionstherapie liegt derzeit in der Gabe von 4 Zyklen Dara-VTd [13]. Dies ist die einzige derzeit zugelassene Induktionstherapie, die einen Anti-CD38-Antikörper einschließt. Im Anschluss an die HDT-ASCT erfolgen Konsolidierungs- und Erhaltungstherapie.

Der Stellenwert der Konsolidierung bleibt weitgehend unbestimmt und wird vor allem im Rahmen einer spezifischen Zulassung und, falls analog der CASSIOPEIA-Studie [13] behandelt wird, mit 2 Zyklen Dara-VTd durchgeführt. Die Erhaltungstherapie mit Lenalidomid hat überzeugende Langzeitergebnisse für progressionsfreies Überleben (PFS) und Gesamtüberleben (OS) gezeigt. Sie stellt derzeit die einzige zugelassene Erhaltungstherapie dar und wird sehr breit eingesetzt.

In der Studie DETERMINATION wurden PatientInnen mit Multiplem Myelom bis zu einem Alter von 65 Jahren zwischen einer konventionellen Therapie mit Lenalidomid/Bortezomib/Dexamethason (RVD) mit anschließender Lenalidomid-Erhaltungstherapie versus RVD-Induktion, gefolgt von HDT-ASCT, 2 weiteren Zyklen RVD und anschließender Lenalidomid-Erhaltungstherapie randomisiert [17]. Der Transplantationsarm der Studie war der konventionellen Therapie signifikant überlegen und zeigte mit einem medianen PFS von 67,5 Monaten eines der besten Ergebnisse für progressionsfreies Überleben, das jemals für diese Therapieform beim Multiplen Myelom berichtet wurde (Abb. 1).

Aufschlussreich ist der Vergleich mit den Ergebnissen der französischen Zwillingsstudie, der bis auf einen Unterschied in der Dauer der Lenalidomid-Erhaltungstherapie ein identisches Studienprotokoll zugrunde lag [1]. Mit einer auf 1 Jahr beschränkten Erhaltungstherapie mit Lenalidomid betrug das mediane PFS dort 50 Monate. Eine Erhaltungstherapie mit Lenalidomid bis zur Progression oder bis zum Auftreten intolerabler Nebenwirkungen erscheint deshalb als die zu bevorzugende Anwendung. Entsprechend den Ana-

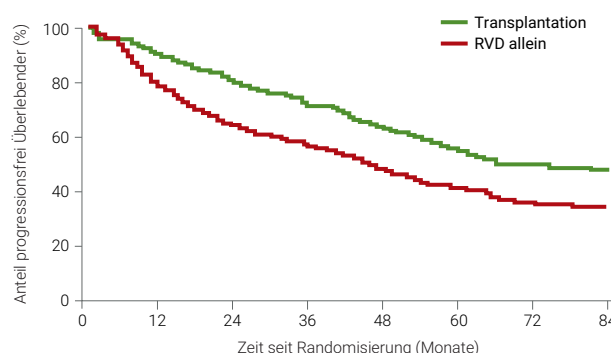


Abbildung 1: Progressionsfreies Überleben in der Studie DETERMINATION. RVD Lenalidomid/Bortezomib/Dexamethason. Adaptiert nach [17].

lysen der UK-Myeloma-Research-Alliance aus den Daten des Myeloma XI-Trials sollte eine Lenalidomid-Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit MRD (minimal residual disease) bis zum Progress erfolgen, bei MRD-negativen PatientInnen mindestens jedoch für 3 Jahre [16].

TJM Essential

Bei fitten PatientInnen bis zu einem Alter von 65 Jahren ist die Myelom-Therapie mit HDT-ASCT plus neue Substanzen in Induktion/Konsolidierung und anschließender Erhaltungstherapie mit Lenalidomid der rein systemischen Therapie signifikant überlegen.

1.2 Dosisreduktion auf MEL140 möglich

Bei PatientInnen, die zwar grundsätzlich für eine HDT-ASCT geeignet sind, die aber für die Standard-Melphalandosis von 200 mg/m² (MEL200) toxizitätsbedingt nicht in Frage kommen, also beispielsweise bei PatientInnen, die älter als 70 Jahre sind oder die eine signifikante Niereninsuffizienz aufweisen, sollte die Dosis auf 140 mg/m² Melphalan (MEL140) reduziert werden.

In der Studie DSMM XIII wurden PatientInnen mit einem neu diagnostizierten Multiplen Myelom im Alter von 60–75 Jahren zwischen einer kontinuierlichen Lenalidomid/Dexamethason-Therapie versus einer Induktion mit Lenalidomid/Dexamethason, gefolgt von HDT-ASCT mit MEL140 und anschließender Lenalidomid-Erhaltungstherapie prospektiv randomisiert. Die Langzeit-Nachbeobachtung ergab

in der Intention-to-treat-Population keinen signifikanten Unterschied, weder im medianen PFS (38 versus 32 Monate) noch im medianen OS (84 versus 94 Monate) [18]. Allerdings erhielten im Transplantationsarm auch nur 66% der PatientInnen tatsächlich eine HDT-ASCT. Bei diesen 115 transplantierten PatientInnen zeigte sich ein medianes PFS von 40 Monaten und ein hervorragendes medianes OS von 9,5 Jahren.

Damit bei älteren PatientInnen eine geplante HDT-ASCT erfolgreich durchgeführt werden kann, sind die richtige PatientInnenselektion und – soweit möglich – eine konsequente Verfolgung des Therapieplans von besonderer Bedeutung. Insgesamt zeigte sich in der Studie DSMM XIII für dieses ältere PatientInnenkollektiv, in dem 75% 65 Jahre oder älter waren, ein hervorragendes Gesamtüberleben mit begrenzter Primärtherapie. Die Möglichkeit, Folgetherapien effektiv zu gestalten, blieb dadurch offensichtlich erhalten. Auch wenn die HDT-ASCT in dieser Studie der konventionellen Therapie, für das Gesamtkollektiv betrachtet, nicht überlegen war, kommt sie dennoch für ältere PatientInnen in gutem Allgemeinzustand und mit Myelom-spezifischen Risikofaktoren in Betracht.

TZM Essential

Von besonderer Bedeutung für den Erfolg einer HDT-ASCT auch bei älteren PatientInnen sind eine sorgfältige Selektion der PatientInnen und – soweit möglich – die konsequente Verfolgung des Therapieplans.

1.3 Alternativen zur HDT-ASCT bei älteren oder komorbiden PatientInnen

Für PatientInnen, die aufgrund von Komorbiditäten, schlechterem Allgemeinzustand oder hohem Alter nicht für eine HDT-ASCT in Frage kommen, sind derzeit vorrangig zwei Therapieregime im Einsatz. Zum einen die Kombination aus Bortezomib, Lenalidomid und Dexamethason (VRd) mit Beendigung der Gabe von Bortezomib nach 8 Zyklen und der Fortsetzung mit Lenalidomid und Dexamethason allein [4], zum anderen die Kombination aus Daratumumab, Lenalidomid und Dexamethason (Dara-Rd) [6]. Zu beiden Therapien liegen mittlerweile Studien-Updates mit längerer Nachbeobachtungszeit vor.

Mit VRd betrug das mediane PFS 41 Monate. Vorsicht ist bei diesem Regime wegen des möglichen Auftretens einer Polyneuropathie geboten, sodass mit entsprechenden Anpassungen der Bortezomib-Gabe reagiert werden muss [5]. Dara-Rd zeigte die bislang besten Ergebnisse für Nichttransplantations-PatientInnen mit einem medianen PFS von 62 Monaten (Abb. 2) [7, 8]. Bei beiden Therapie-regimen erscheint auch das Gesamtüberleben gegenüber einem Rd-Kontrollarm als verbessert (Abb. 2).

Alternativ zu den beiden genannten Regimen, besitzt auch die Kombination aus Daratumumab, Bortezomib, Melphalan und Prednison (Dara-VMP) [10] eine Zulassung in der Primärtherapie bei PatientInnen, die für eine HDT-ASCT nicht in Frage kommen. Ein Studien-Update mit längerer Nachbeobachtung zeigte ein medianes PFS von 36 Monaten für Dara-VMP gegenüber 19 Monaten im Kontrollarm mit VMP [11]. In einem weiteren Update zum Gesamtüberleben lag dieses für Dara-VMP im Median bei 83 Monaten im Vergleich zu 54 Monaten für VMP [12].

Für alte PatientInnen mit stärkerer Einschränkung des Allgemeinzustands kommt auch die alleinige Gabe von Lenalidomid mit Dexamethason in Betracht. Hier sind je nach Verträglichkeit Dosisreduktionen insbesondere beim Dexamethason angezeigt.

TZM Essential

Alternativen für PatientInnen, bei denen eine HDT-ASCT nicht infrage kommt: Dara-Rd und VRd werden am häufigsten eingesetzt. Zugelassen ist zudem Dara-VMP, und auch Rd allein ist vor allem für alte PatientInnen mit schlechtem Allgemeinzustand eine Option.

2. Rezidivtherapie

Für die Rezidivtherapie ist mittlerweile eine Vielzahl von neuen Regimen zugelassen. Hier die richtige Auswahl zu treffen, stellt eine klinische Herausforderung dar. Berücksichtigt werden müssen die Vortherapie, der klinische Zustand des oder der PatientIn sowie die anzunehmende Durchführbarkeit der konkreten Therapie. Meist

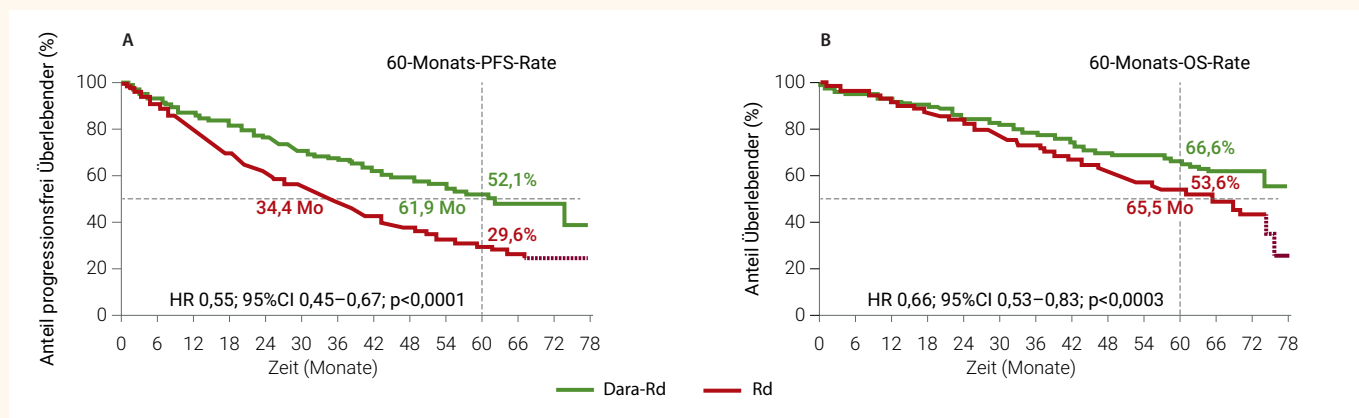


Abbildung 2: Progressionsfreies Überleben (A) und Gesamtüberleben (B) in der Intention-to-treat-Population in der MAIA-Studie. Dara-Rd Daratumumab/Lenalidomid/Dexamethason, Rd Lenalidomid/Dexamethason. Adaptiert nach [8].

handelt es sich um Triplett-Therapien, bestehend aus 2 neuen Substanzen plus Dexamethason.

Substanzen, die in der Primärtherapie noch nicht zum Einsatz gekommen sind, spielen für die Rezidivtherapie eine besonders wichtige Rolle. Dies sind heutzutage häufig Carfilzomib, Pomalidomid und Isatuximab sowie teilweise auch noch Daratumumab. Gerade in der Sekundärtherapie muss überlegt werden, diese Substanzen zum Einsatz zu bringen.

2.1 Triplett-Therapien

Die Kombination aus Isatuximab, Carfilzomib und Dexamethason (Isa-Kd) zeigte in der IKEMA-Studie bei PatientInnen mit 1–3 Vortherapien eine Überlegenheit gegenüber der Zweierkombination Carfilzomib/Dexamethason (Kd) [14]. In einem Update der Studienergebnisse mit längerer Nachbeobachtungszeit aus dem Jahr 2022 ergab sich ein herausragendes medianes PFS von 36 Monaten versus 19 Monaten. Die hauptsächlichen höhergradigen Nebenwirkungen von Isa-Kd bestanden in hämatologischer Toxizität, Infektionen des Respirationstrakts sowie Bluthochdruck, jedoch in einem akzeptablen Rahmen. Insgesamt handelt es sich um eine gut verträgliche Therapie.

Eine offene Frage ist, inwieweit eine vorangegangene Therapie mit dem Anti-CD38-Antikörper Daratumumab in der Primärtherapie die Wirksamkeit des ebenfalls gegen CD38 gerichteten Antikörpers Isatuximab in der Rezidivtherapie beeinflussen kann.

Ein Pendant zu Isa-Kd in der Rezidivtherapie stellt die Kombination Daratumumab, Carfilzomib und Dexamethason (Dara-Kd) dar, die schon etwas länger eine Zulassung bei PatientInnen ab der Zweitlinientherapie besitzt [3]. Nebenwirkungen, die zu einem Therapieabbruch führten, waren in der Studie für Dara-Kd etwas häufiger als in der Studie für Isa-Kd (28% versus 12%). Die Hazard Ratios zeigten die Überlegenheit von Dara-Kd beziehungsweise Isa-Kd gegenüber dem jeweiligen Kontrollarm Kd (0,59 versus 0,58) jeweils in gleicher Stärke. Auch die Regime Daratumumab, Pomalidomid, Dexamethason (Dara-Pd) und Isatuximab, Pomalidomid, Dexamethason (Isa-Pd) besitzen eine Zulassung nach 1 beziehungsweise 2 Vortherapien.

TZM Essential

In der Behandlung von PatientInnen mit rezidiertem Multiplen Myelom kommen meist Triplett-Therapien, bestehend aus 2 neuen Substanzen plus Dexamethason zum Einsatz. Die individuelle angepasste Auswahl zu treffen, stellt eine klinische Herausforderung dar.

2.2 Bispezifische Antikörper und CAR-T-Zellen

Im Fokus stehen derzeit neuartige immunologische Therapien zur „T-cell redirection“. Gemeint sind damit Strategien, die zytotoxische T-Zellen gezielt an die Tumorzellen heranführen, um diese zu zerstören. Grundsätzlich existieren hierzu zwei unterschiedliche Ansätze: Zum einen bispezifische Antikörper und zum anderen CAR-T-Zellen.

2.2.1 Bispezifische Antikörper

Bispezifische Antikörper weisen eine Bindungsstelle für das T-Zellantigen CD3 und eine weitere Bindungsstelle für ein Tumorantigen auf. Wie ein Adapter bringen sie also T-Zellen und Tumorzellen zusammen. Im Falle des Multiplen Myeloms wird als Tumorantigen häufig das auf Myelomzellen hochexprimierte B-Zell-Reifungsantigen (B Cell Maturation Antigen, BCMA) verwendet. Aktuelle Daten zu den bispezifischen Antikörpern belegen eine hohe Wirksamkeit in fortgeschrittenen Stadien des Multiplen Myeloms.

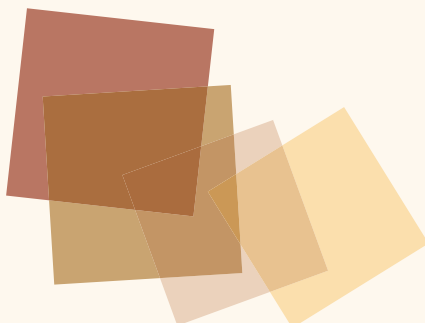
Der bispezifische Antikörper Teclistamab (BCMA x CD3) erhielt bei noch begrenzter Studienlage eine bedingte Zulassung als Monotherapie durch die EMA. Teclistamab wird meist gut toleriert, ein Cytokine Release Syndrome (CRS) tritt bei der Mehrzahl der PatientInnen auf, ist aber in der Regel nur gering ausgeprägt. Deutlich seltener und in der Regel wenig ausgeprägt ist das Auftreten von Neurotoxizität. In der zugrunde liegenden zulassungsrelevanten Phase-I/II-Studie zeigte sich eine Ansprechrate von 63%; die mediane Dauer des Ansprechens lag bei 18,4 Monaten. Neutropenie und Infektionen traten allerdings häufig auf [15].

Ein weiterer bispezifischer Antikörper, Talquetamab, richtet sich gegen ein neues Target, das auf Myelomzellen hochexprimierte G-Protein-Coupled Receptor-Family-C-Group-5-Member-D-Antigen (GPCR5D x CD3). In der Phase-I/II-Studie MonumentAL-1 mit stark vorbehandelten PatientInnen zeigten sich in zwei Kohorten mit unterschiedlicher Talquetamab-Dosierung eine Ansprechrate von 70% beziehungsweise 64% und eine mediane Dauer des Ansprechens von 10,2 beziehungsweise 7,8 Monaten [2]. In dieser Studie traten das CRS und Hautreaktionen zwar häufig, in der Regel aber mit niedrigem Toxizitätsgrad auf.

Diese bispezifischen Antikörper werden derzeit in Studien auch in Kombination mit Daratumumab oder Daratumumab/Lenalidomid oder Daratumumab/Pomalidomid oder als Erhaltungstherapie nach autologer Transplantation geprüft.

TZM Essential

Bispezifische Antikörper besitzen je eine Bindestelle für ein T-Zellantigen (CD3) und für ein Tumorantigen – beim Multiplen Myelom häufig BCMA oder GPCR5D. Wie ein Adapter bringen sie T-Zellen und Tumorzellen in enge Nachbarschaft, sodass eine Bekämpfung möglich wird. Zugelassen ist derzeit Teclistamab, Talquetamab wird aller Voraussicht nach bald folgen.



2.2.2 CAR-T-Zell-Therapie

Die CAR-T-Zell-Therapie stellt eine sehr wichtige neue Entwicklung in der Zelltherapie dar, ist aber auch sehr aufwendig und damit kostspielig. Die Technik umfasst die Gewinnung einer großen Menge von T-Zellen aus dem peripheren Blut des oder der PatientIn mittels Leukapherese und einen Gentransfer der T-Zellen ex vivo mit viralen Vektoren mit der Folge einer Expression von chimären Antigenrezeptoren auf der Zelloberfläche.

Anschließend erfolgt eine Expansion dieser Zellpopulation und schließlich die Rückgabe in die PatientInnen-Blutbahn. Die chimären Antigenrezeptoren binden an Antigene auf den Myelomzellen, die dort möglichst stark und selektiv exprimiert sein sollen (etwa BCMA). Die Toxizität dieser Therapie ist hoch und führt insbesondere zu einem CRS und wirkt auch neurotoxisch. Die derzeitige Datenlage zeigt sehr hohe Ansprechraten von bis zu 100% (komplette Remissionen häufig >50%), und das auch bei weit fortgeschrittenen Myelomen.

Mittlerweile existiert eine Zulassung für die CAR-T-Zell-Produkte Idecabtagen vicleucel (Abecma) und Ciltacabtagen autoleucel (Carvykti) bei stark vorbehandelten PatientInnen. Neben der Verwendung von BCMA als Tumorantigen scheint für die CAR-T-Zell-Therapie analog zu den bispezifischen Antikörpern auch das Tumorantigen GPRC5D geeignet zu sein [9].

TZM Essential

Für stark vorbehandelte PatientInnen besteht eine Zulassung der CAR-T-Zell-Produkte Abecma und Carvykti.

3. Zusammenfassung und Ausblick

In der Primärtherapie werden nach den Erfolgen mit Triplett-Therapien vermehrt Quadruplet-Therapien geprüft, die in der Regel einen Anti-CD38-Antikörper, einen Proteasomen-Inhibitor, einen Immunmodulator und Dexamethason umfassen. Ob sich vor diesem Hintergrund noch ein zusätzlicher Effekt für eine HDT-ASCT im progressionsfreien Überleben nach der Primärtherapie erreichen lassen wird, so wie noch in kürzlich abgeschlossenen Studien, wird sich zeigen. Da eine HDT-ASCT jedoch weiterhin eine sehr effektive, unabhängige und zusätzliche Therapieform darstellt, kann sie vielfältig eingesetzt werden. Auch der Effekt auf das Gesamtüberleben der PatientInnen wird betrachtet.

Die bispezifischen Antikörper werden derzeit breit in unterschiedlichen Therapie-Settings geprüft. Für die CAR-T-Zell-Therapie wird zu klären sein, ob diese im Vergleich mit der autologen Blutstammzelltransplantation ein konkurrierendes, ein alternatives oder sogar ein ergänzendes Verfahren darstellt. Inwieweit das Erreichen von MRD-Negativität als Signal für die Beendigung einer Therapie gedeutet werden kann, wird wahrscheinlich auch von Art und Umfang der durchgeführten Therapie und von zytogenetischen Risikofaktoren abhängen. Diese Fragestellung wird weiter in vielen Studien untersucht. Ab der dritten Therapielinie bleiben die Therapieergebnisse insgesamt unbefriedigend, sodass hier Raum für innovative Protokolle gegeben ist.

Literatur

1. Attal M, Lauwers-Cances V, Hulin C, et al. (2017) Lenalidomide, bortezomib, and dexamethasone with transplantation for myeloma. *N Engl J Med* 376: 1311-20
2. Chari A, Minnema MC, Berdeja JG, et al. (2022) Talquetamab, a T-cell-re-directing GPRC5D bispecific antibody for multiple myeloma. *N Engl J Med* 387: 2232-44
3. Dimopoulos M, Quach H, Mateos MV, et al. (2020) Carfilzomib, dexamethasone, and daratumumab versus carfilzomib and dexamethasone for patients with relapsed or refractory multiple myeloma (CANDOR): results from a randomized, multicentre, open-label, phase 3 study. *Lancet* 396: 186-97
4. Durie BGM, Hoering A, Abidi MH, et al. (2017) Bortezomib with lenalidomide and dexamethasone versus lenalidomide and dexamethasone alone in patients with newly diagnosed myeloma without intent for immediate autologous stem-cell transplant (SWOG S0777): a randomized, open-label, phase 3 trial. *Lancet* 389: 519-527
5. Durie BGM, Hoering A, Sexton R, et al. (2020) Longer term follow-up of the randomized phase III trial SWOG S0777: bortezomib, lenalidomide and dexamethasone in patients (Pts) with previously untreated multiple myeloma without an intent for immediate autologous stem cell transplant (ASCT). *Blood Cancer Journal* 10:53
6. Facon T, Kumar S, Plesner T, et al. (2019) Daratumumab plus lenalidomide and dexamethasone for untreated myeloma. *N Engl J Med* 380: 2104-15
7. Facon T, Kumar S, Plesner T, et al. (2021) Daratumumab, lenalidomide, dexamethasone versus lenalidomide and dexamethasone alone in newly diagnosed multiple myeloma (MAIA): overall survival results from a randomized, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncology* 22: 1582-96
8. Kumar SK, Moreau P, Bahlis NJ, et al. (2022) Daratumumab plus lenalidomide and dexamethasone (D-Rd) versus lenalidomide and dexamethasone (Rd) alone in transplant-ineligible patients with newly diagnosed multiple myeloma (NDMM): Updated analysis of the phase 3 Maia study. *Blood-Supplement, ASH Meeting, Abstract 4559*
9. Mailankody S, Devlin SM, Landa J, et al. (2022) GPRC5D-targeted CAR T cells for myeloma. *N Engl J Med* 387: 1196-206
10. Mateos MV, Dimopoulos MA, Cavo M, et al. (2018) Daratumumab plus bortezomib, melphalan, and prednisone for untreated myeloma. *N Engl J Med* 378: 518-28
11. Mateos MV, Cavo M, Blade J, et al. (2020) Overall survival with daratumumab, bortezomib, melphalan, and prednisone in newly diagnosed multiple myeloma (ALCYONE): a randomized, open-label, phase 3 trial. *Lancet* 395: 132-41
12. Mateos MV, San-Miguel J, Cavo M, et al. (2022) Daratumumab plus bortezomib, melphalan, and prednisone (D-VMP) versus bortezomib, melphalan, and prednisone (VMP) alone in transplant-ineligible patients with newly diagnosed multiple myeloma (NDMM): Updated analysis of the phase 3 Alcyone study. *Blood-Supplement, ASH Meeting, Abstract 4561*
13. Moreau P, Attal M, Hulin C, et al. (2019) Bortezomib, thalidomide, and dexamethasone with or without daratumumab before and after autologous stem-cell transplantation for newly diagnosed multiple myeloma (CAS-SIOPEIA): a randomized, open-label, phase 3 study. *Lancet* 394: 29-38
14. Moreau P, Dimopoulos MA, Mikhael J, et al. (2021) Isatuximab, carfilzomib, and dexamethasone in relapsed multiple myeloma (IKEMA): a multicentre, open-label, randomized phase 3 trial. *Lancet* 397:2361-71
15. Moreau P, Garfall AL, van de Donk NWCJ, et al. (2022) Teclistamab in relapsed or refractory multiple myeloma. *N Engl J Med* 387: 495-505
16. Pawlyn C, Menzies T, Davies FE, et al. (2022) Defining the optimal duration of lenalidomide maintenance after autologous stem cell transplant – data from the Myeloma XI trial. *Blood-Supplement, ASH Meeting, Abstract 570*
17. Richardson PG, Jacobus SJ, Weller EA, et al. (2022) Triplet therapy, transplantation, and maintenance until progression in myeloma. *N Engl J Med* 387: 132-47
18. Straka C, Schaefer-Eckart K, Hertenstein B, et al. (2022) Long-term outcome of a prospective randomized trial comparing continuous lenalidomide/dexamethasone with lenalidomide/dexamethasone induction, MEL140 with autologous blood stem cell transplantation and single agent lenalidomide maintenance in patients of age 60-75 years with newly diagnosed multiple myeloma. *Blood-Supplement, ASH Meeting, Abstract 116*

Dieser Beitrag ist Teil des Jahrbuchs 2023 von Tumorzentrum und Comprehensive Cancer Center München. Das Buch ist im Fachbuchhandel und direkt im Verlag (<https://lukon.de/shop>) erhältlich; Sonderkonditionen für TZM-Angehörige.



Das Patientenhaus des CCC München



Von Ernährungsberatung über komplementärmedizinische Begleitung bis hin zu psychosozialer Unterstützung – seit rund zehn Monaten finden KrebspatientInnen im Patientenhaus des Comprehensive Cancer Centers München (CCCM) vielfältige Angebote unter einem Dach. Das onkologische Spitzenzentrum des LMU Klinikums München und des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) hat das Projekt gemeinsam mit dem Tumorzentrum TZM, dem Verein lebensmut e.V., der Bayerischen Krebsgesellschaft e.V. und dem Patientenbeirat des CCC München ins Leben gerufen. Das Patientenhaus in der Pettenkofferstraße 8 a am Sendlinger Tor bietet nicht nur KrebspatientInnen, sondern auch Familienangehörigen und FreundInnen ein umfangreiches, bedarfsgerechtes und vor allem kostenfreies Beratungsangebot sowie therapiebegleitende und unterstützende Maßnahmen an. Auf einer Pressekonferenz anlässlich des Weltkrebstages am 4. Februar haben Patient:innen und Expert:innen des CCC München ein erstes Resümee gezogen und zu den Angeboten informiert.

Schnelle und unkomplizierte Hilfe unter einem Dach

Kurze Wege, eine gute Vernetzung und nur ein Anlaufpunkt für alle Anfragen: so beschreibt Julia Demmelhuber, Koordinatorin des Patientenhauses, die Vorteile des neuen Projekts. Betroffene finden hier „alles unter einem Dach“ und bekommen bereits beim ersten Kontakt per Telefon (089/4400-57431) oder per E-Mail (ccc-muenchen@med.uni-muenchen.de) kompetente AnsprechpartnerInnen vermittelt.

Beratung und Unterstützung für Betroffene

„Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Patientenhaus können wir KrebspatientInnen schnell weitervermitteln, was diesen wiederum eine aufwändige und zeitintensive Suche nach den richtigen AnsprechpartnerInnen erspart“, so Demmelhuber.

Regelmäßige Treffen der Mitarbeitenden des Patientenhauses ermöglichen einen breitgefächerten Austausch. Die enge Zusammenarbeit mit ExpertInnen der jeweiligen Krebszentren an den beiden Universitätsklinika ermöglicht es zudem, Fragen schnell zu klären. Zusätzlich zu den Beratungs- und Unterstützungsangeboten organisiert das Patientenhaus des CCC München Veranstaltungen, bei denen KrebspatientInnen und Angehörige die Möglichkeit haben, sich inhaltliche Informationen einzuholen oder ihre Fragen in einem direkten Austausch mit den ExpertInnen zu stellen. Ergänzt wird das Programm künftig durch Angebote von Selbsthilfegruppen. Noch im März wird die YOKO Selbsthilfe Hautkrebs München unter dem Dach des Patientenhauses starten.

Folgende Angebote bietet das Patientenhaus des CCC München

- Psycho-soziale Krebsberatung
- Familiensprechstunde (mit dem Projekt FreiRAUM),
- KIA – Krebs im Alter,
- Gruppenangebote wie Draußen-Aktiv, Kreativ-, Entspannungsangebote beziehungsweise Achtsamkeitstraining,
- Beratungsstelle Ernährung und Krebs,
- Beratungsstelle Komplementärmedizin und Naturheilkunde,
- Spezialsprechstunde Hirntumor und -metastasen,
- Informationen zum Thema Krebs,
- Vermittlung kompetenter Ansprechpersonen des CCC München für medizinische Fragen, aber auch für Zweitmeinungen,
- Informationsveranstaltungen für KrebspatientInnen, ihre Angehörigen und Interessierte,
- Kooperation mit Selbsthilfegruppen, Räumlichkeiten für Gruppentreffen.



Kontakt Patientenhaus
Comprehensive Cancer Center München
Patientenhaus am CCC München
Julia Demmelhuber
Koordinationsstelle des Patientenhauses
Pettenkofferstraße 8a, 80336 München
Tel.: +49 (0) 89 / 4400-57431
E-Mail: ccc-muenchen@med.uni-muenchen.de
www.ccc-muenchen.de

TJM Essentials 2023

ein ganzes Jahr an einem Tag



15. Jahreskongress von CCC und Tumorzentrum München

Rund 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen am zweiten Februarwochenende in den Hörsaal A des Klinikums rechts der Isar, um sich mitnehmen zu lassen auf eine Tour d'Horizon zu den Fortschritten in der Behandlung von Menschen mit hämatologischen oder onkologischen Erkrankungen. Eröffnet wurde die Veranstaltung mit zwei Sitzungen zu interdisziplinären Themen, konkret: Schädelbasistumoren sowie Nebenwirkungsmanagement und COVID-19-Erkrankungen. Im Anschluss daran ging es um praxisrelevante Entwicklungen in Diagnostik und Therapie von Mammakarzinomen, gynäko-onkologischen Erkrankungen, malignen Hauttumoren, endokrinen Tumoren, malignen Lymphomen und urogenitalen Tumoren. Die letzten beiden Sitzungen waren den Themen thorakale Onko-

logie und gastrointestinale Tumoren gewidmet.

Wie in jedem Jahr haben die Referierenden ihre Ausführungen im zeitgleich erschienenen Jahrbuch 2023 von Tumorzentrum und CCC München vertiefend dokumentiert. Damit sind alle Inhalte auch für Ärztinnen und Ärzte zugänglich, die den Jahreskongress 2023 nicht besuchen konnten. Für Mitglieder der Projekt- und Arbeitsgruppen des Tumorzentrums München ist die elektronische Variante des Buches über die Geschäftsstelle des Tumorzentrums kostenfrei verfügbar. Sie erhalten dort auf Anfrage einen Downloadcode zur Nutzung des Werkes auf bis zu drei Endgeräten.



Weitere Informationen zum Buch erhalten Sie unter www.tumorzentrum-muenchen.de/aerzte/fortbildung/jahrbuch-2023.html





Die Vorsitzende des TQM-Vorstands Stephanie E. Combs eröffnet den Kongress (1). In der von Barbara Woltenberg und Jörg-Christian Thonn (2) geleiteten Sitzung zu Schädelbasistumoren erläutert Bernhard Meyer (3) die „maximal safe resection“ bei Schädelbasistumoren.

Frank Haubner (4) diskutiert HNO-Tumoren mit Infiltration der Schädelbasis und Jan Peeken (5) beschreibt die klinische Wertigkeit der medizinischen Bildgebung. Stephanie E. Combs (1) zeigt die strahlentherapeutischen Optionen auf.

Die Sitzung Nebenwirkungsmanagement und COVID-19-Erkrankung bei Krebspatienten leiten Marcus Henrich und Michael Sandherr (6). Christina Rieger (7) betont den Stellenwert der Supportivmedizin und Clemens Wendtner (8) gibt ein Update zur Corona-Pandemie.

Rachel Würstlein und Johannes Ettl (9) – also die Doppelspitze der Projektgruppe Mammakarzinom – moderierten die Vorträge zum frühen und zum fortgeschrittenen Brustkrebs von Michael Braun (10) und Valeria Milani (11).

Aktuelle Daten zur Therapie der Uterustumoren und des Ovarialkarzinoms sind das Thema der von Marion Kiechle und Sven Mahner (12) geleiteten Sitzung mit Donata-Maximiliane Burgmann (13) und Alexander Burges (14).

Wilhelm Stolz (15) diskutiert mit Oana-Diana Persa (16) über Fortschritte in der Therapie von malignen Hauttumoren.

Heinrich Fürst und Arnold Trupka (17) moderieren in der Sitzung Endokrine Tumoren die Vorträge von Christine Spitzweg (18) und Alexander von Werder (19).



Um maligne Lymphome geht es in der von Florian Bassermann und Marcus Hentrich (20) geleiteten Sitzung, in der Martin Dreyling (21) und Christian Straka (22) referieren. Robert Tauber (23) und Jozefina Casuscelli (24) stellen die aktuellen Entwicklungen in der Therapie von Prostatakarzinom und Urothelkarzinom vor.



Die Sitzung zur thorakalen Onkologie leiten Hans Hoffmann und Amanda Tufman (25). Die Vorträge zur Immunonkologie und zur zielgerichteten Therapie halten Folker Schneller (26) und Thomas Duell (27), Rainer Maria Huber (28) beschäftigt sich mit der multimodalen Therapie thorakaler Tumoren.



Die Highlights zur Therapie gastro-intestinaler Tumoren moderieren Jens Werner und Hana Algül (29). Über das Ösophagus- und das Magenkarzinom berichtet Sylvie Lorenzen (30); die Neuigkeiten zum kolorektalen Karzinom präsentiert Volker Heinemann (31). Als Direktor des CCC München dankt Volker Heinemann am Ende der Tagung Volkmars Nüssler, dem mittlerweile im Ruhestand lebenden ehemaligen geschäftsführenden Koordinator des Tumorzentrums München, auf dessen Initiative die TJM Essentials 2009 erstmals durchgeführt wurden.



Ausgewählte Veranstaltungen

im ersten Halbjahr 2023

Save
the date

Tumorzentrum und Comprehensive Cancer Center München sind regelmäßig Initiatoren wichtiger Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte, weiteres medizinisches Fachpersonal und auch für Patientinnen und Patienten. An dieser Stelle veröffentlichen wir ausgewählte Veranstaltungen des ersten Halbjahres 2023. Ständig aktualisierte Angaben für alle Zielgruppen finden Sie unter www.ccc-muenchen.de, dort unter Aktuelles/Veranstaltungen – Veranstaltungskalender.

22. März 2023

TOM: State of the Art 2023 – Lungentumorzentrum München an der LMU
www.thoracic-oncology.de

25. März 2023

Herrschinger Hämato-Onkologie-Symposium in Herrsching am Ammersee, siehe Hauptprogramm in dieser Ausgabe
www.herrschinger-symposium.de

29. März 2023

Highlights von der Jahrestagung der Society of Gynecological Oncology (SGO)
www.sgo-highlights.de

26. April 2023

Symposium der TZM-Projektgruppe Maligne Lymphome (Prof. M. Dreyling)

29. April 2023

11. Patiententag „Wissen gegen Krebs“ – eine Veranstaltung von Tumorzentrum München und Patientenhaus des CCC München
Anmeldung: 089-44005-2238
TZMuenchen@med.uni-muenchen.de

10. Mai 2023

Symposium der TZM-Projektgruppe Tumoren der Lunge und des Mediastinums (Prof. R.M. Huber)

24. Mai 2023

Symposium der TZM-Projektgruppe Multiples Myelom (Prof. C. Straka)

17. Juni 2023

Highlights vom amerikanischen Krebskongress – Nachlese zur ASCO-Jahrestagung 2023
www.onko-highlights.de

28. Juni 2023

Update Hämatologie – Berichte von der Jahrestagung der European Hematology Association (EHA) und der International Conference on Malignant Lymphoma (ICML)
www.update-haematologie.de

25

Die Projekt- und Arbeitsgruppen des Tumorzentrums München

Endokrine Tumoren

Herr Prof. Dr. H. Fürst
heinrich.fuerst@martha-maria.de

Ernährung und Krebs

Herr Prof. Dr. M. Martignoni
marc.martignoni@tum.de

Gastrointestinale Tumoren

Herr Prof. Dr. J. Werner
jens.werner@med.uni-muenchen.de

Hirntumoren

Herr Prof. Dr. J.-C. Tonn
joerg.christian.tonn@med.uni-muenchen.de

Knochentumoren/Weichteilsarkome

Herr Prof. Dr. L. Lindner
lars.lindner@med.uni-muenchen.de

Kopf-Hals-Malignome

Herr Prof. Dr. C. Reichel
christoph.reichel@med.uni-muenchen.de

Leukämien und MDS

Herr Prof. Dr. K. Spiekermann
karsten.spiekermann@med.uni-muenchen.de

Maligne Lymphome

Herr Prof. Dr. M. Dreyling
martin.dreyling@med.uni-muenchen.de

Maligne Melanome

Frau Prof. Dr. L. Heinzerling, MPH
lucie.heinzerling@med.uni-muenchen.de

Maligne Ovarialtumoren

Herr PD Dr. A. Burges
alexander.burges@med.uni-muenchen.de

Malignome des Corpus uteri

Frau Prof. Dr. D. Mayr
doris.mayr@med.uni-muenchen.de

Mammakarzinome

Frau PD Dr. med. Rachel Würstlein
rachel.wuerstlein@med.uni-muenchen.de
Herr PD Dr. med. Johannes Ettl
johannes.ettl@tum.de

Multiples Myelom

Herr Prof. Dr. Ch. Straka
christian.straka@muenchen-klinik.de

Psycho-Onkologie

Frau Dr. F. Mumm
friederike.mumm@med.uni-muenchen.de

Supportive Maßnahmen in der Hämatologie und Onkologie

Frau Prof. Dr. C. Rieger
christina.rieger@med.uni-muenchen.de

Tumoren der Lunge und des Mediastinums

Herr Prof. Dr. R. M. Huber
pneumologie@med.uni-muenchen.de

Urogenitale Tumoren

Herr Dr. med. R. Tauber
robert.tauber@tum.de

AG Komplementärmedizin

Frau Prof. Dr. S. Combs
stephanie.combs@mri.tum.de

AG Körperliche Aktivität in der Onkologie

Herr Prof. Dr. S. Theurich
sebastian.theurich@med.uni-muenchen.de

2023 Highlights in der Hämatologie

mit
Besucherrekord

Nachlese zur ASH-Jahrestagung 2022

Die beiden Medizinischen Kliniken III am LMU Klinikum und am Klinikum rechts der Isar veranstalten im Januar jeden Jahres traditionellerweise eine Nachlese zur Jahrestagung der American Society of Hematology (ASH). Mitte Januar 2023 trafen sich rund 170 interessierte Ärztinnen und Ärzte, um sich über die Highlights in der Hämatologie auszutauschen. Die reine Präsenzveranstaltung war damit „besser besucht als die Veranstaltungen der Vor-Corona-Jahre“ wie Professor Michael von Bergwelt, Direktor der gastgebenden Medizinischen Klinik III am LMU Klinikum erleichtert feststellte. Ganz offensichtlich ist die Rückkehr von den – ebenfalls durchaus erfolgreichen – rein virtuellen Veranstaltungen hin zum Präsenzformat mit ausgiebiger Gelegenheit zur persönlichen Begegnung gut gelungen.

11. Patiententag „Wissen gegen Krebs“ Samstag, 29. April 2023

Gemeinsam mit dem Patientenhaus des Comprehensive Cancer Center München lädt das Tumorzentrum auch in diesem Jahr wieder zum Patiententag ein. ExpertInnen aus den Bereichen Ernährung, Komplementärmedizin, Psychoonkologie/ Seelsorge und

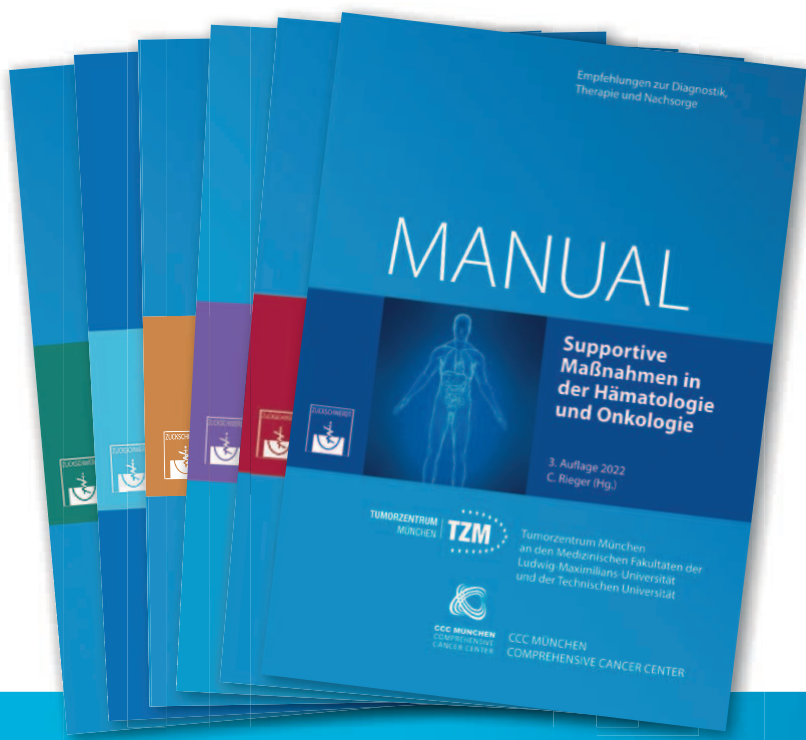


Bewegung werden theoretisches Wissen und Tipps zur praktischen Anwendung vermitteln.

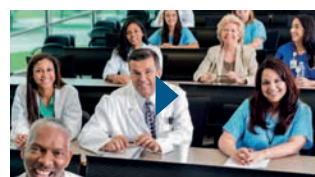
Im Rahmen der in diesem Jahr erstmals angebotenen Nachmittags-Workshops haben alle Teilnehmenden die Gelegenheit, die neu gewonnenen Erkenntnisse auch praktisch umzusetzen. Außerdem bietet das neu gegründete Patientenhaus des CCC München einen „Tag der offenen Tür“ an.

TZM MANUALE

AUS DEN PROJEKTGRUPPEN



Als Video-Aufzeichnung online unter
www.blaue-manuale.de > „Symposien“



Die nächsten Symposien

Maligne Lymphome (M. Dreyling)	26. April 2023
Tumoren der Lunge und des Mediastinums (R. M. Huber)	10. Mai 2023
Multiples Myelom (C. Straka)	24. Mai 2023

Alle Symposien sind als Präsenzveranstaltungen geplant. CME-Punkte werden beantragt. Weitere Informationen unter www.blaue-manuale.de oder unter post@zuckschwerdtverlag.de



Online
www.blaue-manuale.de
www.tumorzentrum-muenchen.de/aerzte/manuale



Print
www.zuckschwerdtverlag.de



Ausgezeichnet!

Bayerischer Verdienstorden

für Professor Clemens Wendtner



Professor Clemens Wendtner erhält von Bayerns Ministerpräsident Markus Söder den Bayerischen Verdienstorden im Antiquarium der Münchner Residenz. Foto: Bayerische Staatskanzlei

Professor Clemens Wendtner ist Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Immunologie und Infektiologie in der München Klinik Schwabing und er ist der Arzt, der den ersten Corona-Patienten in Deutschland behandelte. Im Januar 2020 betrat ein Mitarbeiter des Autozulieferers Webasto die Klinik über einen Nebeneingang, und seither hat sich für Clemens Wendtner eine Menge verändert. Mit seinem Team hat er mehrere Tausend COVID-19-Patienten behandelt, mehr als 900 auf der Intensivstation. Wendtner selbst war präsent in allen wichtigen Fernsehstationen dieser Republik, in Talkshows, und auch in der New York Times war von ihm zu lesen.

Sein Wissen zu SARS-CoV-2 teilt er auch regelmäßig mit Kolleginnen und Kollegen von Tumorzentrum und CCC München. Seine Update-Beiträge bei vielen hämato-onkologischen Fortbildungen gehören seit fast drei Jahren sozusagen zum Pflichtprogramm – nicht zu vergessen seine

Expertise als Spezialist für die chronische lymphatische Leukämie (CLL). Für seine diesbezüglichen Aktivitäten danken Tumorzentrum und CCC München Clemens Wendtner herzlich.

Für sein nach wie vor ungebrochenes Engagement im Kampf gegen COVID-19 hat er am 13. Oktober 2022 außerdem den Bayerischen Verdienstorden erhalten, also die höchste Auszeichnung des Freistaats, die jedes Jahr an ausgewählte Persönlichkeiten aus den Bereichen Sport, Wissenschaft und Kultur verliehen wird. Herzlichen Glückwunsch!

Übrigens: Professor Wendtner wird am 28. Juni 2023 bei der Nachlese von der EHA-Jahrestagung und der International Conference on Malignant Lymphoma (ICML) als CLL-Experte dabei sein (www.update-haematologie.de).

Impressum

TJM/CCCM-News

ISSN: 1437-8019, © 2023 by Tumorzentrum München und LUKON Verlagsgesellschaft mbH, München

Redaktion

Ludger Wahlers (verantwortlich),
Günter Löffelmann, Tina Schreck (CvD),
Anschrift wie Verlag

Anzeigen

Lisa Westermann (Fon: 089-820737-20;
Lisa.WW@Lukon.de), Anschrift wie Verlag

Herausgeber

Geschäftsführender Vorstand des Tumorzentrums München, c/o Geschäftsstelle des Tumorzentrums München, Pettenkoferstraße 8 a, 80336 München,
Fon: 089-44005-2238, Fax: 089-44005-4787;
tzmuennen@med.uni-muenchen.de
www.tumorzentrum-muenchen.de

Vorsitzende

Prof. Dr. med. S. E. Combs, Direktorin der Radioonkologie und Strahlentherapie am Klinikum rechts der Isar der TU München

1. stellvertretender Vorsitzender

Prof. Dr. med. V. Heinemann,
Direktor Krebszentrum CCC^{LMU}, LMU Klinikum

2. stellvertretender Vorsitzender

Prof. em. Dr. med. T. Kirchner, ehem. Direktor des Pathologischen Instituts der LMU

Schatzmeister

Prof. Dr. med. F. Bassermann,
Direktor der III. Med. Klinik und Poliklinik,
Klinikum rechts der Isar der TU München

Berater des Schatzmeisters

Ernst G. Wittmann, Leiter der
Stiftungsverwaltung an der LMU

Direktor CCCTM und CCC München

Prof. Dr. med. H. Algül, Direktor Krebszentrum CCCTM, Klinikum rechts der Isar der TU München

Leitung TRM

Prof. Dr. med. J. Engel, Tumorregister München,
Klinikum der Universität München, Großhadern

Verlag

LUKON Verlagsgesellschaft mbH,
Landsberger Straße 480 a, 81241 München,
Fon: 089-820 737-0, Fax: 089-820 737-17
E-Mail: TJM-News@Lukon.de, www.lukon-verlag.de

Layout, Grafik und Illustration

Charlotta Schmitz, 42781 Haan

Bildnachweis

Titelseite, Seite 22, 23, 24: Jan Felix Frömel, München
Seite 26: pxhere, Seite 27: Bayerische Staatskanzlei

Abonnement

Die TJM-News erscheint viermal jährlich zum Einzelpreis von 4,00 €. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 15,00 €. Die genannten Preise verstehen sich zuzüglich Versandkosten: Inland 3,00 €; Ausland: 12,00 €. Die Bezugsdauer beträgt ein Jahr. Der Bezug verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn das Abonnement nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird. Für Mitglieder des Tumorzentrums München ist der Bezug der TJM-News kostenfrei.

Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge beziehungsweise Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.

Druck

Flyeralarm, 97080 Würzburg; Printed in Germany

Auflage 2.500 Exemplare

Längeres progressionsfreies Überleben mit **VenO** in der 1st-line –
bei fitten und unfitten CLL-Patienten vs. CIT^{#1,2}

POWERED BY **V**
REMISSION

KURZE THERAPIEDAUER MIT **VENCLYXTO**
In Kombination mit Obinutuzumab oder Rituximab^{*3}

**NEUE
DATEN**
vom EHA
2022^{1,2}

LANGE THERAPIEFREIHEIT OHNE PROGRESS

für Ihre fitten und unfitten CLL-Patienten^{\$1,2,4-6}

Tiefe Remission

Bis zu 9 von 10 Patienten
ohne messbare
Resterkrankung nach
VenO-Therapie^{**7}

Hohe PFS-Raten

9 von 10 Patienten
3 Jahre progressionsfrei
mit VenO^{&1}

Lange CLL-therapiefreie Überlebenszeit

7 von 10 Patienten ohne
Folgetherapie 4 Jahre nach
VenO-Therapie⁺²



Mehr Informationen unter
www.haematologie-fokus.de



CIT: FCR bei Patienten ≤ 65 Jahre, BR bei Patienten > 65 Jahre; * 336 Tage in der Erstlinie mit VenO, 24 Monate ab der zweiten Linie mit VenR; § In CLL14 war nach einer medianen Beobachtungszeit von 65,4 Monaten mit VenO die mediane TTNT noch nicht erreicht (mediane TTNT mit ClbO: 52,9 Monate). Mit VenO hatten signifikant mehr Patienten keine weitere CLL-Therapie. VenO vs. ClbO: 72,1 % vs. 42,8 % (HR 0,42; 95 % CI [0,31–0,57], p < 0,0001). In CLL13 waren mit VenO nach 3 Jahren 88% der Patienten progressionsfrei vs. 76% mit CIT (HR 0,42; 97,5% CI [0,26–0,68], p < 0,0001); ** CLL13-Studie: 86 % MRD-Negativität mit VenO vs. 52 % MRD-Negativität mit CIT im peripheren Blut 3 Monate nach Behandlungsende; & CLL13-Studie: 88 % PFS-Rate mit VenO vs. 76 % PFS-Rate mit CIT 2 Jahre nach Behandlungsende

1. Eichhorst B. Oral Presentation. EHA 2022, June 15–17, 2022 2. Al-Sawaf O. Oral Presentation. EHA 2022, June 15-17, 2022 3. Fachinformation VENCLYXTO. Stand Oktober 2022. 4. Seymour JF et al. New England Journal of Medicine. 2018; 378(12):1107-1120 5. Kater A et al. Oral Presentation. ASH 2020 6. Rossi D et al. ASH 2021; [Epub ahead of print] 7. Eichhorst B et al. Oral Presentation [71]. ASH 2021

Venclyxto 10 mg/-50 mg/-100 mg Filmtabletten

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. **Bezeichnung des Arzneimittels:** Venclyxto® 10 mg/50 mg/100 mg Filmtabletten. **Wirkstoff:** Venetoclax. **Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 10 mg/50 mg/100 mg Venetoclax. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Copovidon (K 28), Hochdisperses Siliciumdioxid (E551), Polysorbat 80 (E433), Natriumstearylummarat, Calciumhydrogenphosphat (E341 (ii)); Filmüberzug 10 mg/100 mg: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Polyvinylalkohol (E1203), Titandioxid (E171), Macrogol (3350) (E1521), Talkum (E553b); Filmüberzug 50 mg: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(III)-oxid (E172), Eisen(II,III)-oxid (E172), Polyvinylalkohol (E1203), Titandioxid (E171), Macrogol (3350) (E1521), Talkum (E553b). **Anwendungsgebiete:** Venclyxto in Komb. m. Obinutuzumab wird angew. z. Behandl. erw. Pat. m. nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL). Venclyxto in Komb. m. Rituximab wird angew. z. Behandl. erw. Pat. mit CLL, die mind. e. vorherige Therapie erhalten haben. Venclyxto wird als Monotherapie angew. b. Erw. z. Behandl. e. CLL, die e. 17pDeletion oder TP53-Mutation aufweisen u. die für e. Behandl. m. e. Inhibitor d. BZell-Rezeptor-Signalwegs nicht geeignet sind o. e. Ther. versagen zeigten oder die keine 17pDeletion oder TP53-Mutation aufw. u. bei denen sowohl unter e. Chemoimmunther. als auch unter e. Inhibitor des BZell-Rezeptor-Signalwegs e. Ther.versagen auftrat. Venclyxto in Komb. m. e. hypomethylierenden Substanz wird angew. z. Behandl. erw. Pat. m. neu diagnostizierter akuter myeloischer Leukämie (AML), die nicht für eine intensive Chemotherapie geeignet sind. **Gegenanzeigen:** Überempfindl. gg. d. Wirkstoff o. sonst. Bestandteile. Bei Pat. mit CLL: gleichzeitig. Anw. m. starken CYP3A-Inhibitoren zu Beginn u. während d. Aufdosierungsphase. Bei allen Pat.: gleichzeitig. Anw. v. Zubereitungen, die Johanniskraut enth. **Nebenwirkungen:** alle Indikationen: Pneumonie, Sepsis, Harnwegsinfektion, Neutropenie, Anämie, febrile Neutropenie, Tumorlysesyndrom, Durchfall, Erbrechen, Übelkeit, Fatigue. Bei CLL zusätzl.: Infekt. d. oberen Atemwege, Lymphopenie, Hyperkalämie, Hyperphosphatämie, Hypokalzämie, Hyperurikämie, Verstopfung, erhöhte Kreatininkonz. i. Blut. Bei AML zusätzl.: Thrombozytopenie, Hypokaliämie, vermind. Appetit, Schwindel/Synkope, Kopfschmerzen, Hypotonie, Blutung, Dyspnoe, Stomatitis, Bauchschmerzen, Cholecystitis/Cholelithiasis, Arthralgie, Asthenie, vermind. Gewicht, erhöhte BilirubinKonz. i. Blut. **Verschreibungspflichtig.**
Stand: Oktober 2022; **Pharmazeut. Untern.:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Deutschland

abbvie