

Aus dem Inhalt

► Schwerpunkt: Pneumologische Tumorerkrankungen

<i>Risikogesteuerte ambulante Thromboprophylaxe bei Lungen- und Magen-Darm-Krebs</i> Gezielte Vermeidung von Thromboembolien reduziert Mortalität.....	4
<i>Neoadjuvante Immuntherapie bei Lungenkrebs</i>	
<i>Ansprechen prognostisch für das ereignisfreie Überleben</i>	8
<i>Perioperatives Durvalumab beim resektablen Nichtkleinzelligen Lungenkarzinom</i>	
<i>Längeres ereignisfreies Überleben, mehr pathologische Komplettremissionen.....</i>	12
<i>Systemische Therapie bei Kleinzelligem Lungenkrebs</i>	
<i>ASCO-Ontario Health (Cancer Care Ontario) Leitlinie aktualisiert.....</i>	19
<i>Lungenkrebsinzidenz weltweit nach histologischem Subtyp im Jahr 2020</i>	
<i>Adenokarzinome belegen in der globalen Häufigkeit Platz eins.....</i>	23
<i>Behandlung des lokal fortgeschrittenen NSCLC ohne Chemotherapie</i>	
<i>Durvalumab plus gleichzeitige Strahlentherapie vielversprechend</i>	24
<i>Repotrectinib beim ROS1-Fusions-positiven Nichtkleinzelligen Lungenkarzinom</i>	
<i>Dauerhafte klinische Aktivität</i>	26
<i>TIGIT-Antikörper Tiragolumab plus Atezolizumab bei fortgeschrittenen soliden Tumoren</i>	
<i>Vorläufige Antitumoraktivität bei zwei Krebstypen belegt.....</i>	27
<i>Osimertinib beim EGFR-mutierten fortgeschrittenen Nichtkleinzelligen Lungenkarzinom</i>	
<i>Zusatz von Chemotherapie verlängert das progressionsfreie Überleben.....</i>	35
<i>Amivantamab plus Chemotherapie beim NSCLC mit EGFR-Exon-20-Insertionen</i>	
<i>Bei Progressionsfreiheit vs. Carboplatin-Pemetrexed allein deutlich überlegen.....</i>	37
<i>Selpercatinib in der Erstlinie beim RET-Fusions-positiven Nichtkleinzelligen Lungenkrebs</i>	
<i>Bei Progressionsfreiheit besser als Chemotherapie mit oder ohne Pembrolizumab... </i>	37

► Brustkrebs & gynäkologische Tumorerkrankungen

<i>Mirvetuximab Soravtansin bei FRA-positivem, platinresistentem Eierstockkrebs</i>	
<i>Längeres Überleben als mit herkömmlicher Chemotherapie</i>	4
<i>Nach Erstlinien-Chemotherapie beim fortgeschrittenen/rezidierten Endometriumkarzinom</i>	
<i>Orales Selinexor als Erhaltungstherapie beim TP53-Wildtyp vielversprechend</i>	8
<i>Radiochemotherapie bei lokal fortgeschrittenem Gebärmutterhalskrebs</i>	
<i>Durvalumab beim progressionsfreien Überleben nicht besser als Placebo</i>	10
<i>Neuer Ansatz beim lokal fortgeschrittenen Zervixkarzinom</i>	
<i>Neoadjuvante Chemotherapie plus Camrelizumab vielversprechend</i>	10
<i>Bestrahlung regionärer Lymphknoten bei Brustkrebs im Frühstadium</i>	
<i>Metaanalyse belegt Nutzen (erst) nach den 1980er Jahren.....</i>	16
<i>Neun Wochen versus ein Jahr Trastuzumab bei frühem HER2-positiven Brustkrebs</i>	
<i>Bei niedrigem oder mittlerem Risiko wenig Unterschied, bei hohem schon</i>	28

► Urologische Tumorerkrankungen

<i>Unbehandeltes fortgeschrittenes Urothelkarzinom</i>	
<i>Nivolumab als Zugabe zur Chemotherapie verlängert das Überleben</i>	12
<i>Erstlinie beim HRR-defizienten metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinom</i>	
<i>Talazoparib mit Enzalutamid als Option.....</i>	20
<i>Management des metastasierten klarzelligen Nierenkarzinoms</i>	
<i>Empfehlung der ASCO-Leitlinie aktualisiert</i>	27
<i>Perioperative Chemoimmuntherapie mit Durvalumab beim muskelinvasiven Urothelkarzinom</i>	
<i>Hohe Raten des ereignisfreien und Gesamtüberlebens nach zwei und drei Jahren... </i>	28

► Hämatologische (Tumor-)Erkrankungen

<i>Intensive Chemotherapie bei neu diagnostizierter FLT3-ITD-AML</i>	
<i>Routinemäßiger Zusatz von Sorafenib nicht sinnvoll</i>	6
<i>ZNS-Prophylaxe beim aggressiven B-Zell-Lymphom mit hohem Risiko</i>	
<i>Hochdosiertes Methotrexat leider ohne Erfolg.....</i>	9
<i>Kinder und junge Erwachsene mit T-Zell-ALL und Induktionsversagen</i>	
<i>Ergebnisse in aktuellen Studien deutlich besser als früher.....</i>	12
<i>Transplantation fäkaler Mikrobiota bei allogener HCT und AML</i>	
<i>Besseres Mikrobiom versus Placebo, Infektionen jedoch nicht deutlich verringert... </i>	14
<i>Inhibitor des neonatalen Fc-Rezeptors bei Erwachsenen mit chronischer ITP</i>	
<i>Efgartigimod erreicht primären Endpunkt bei gut jedem Fünften</i>	17

► Forschung, Hochschule & Verbände	39
--	----

► Industrie	68
-------------------	----

► Termine	73
-----------------	----

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die interdisziplinären Tumorkonferenzen sind als wesentlicher Bestandteil der Routineversorgung in unseren onkologischen Zentren nicht mehr wegzudenken. Dennoch gibt es hier noch Optimierungsmöglichkeiten, gerade was den Einschluss in klinische Studien betrifft. Gleiches gilt für die vielerorts bereits etablierten Molekularen Tumor Boards (MTB), da hier die vorliegende Evidenz kaum noch auf konventionellem Wege zusammenzutragen ist. Hat die Künstliche Intelligenz (KI) hier einen Stellenwert? Dieser Frage gingen Sunami K et al. mit ihrer Analyse nach und konnten belegen, dass sich im Vergleich Pre- und Postlearning die Therapieempfehlungen deutlich verbessert haben (s. S. 6). Solche KI- und Reading-Programme sind in Deutschland verfügbar und für die Anwender unverzichtbar.

Werden die Resultate aus randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) in die Routineversorgung übertragen, dann beobachten wir immer wieder eine geringere Adhärenz gegenüber neuen Therapiemöglichkeiten, die nicht selten durch niedergradige Nebenwirkungen (Common Toxicity Criteria [CTC] Grad 1/2) bedingt sind, und in den RCTs nicht gesondert aufgeführt sind. O'Connell NS et al. sind dieser Frage in einer retrospektiven Analyse der ECOG-E1912-Studie zu Ibrutinib-Rituximab vs. Chemoimmuntherapie bei der Chronischen lymphatischen Leukämie nachgegangen. Dabei konnten sie eindrucksvoll belegen, dass CTCs von Grad 1/2 für einen Großteil der Behandlungsunterbrechungen verantwortlich waren. Demnach sollte zukünftig das SAE-Reporting dezidiert auf alle CTC-Grade erweitert werden, da ein kumulativer Bericht hier weniger hilfreich ist (s. S. 6). In diesem Zusammenhang sei kurz auf die Arbeit von Fujiwara Y et al. hingewiesen, die sich mit den behand-

lungsrelevanten Nebenwirkungen von Checkpoint-Inhibitoren im neoadjuvanten und adjuvanten Setting solider Tumoren auseinandergesetzt haben, die neben relevanten Nebenwirkungen der CTC-Grade 3/4 zu teilweise schwersten Nebenwirkungen führen. Die Autoren weisen zu Recht darauf hin, diese Erkenntnis bei der Therapie der zumeist im Frühstadium behandelten Malignome umzusetzen, um Patienten nicht durch diese Nebenwirkungen zu verlieren (s. S. 8).

Die rasante Entwicklung und Zunahme der Large-Panel- bzw. WGS-Testung führen unweigerlich als Funktion der Zeit in das Zeitalter der agnostischen Testung. In diesem Zusammenhang sind die Daten von Sosinsky A et al. aus England von Interesse, die Daten von 13.880 soliden Tumoren von 33 verschiedenen Malignomen aus zahlreichen Datenbanken zusammengetragen haben. Dabei ergeben sich deutliche Überschneidungen der gefundenen Mutation, die zum Teil vermehrt auf „actionable mutations“ hinweisen, die normalerweise im „home genome“ – dem Tumorgenom vor Behandlungsbeginn – der unterschiedlichen Malignome gefunden werden (s. S. 30).

Fortsetzung auf Seite 3 •••••►