

MEDEAconnect 2024 – *Nachlese*

In 2 Stunden an 2 Tagen das
Wichtigste zum Lungenkarzinom

Zielgerichtete Therapie, Krebsimmuntherapie und ADCs: Was gibt es Neues beim (N)SCLC?

Wie hat sich die thorakale Onkologie im letzten Jahr weiterentwickelt? Welche aktuellen Erkenntnisse aus klinischen Studien haben ihren Weg in die Praxis gefunden? Welche Innovationen sind inzwischen als Standard etabliert – und was hat das Potential, die Therapielandschaft weiter zu verändern? Möglicherweise erwarten Sie diese Fragen zu dieser Jahreszeit: Denn bereits zum vierten Mal wurden die wichtigsten Themen des Jahres in der digitalen Fachkonferenz MEDEAconnect 2024 diskutiert, zu der Roche am 6. und 7. November eingeladen hatte. Prof. Dr. Michael Thomas, Chair der Veranstaltung, und namhafte Expert:innen aus ganz Deutschland boten mit ihren Impulsvorträgen Orientierung im komplexen Therapiealltag. Sie erörterten mit über 150 Kolleg:innen die Therapiestandards beim nicht-kleinzelligen (NSCLC) und kleinzelligen Lungenkarzinom (SCLC) sowie Trends für die Zukunft.

Aus der Paneldiskussion der MEDEAconnect

Prof. Dr. Martin Reck, Großhansdorf:



„In der IPSOS-Studie ist die Atezolizumab-Gabe klar vorteilhaft: eine statistisch signifikante Verlängerung des Überlebens und eine verbesserte Verträglichkeit. Insbesondere die Rate an schweren Therapie-assoziierten Nebenwirkungen Grad 3 war unter Atezolizumab deutlich geringer als unter Chemotherapie. Alle Endpunkte sprechen klar für die Krebsimmuntherapie mit Atezolizumab. Das ist für uns in der Behandlungsrealität ein ganz wichtiger Baustein.“

Dr. Sylvia Gütz, Leipzig:



„Vor allem Ansätze wie ADCs und T-Cell-Engager sind momentan sehr spannend. Es ist schön, dass wir jetzt mehrere neue Ansätze haben. Lange Zeit, bis zur Zulassung der Immuntherapie, hatte sich ja nichts getan beim Kleinzeller.“

Dr. Cornelia Kropf-Sanchen, Ulm:



„Die Zulassung von Alectinib in den frühen Stadien des ALK+ NSCLC ist eine erfreuliche neue Therapieoption. Die Frage ist, warum wir aktuell nur zwei Jahre Adjuvanz machen – vor allem wenn der Patient stabil lebt mit dieser gut verträglichen Therapie? Wir freuen uns, dass wir diese schönen Daten haben und das Präparat unseren Patienten anbieten können.“

Was gibt es Neues im metastasierten Setting: Update NSCLC Stadium IV

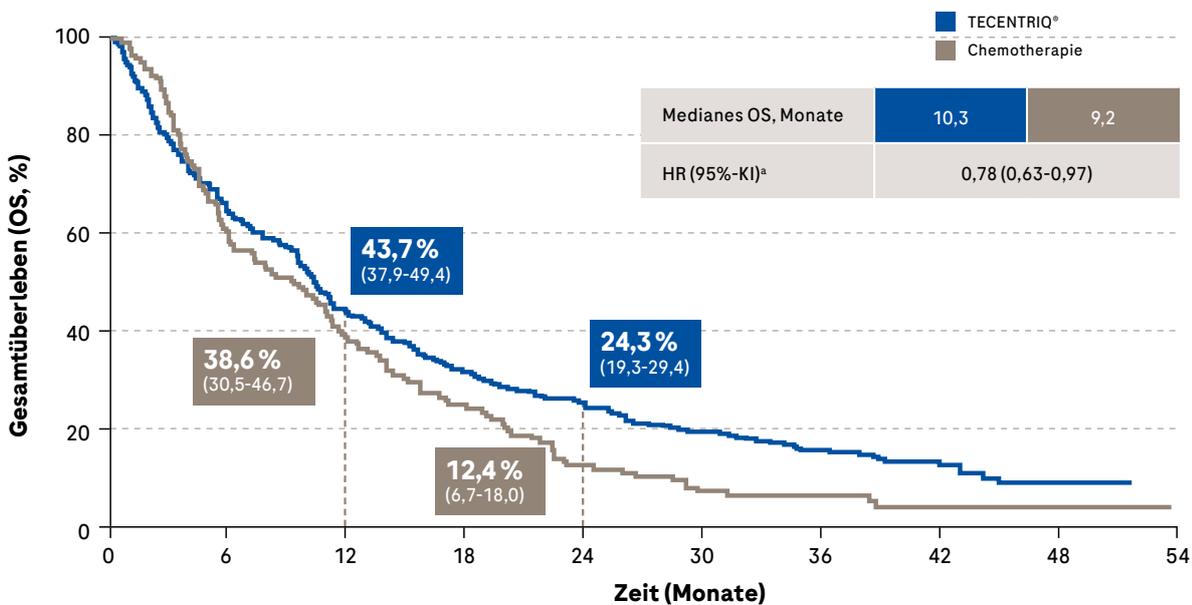
Welche therapeutischen Akzente wurden beim NSCLC im Stadium IV im Jahr 2024 gesetzt? Sowohl beim Vorliegen genetischer Alterationen als auch beim nicht-treiberalterierten NSCLC stehen immer mehr neue zielgerichtete bzw. immunonkologische Behandlungsansätze in der Erst- und Zweitlinie in den Startlöchern. „Es geht sehr viel um die Frage der Personalisierung der Behandlung des Lungenkarzinoms. Das Lungenkarzinom ist eben nicht nur eine Erkrankung: Jeder Patient hat „sein“ Lungenkarzinom, das wir individuell behandeln“, betonte Prof. Dr. Martin Reck. Was war 2024 praxisrelevant? Wie werden Therapieentscheidungen gefällt?

Bei lang etablierten und erfolgreichen Therapiekonzepten, etwa der EGFR-Inhibition, ist das Ziel, eine weitere Verbesserung der Wirksamkeit herauszuholen oder Resistenzmechanismen zu erkennen und zu überwinden.^{1,2} Aktuelle Daten beschreiben jedoch, dass der Effektivitätsgewinn auf Kosten der Verträglichkeit erreicht wird.

Neben innovativen Kombinationstherapien wird auch der Einsatz einer neuen Generation komplexer oder modifizierter Antikörper beim Lungenkarzinom untersucht: Bispezifische Antikörper wirken gegen zwei Zielstrukturen und vereinen so zwei therapeutische Wirkansätze. Antikörper können auch als „Shuttle“ fungieren und gezielt zytotoxische Wirkstoffe zu Tumorzellen transportieren. Diese Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (ADC) sind Krebstherapien, bei denen ein monoklonaler Antikörper mit einem zytotoxischen Wirkstoff gekoppelt ist. Der Wirkstoff wird gezielt zu

Tumorzellen mit spezifischen Antigenen transportiert, was die Wirksamkeit erhöht und Schäden an gesunden Zellen reduziert.^{3,4} Laut Prof. Reck bleibt der ADC-Ansatz dennoch eine reine Chemotherapie – wenn auch in anderer Form. Eine verbesserte klinische Wirksamkeit durch die Weiterentwicklung therapeutischer Strategien könnte sich auch beim KRAS-mutierten NSCLC – einer bisher nahezu unbezwingbaren „Burg“ – einstellen. Die nächste Generation von KRAS-Inhibitoren zeigt ab der Zweitlinie großes Potential. Prof. Reck und seine Kolleg:innen erhoffen sich in den kommenden Jahren große Fortschritte für diese bisher schwer zu behandelnde Population. Dazu gehöre auch eine im Vergleich zur ersten Generation verbesserte Effektivität. Frühe Daten zu Divarasib (GDC-6036), einem der neuen bisher nicht zugelassenen Inhibitoren beim fortgeschrittenem NSCLC mit KRAS G12C-Mutation, seien vielversprechend – sowohl als Monotherapie als auch in Kombination mit Checkpoint-Inhibition.^{5,6}

Beim nicht-treiberalterierten NSCLC verbindet der neue bispezifische Antikörper Ivonescimab zwei etablierte Therapieansätze und koppelt die PD-1-Inhibition mit der antiangiogenen Wirkung gegen VEGF: Patient:innen profitieren von der dualen Inhibition von PD-1 und VEGF, besonders in Subpopulationen mit niedriger oder sehr hoher PD-1-Expression, im Vergleich zur alleinigen Immuntherapie mit Pembrolizumab.⁷ Der Haken: Gesamtüberlebensdaten fehlen bislang. Zudem setzte sich die Studiengruppe aus ausschließlich asiatischen Patient:innen zusammen. Hier bleibt für den flächendeckenden Einsatz im europäischen Raum zu prüfen, ob die Ergebnisse in einer nicht-asiatischen Gruppe ähnlich ausfallen.



Patient:innen unter Risiko

TECENTRIQ®	302	180	122	86	64	50	37	17	5	0
Chemotherapie	151	80	52	31	16	9	7	2	2	0

Klinischer Cut-off: 30.04.2022. HR Hazard Ratio. ^a stratifiziert.

Abb. 1: Gesamtüberleben bei Platin-ungeeigneten Patient:innen in der IPASS-Studie¹⁰

Kein neuer Wirkansatz, aber eine neue Klientel: Seit August 2024 können mehr NSCLC-Patient:innen PD-L1-unabhängig von der Mono-Immuntherapie profitieren. Viele NSCLC-Patient:innen im fortgeschrittenen und metastasierten Stadium sind hochbetagt und/oder komorbide und zeigen einen reduzierten Allgemeinzustand (ECOG PS ≥ 2). Aus diesen Gründen sind sie meist ungeeignet für eine platinhaltige Chemotherapie.^{8,9} Doch wie geht man mit „Frailty“ im Klinikalltag um? Am Beispiel von zwei Patienten hohen Alters veranschaulichte Miriam Blasi, wie man geriatrische Scores (CCI, SCS, G8, CARG) einsetzen kann, um das Risiko für Toxizitäten abzuschätzen: Und das kann trotz eines vergleichbaren Alters von 80 plus und einer langen Liste an Komorbiditäten ganz unterschiedlich ausfallen. Frau Blasis Diskussionspartner zum Thema Frailty, Prof. Dr. Christian Schulz, schätzt ein: „Heute würde man sich mutmaßlich mit den Informationen der geriatrischen Assessments bei diesen Fallbeispielen in der Therapieintensität zurücknehmen und eine wirksame, aber gut verträgliche Therapie anbieten.“

Die Zulassungserweiterung von Tecentriq® (Atezolizumab) auf Basis der IPSOS-Daten liefert für solche Fälle die wirksamere und verträglichere Behandlungsoption. Das bedeutet eine deutlich verbesserte Perspektive für Betroffene – eine Versorgungslücke wird geschlossen.¹⁰ Basierend auf den Studienergebnissen – u.a. einer Verdopplung des 2-Jahresüberlebens (Abb. 1) – ist die Monotherapie mit Tecentriq von der EMA PD-L1-unabhängig für Platin-ungeeignete NSCLC-Patient:innen zugelassen worden.¹⁰ Verglichen mit der Mono-Chemotherapie geht die Mono-Immuntherapie mit deutlich weniger Therapie-assoziierten Nebenwirkungen einher¹⁰ – ein hochrelevanter Aspekt in dieser Kohorte. Die detaillierte Anamnese des Allgemeinzustands der Patient:innen mit den oben genannten Scores spielen für sie bei der Abwägung der Hinzunahme einer platinhaltigen Chemotherapie eine bedeutende Rolle, so Frau Blasi.

Mit eindrücklichen Fortschritten ergeben sich selbstredend offene Fragen. Insbesondere: Welches Therapiekonzept eignet sich für welche Patientengruppe? Wann fließt die ZNS- oder Lebermetastasierung in die Entscheidung mit ein? Diskutiert wurde unter den Referent:innen und Teilnehmenden, welche Rolle Ko-Mutationen in naher Zukunft in der Therapiesteuerung spielen werden. Aktuell werden STK11/LKB1 und KEAP-1 untersucht. Das Spektrum werde sich also wahrscheinlich noch erweitern.

Die Aufzeichnung des Vortrags rund um das metastasierte NSCLC finden Sie [hier](#).

„Erst Test, dann TKI reloaded“: Weshalb die frühe, umfassende Testung so wichtig ist

Eine detaillierte Diagnostik ist für die Therapiefindung beim Lungenkrebs im Stadium IV in der heutigen Zeit nicht mehr wegzudenken. Aber sollen ALK, EGFR und PD-L1 in jeglichen Stadien getestet werden? Und wenn

ja, zu welchem Zeitpunkt? Am Beispiel von Fällen im nicht-resektablen Stadium III verdeutlichten PD Dr. Nikolaj Frost, Berlin, und PD Dr. Florian Fuchs, Erlangen, eindrücklich den Stellenwert der Testung in allen Stadien – unnötige Behandlung und Toxizitäten könnten so vermieden werden. Es kristallisierten sich auch weitere relevante Treiber heraus, so dass Dr. Frost die Testung auch auf BRAF, KRAS, RET, ROS1 und eventuell HER2 und MET erweitern würde.

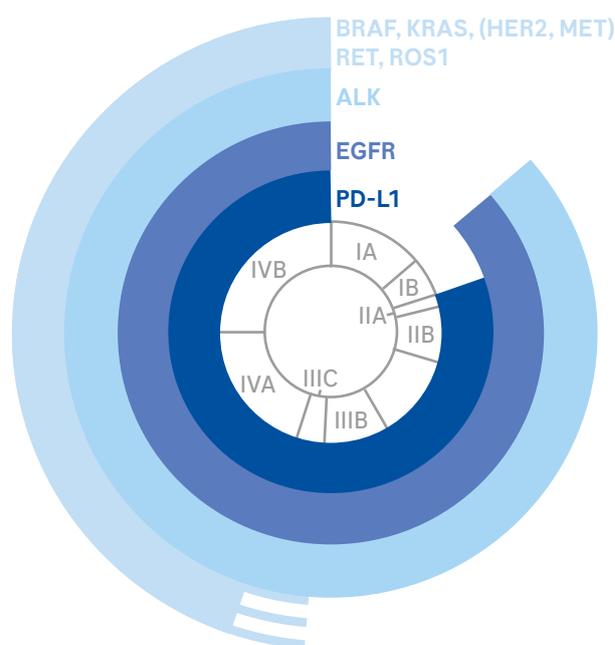


Abb. 2: Übersicht frühe Testung (nach Dr. Frost)

Auch die therapieweisende Stellung des Differentialdiagnosemarkers TTF-1 wurde diskutiert: Laut Dr. Frost gilt es auch bei TTF-1-Negativität einen Behandlungsansatz zu verfolgen, mit dem bedürfnisorientiert behandelt werden kann. Die Onkopedia-Leitlinie empfiehlt für die Subgruppe der TTF-1-negativen Patient:innen mit nicht-plattenepithelalem, metastasierten NSCLC den Einsatz alternativer Zytostatika anstelle von Pemetrexed.^{11,12} Kommt eine Chemo-Immuntherapie in Frage, soll in der Subgruppe auf eine Alternative zurückgegriffen werden: „Unser Standard ist beim TTF-1-negativen NSCLC taxanbasiert: Da nab-Paclitaxel deutlich besser verträglich ist, setzen wir seit Jahren Carboplatin/nab-Paclitaxel plus Atezolizumab ein“, so Dr. Frost. Vertiefend sei das Studiendesign der ANTELOPE-Studie der AIO angelegt. Die Studie vergleicht die Wirksamkeit eines Pemetrexed-freien mit einem Pemetrexed-haltigen Therapieregime bei TTF-1-negativen Patient:innen.^{13,14} Die Rekrutierung der anvisierten 136 Patient:innen läuft noch.

Schauen Sie sich den ganzen Vortrag zum Thema TTF-1 bis molekular beim NSCLC [hier](#) an.

Welche Analysen sollte man bei der Initialdiagnostik operabler NSCLC von der Pathologie anfordern? Neben der Immunhistochemie zur Bestimmung der PD-L1-Expression sind molekulare Treiberanalysen zu *EGFR*-Mutationen und *ALK*-Translokationen als Ansatzpunkte entscheidend für den Einsatz einer (neo-)adjuvanten zielgerichteten Therapie. Beim treiberalterierten NSCLC mit *ALK*-Translokationen kann seit Juni 2024 der *ALK*-Inhibitor Alecensa® (Alectinib) auch in der Adjuvanz eingesetzt werden. Hier ist er der erste zugelassene *ALK*-Inhibitor. Im Vergleich zur Chemotherapie konnte in der ALINA-Studie eine deutliche Risikoreduktion von 76% für einen Krankheitsrückfall, ein neues NSCLC oder Tod im Vergleich zur alleinigen Chemotherapie erreicht werden. Die Therapie eröffnet den Betroffenen erstmals eine zielgerichtete Option in der Adjuvanz.¹⁵ „Eine wichtige und gut verträgliche neue Therapieoption, die wir aktuell allen unseren Patienten anbieten, die in Frage kommen“, betonte Dr. Cornelia Kropf-Sanchen. Sie unterstrich vor allem die neuroprotektiven Vorteile der Therapie und eröffnete die Diskussion mit der Anregung, die Gabe über die im Studiensetting vorgesehenen zwei Jahre hinaus zu verlängern.

Ein viel diskutierter Punkt im Studienjahr 2024 waren die neuen Daten der CROWN-Studie beim fortgeschrittenen NSCLC: Beim *ALK*+ NSCLC wurden in der Erstlinie Lorlatinib und Crizotinib verglichen. PD Dr. Marcel Wiesweg, Essen, beschrieb, dass auch nach 5 Jahren das PFS mit Lorlatinib nachhaltig verbessert war, mit 60 % versus 8 % unter Crizotinib – jedoch stellt sich die damit einhergehende Neurotoxizität als eine Herausforderung dar.¹⁶ Da auch Alectinib und Brigatinib in diesem Setting beeindruckende Wirksamkeitsdaten bei geringerer Toxizität zeigen, gilt es patientenindividuell zu entscheiden, welche Therapie zum Einsatz kommen sollte.

Zudem erscheinen spannende neue Substanzen am Horizont, wie etwa NVL-655. In experimentellen Daten zeigte die Substanz die Wirksamkeit der TKI mit geringerer Neurotoxizität.¹⁷ Die Substanz wurde entwickelt, um bei häufigen Resistenzmutationen wirksam zu bleiben. Thema der spannenden Diskussionsrunden war ebenfalls der Umgang mit Resistenzen und Therapiesequenz beim treiberalterierten NSCLC.

[Hier geht's zum Vortrag zum molekular alteriertem *ALK*+ NSCLC.](#)

MEDEA Impuls: Neue Einblicke in die Tumorgnese

Das zentrale Thema für Sie als Behandler:in ist die Therapie. Dabei gerät eine spannende Frage in den Hintergrund: Wie entsteht Lungenkrebs? Nachdem das Lungenkarzinom 1912 noch als „rarest form of disease“

beschrieben wurde, betrachtet man es heute als eine der häufigsten Formen von Krebs. Intrinsische Faktoren wie Replikationsfehler, freie Radikale oder spontane De-Amierungen sowie extrinsische Faktoren wie Rauchen, Feinstaub oder Asbest können zur Tumorentstehung führen. Mit dem Alter beobachtet man im ganzen Körper eine steigende Mutationslast, erläuterte Dr. Florian Länger, Aachen. Auch in mehr als der Hälfte des normalen Lungengewebes findet man *KRAS*- oder *EGFR*-Mutationen, wenn man danach sucht. Es ist sogar durch das Auslesen molekulargenetischer Signaturen reproduzierbar, wann und wodurch ein Tumor entsteht: Nie-Raucher:innen und Raucher:innen zeigen hier Unterschiede. Die Treibermutationen allein sind nicht ausreichend für die Tumorentstehung, es müssen weitere Faktoren zur Proliferation hinzukommen. Mit molekulargenetischer Analyse kann man eine Rauchersignatur beschreiben, bei der *KRAS*- und *BRAF*-Mutationen häufiger sind. Bei der Nichtraucher-Signatur mit Punktmutationen findet man hingegen häufiger *EGFR*- und *MET*-Mutationen und chromosomale Instabilität. „Feinstaub fungiert heutzutage als wesentlicher Tumorpromotor“, betonte Dr. Länger – ein wesentliches Argument, solche extrinsischen Faktoren so weit wie möglich zu vermeiden. Grundsätzlich könnten sich im „Game of Clones“ viele der veränderten Zellen nicht durchsetzen, beschrieb Dr. Länger. Die veränderten Klone, die es schaffen, weisen weitere intrinsische Faktoren auf, etwa ausgeschaltete Suppressorgene. Zusätzlich bestimmen extrinsische Faktoren – etwa das Inflammosom – die Zellproliferation und somit das Schicksal dieser Klone. So kann eine Einflussnahme auf das Inflammosom durch die Hemmung des Zytokins Interleukin (IL)-1 β die Tumorentstehung im Tiermodell aufheben: In den CANOPY-Studien konnte der gegen IL-1 β gerichtete Antikörper Canakinumab beim Lungenkarzinom keinen klinischen Effekt zeigen.¹⁸⁻²¹ Laut Dr. Länger könne dies am späten Tumorstadium zum Zeitpunkt der Therapie liegen.

[Den hochgelobten MEDEA Impulsvortrag finden Sie hier.](#)

Chirurgie meets Onkologie

Operieren oder nicht operieren? Diese Frage wird in vielen Tumorboards gestellt und betrifft nicht nur frühe Stadien sondern auch die oligometastasierte Erkrankung. Bei letzterer ist die histologische Befundsicherung von immenser Bedeutung. Die neue TNM-Klassifikation hilft Chirurg:innen, präzisere Entscheidungen zur Operabilität und zur Notwendigkeit einer systemischen Therapie zu treffen:

Die neue Einteilung von Tumoren ist fein granularer geworden und erlaubt eine differenziertere Beurteilung, wann eine operative Resektion sinnvoll ist. Nicht zuletzt hilft die TNM-Klassifikation, mit entsprechender Planung der systemischen Therapie, je nach Staging, den Verlauf und die Prognose besser einzuschätzen.

Herausforderungen für Chirurgie und Onkologie bleiben Grenzindikationen und schwer operierbare Tumoren, sowie die Oligometastasierung. Insgesamt unterstützt die neue TNM-Klassifikation die Entwicklung einer personalisierten Therapie und verbessert die multidisziplinäre Zusammenarbeit in der Thoraxonkologie.

Ein hochdiskutiertes Thema war in diesem Jahr die Frage nach der adjuvanten, neoadjuvanten oder auch perioperativen Anwendung der Checkpoint-Inhibitoren beim operablen NSCLC, der sich Dr. Claas Wesseler, Hamburg, angenommen hat. Er legte anschaulich dar, welche Patientengruppen profitieren, wenn der Tumor in situ systemtherapeutisch adressiert wird, und wann eine adjuvante Chemo-, gefolgt von adjuvanter Immuntherapie die bessere Option ist. Bei perioperativen Regimen stellt sich die Frage: Brauchen wir nach der Neoadjuvanz noch eine Therapie? „Und wie stellen wir sicher, dass wir nicht zu viel therapieren?“, so Dr. Wesseler. Sieht die Wirksamkeit bei allen Patientengruppen gleich aus? Hier machte Dr. Wesseler die pathologische Komplettremission (pCR) als wesentliches Kriterium aus, ob die Immuntherapie nach OP noch fortgesetzt werden sollte. Fazit: Mit genauer Betrachtung der Operabilität sowie der Ergebnisse der Pathologie und in enger Abstimmung mit der Chirurgie sollte eine gemeinsame Therapieentscheidung getroffen werden, die zur individuellen Situation der Patient:innen passt.

Sie wollen es genau wissen? [Hier](#) gelangen Sie zum Vortrag.

Die Prognose verbessern beim SCLC

Während bei der Behandlung des NSCLC die Wahl der optimalen Therapie aus dem Blumenstrauß der Optionen die größte Schwierigkeit ist, klagen Behandler:innen beim SCLC eher über den Mangel an Therapiemöglichkeiten. Dennoch hat sich 2024 einiges bewegt.

Die aktuelle Frage in der Radiochemotherapie beim limitierten SCLC ist, ob der Einsatz einer hyperfraktionierten Radiotherapie zu einer Verbesserung der lokalen Kontrolle beitragen kann. Dr. Sylvia Gütz, Leipzig, ordnete die Erkenntnisse einer Phase-II-Studie ein, bei der die Dosis von 60 Gy vs. 40 Gy eine signifikante Verbesserung beim PFS und OS zeigen konnte. „Es ist eine Phase-II-Studie, aber eigentlich ist es auch ein Konzept, das man gut übernehmen kann“, summierte sie. In der Diskussion stellte sich heraus, dass dieses in Deutschland noch selten eingesetzt werde.

Vor allem der Gesundheitszustand der Patient:innen, aber auch die logistischen Gegebenheiten vor Ort sind hier ausschlaggebend.

Weitere Fortschritte gibt es bei der Immuntherapie beim Limited Stage SCLC: Durvalumab zeigte unabhängig von kombinierter Radiochemotherapie (cCRT) und prophylaktischer kranialer Bestrahlung (PCI) klare Vorteile gegenüber Placebo.²² „Passt dieses Studienkonzept in unsere Behandlungsstandards?“, diskutierte Dr. Gütz. Die Daten sprechen für eine Immuntherapie bei Patient:innen, die nach Carboplatin-haltiger Radiochemotherapie nicht progredient werden.

Die Chemo-Immuntherapie hat sich im fortgeschrittenen Stadium des SCLC bereits fest im Versorgungsalltag etabliert. Zuletzt hatten Daten der IMbrella A-Studie^a für Aufsehen gesorgt: In einer zusammengeführten explorativen Analyse aus IMpower133 und IMbrella A betrug die mediane Nachbeobachtung knapp 5 Jahre (~59,4 Monate). Die 5-Jahresdaten zum Gesamtüberleben unter Tecentriq im Vergleich zur alleinigen Chemotherapie gelten als explorativ. Weitere Daten werden erwartet.²³

Aktuelle Studien zu neuen Therapieansätzen laufen. In der Erhaltungstherapie wird die Hinzunahme von Lurbinectidin zur Immuntherapie untersucht.²⁴ Die Expert:innen blicken gespannt auf die Kongresse in den nächsten Monaten und setzen große Hoffnungen auf diese mögliche neue Option. Des Weiteren scheint der Notch inhibierende Ligand DLL3 ein interessantes Target zu sein, ist dieser Biomarker beim SCLC doch häufig überexprimiert. Einige Studien mit gegen DLL3/CD3 gerichteten bispezifischen Antikörpern laufen hier bereits und kürzlich wurde Tarlatamab in den USA zugelassen. Vorsicht gelte laut den Expert:innen allerdings mit Blick auf das Nebenwirkungsmanagement, da hier Erfahrungswerte fehlten.

Die Aufzeichnung zum Vortrag können Sie sich [hier](#) ansehen.

MEDEAconnect 2024

In 2 Stunden an 2 Tagen das Wichtigste zum Lungenkarzinom

Steering Committee

- Prof. Dr. Michael Thomas (Chair), Thoraxklinik-Heidelberg
 - Dr. Sylvia Gütz, St. Elisabeth Krankenhaus Leipzig
 - Prof. Dr. Martin Reck, LungenClinic Großhansdorf
 - Prof. Dr. Niels Reinmuth, Asklepios Fachklinik München-Gauting
 - Prof. Dr. Christian Schulz, Universitätsklinikum Regensburg
-

4 Vorträge auf der Main Stage

- Update NSCLC Stadium IV – Prof. Dr. Martin Reck, Großhansdorf
 - Update NSCLC operable Stadien – Dr. Claas Wesseler, Hamburg
 - Update seltene thorakale Tumoren – Prof. Dr. Niels Reinmuth, München-Gauting
 - MEDEA Impuls: Wie entsteht Lungenkrebs? – Bedeutung neuer Erkenntnisse für Vorsorge, Diagnostik und Therapie. – Dr. Florian Länger, Aachen
-

4 Wahlsessions zu 8 Themen

- Die therapeutische Evolution in den frühen Stadien des NSCLC
- Operieren oder nicht operieren? – Das ist hier die Frage!
- Das Stadium III jenseits der Operabilität – Was, wie, warum?
- Frailty im Fokus – continued in 2024
- Von TTF-1 bis molekular – wieso, weshalb, warum?
- Das neue Koordinatensystem für die Lunge – Oligometastasierung und mehr
- Heads up on SCLC
- Clinical Pathways des molekular alterierten ALK+ NSCLC

MEDEAconnect – nach dem Austausch ist vor der Diskussion!

Gemeinsam dem Lungenkrebs die rote Karte zeigen, ist Ziel der jährlichen Veranstaltung MEDEAconnect. Aktuelle Themen und neue Daten werden auf der Main Stage im Plenum in Vorträgen vorgestellt und in verschiedenen Wahlsessions vertieft. Um therapeutische Möglichkeiten in der Breite ausschöpfen zu können, sind Vernetzung und Austausch in der Medizin wichtig. Diesem Ansatz folgt das spannende Programm, das vom Steering Committee aus namhaften Expert:innen ausgearbeitet wurde.

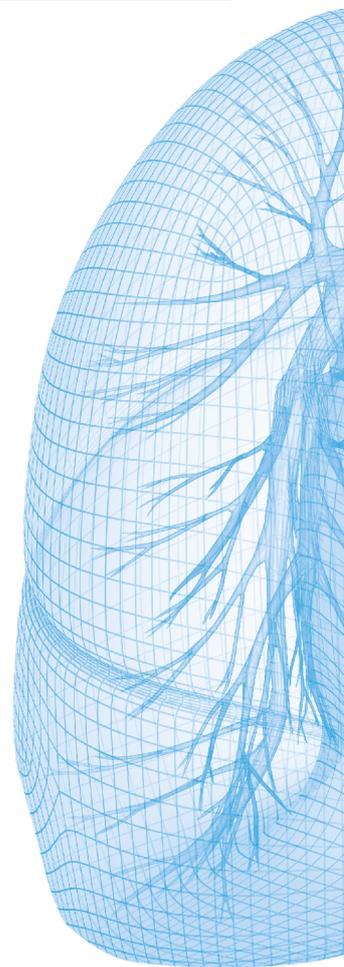
Haben Sie die MEDEAconnect im Jahr 2024 verpasst?
Dann können Sie die Vorträge und die Podiumsdiskussionen
hier ansehen:



a Die OS-Raten nach 3, 4 und 5 Jahren waren in der Kontrollgruppe (Placebo + Carbo/Etoposid) nicht bestimmbar, da eine Aufnahme in IMbrella A nicht erlaubt war. 18 Patient:innen wurden aus der IMpower133 in die IMbrella A übernommen. 8 Patient:innen, die geeignet waren, wechselten nicht zu IMbrella A (zensiert). Der Roll-over erfolgte zwischen Dezember 2019 und Juli 2020. Explorative Analyse mit klinischem Cut Off: 16.03.2023. 1-Jahres-OS-Rate 52 % (95%-KI: 45–59 %); 2-Jahres-OS-Rate 22 % (95%-KI: 16–28 %); 3-Jahres-OS-Rate 16 % (95%-KI: 11–21%); 4-Jahres-OS-Rate 13 % (95%-KI: 8–18 %); 5-Jahres-OS-Rate 12 % (95%-KI: 7–17 %). Die Landmark-Analysen waren nicht dazu ausgelegt statistisch signifikante Unterschiede aufzuzeigen – so können keine Schlussfolgerungen aus diesen Analysen gezogen werden. Die 1- und 2-Jahres-OS-Daten waren präspezifizierte sekundäre Endpunkte der IMpower133-Studie. Die 3-, 4- und 5-Jahres-OS-Daten der IMbrella A-Verlängerungsstudie waren nicht präspezifiziert und gelten als explorativ.

Referenzen

1. Planchard D et al. NEJM 2023;389:1935-48.
2. Cho BC et al. ESMO 2023; LBA14.
3. Fu Z et al. Signal Transduct Target Ther 2022;7(1):93.
4. Chau CH et al. Lancet 2019; 394: 793-804.
5. Sacher A et al. N Engl J Med. 2023;389:710-721.
6. Sacher A et al. WCLC 2024, OA14.06.
7. Fang W et al. JAMA 2024;332(7):561-570.
8. Lilienbaum RC et al. J Clin Oncol 2008;3(2):125-129.
9. Wang F et al. Transl Lung Cancer Res 2023;12(3):460-470.
10. Lee SM et al. Lancet 2023;402(10400):451-463.
11. Griesinger F et al. Lungenkarzinom, nichtkleinzellig (NSCLC). Onkopedia Leitlinie, Stand: November 2022.
12. Frost N et al. Clin Lung Cancer 2020(6);e607-21.
13. <https://www.aio-portal.de/studie/176-antelope.html>
14. Frost N et al. Clin Lung Cancer 2023;24(6):568-72.
15. Wu Y-L et al. NEJM 2024;390:1265-1276.
16. Solomon BJ et al. ASCO 2024, Abstract LBA8503.
17. Drilon A et al. ESMO 2024, Abstract 12530.
18. Ridker PM et al. N Engl J Med 2017;377(12):1119-1131.
19. Paz-Ares et al. Lung Cancer 2024;189:107451.
20. Garon et al. JCO 2024;42:180.
21. Tan et al. JCO 2024;42:192.
22. Senan S et al. ESMO 2024, Abstract LBA81
23. Liu SV et al. WCLC 2023, Abstract OA01.04.
24. <https://clinicaltrials.gov/study/NCT05091567?term=imforte&rank=1>



Zu den Pflichtangaben



go.roche.de/LC_PA