

IKF-Symposium

Conclusio for Therapy

ESMO relevant for practice – GI

Wissenschaftliche Leitung: **Prof. Dr. Salah-Eddin Al-Batran**
und **Prof. Dr. Thorsten Oliver Götze**

Fortbildung am 19. September 2024

Prof. Dr. Sylvie Lorenzen, Klinikum rechts der Isar der TU München Magen- und Ösophagus-Tumore



TOPGEAR:

Trotz verbesserter lokaler pathologischer Ansprechrate kann die zusätzliche zur perioperativen Chemotherapie (CT) verabreichte präoperative Chemoradiotherapie (CRT) zu keiner Verbesserung des Gesamtüberlebens im Vergleich zur alleinigen perioperativen CT bei operablem Adenokarzinom des Magens und gastroösophagealen Übergangs führen. **Außerhalb von Studien sollte keine Bestrahlung in Ergänzung zur perioperativen Chemotherapie in der beschriebenen Indikation erfolgen.**

Space-FLOT:

Die retrospektive Untersuchung zeigt, dass wohl Patienten mit partieller pathologischer Response von adjuvanter Komplettierung des FLOT-Regimes profitieren, nicht aber Patienten ohne Response oder mit kompletter Response. Die Ergebnisse sind retrospektiv und stehen im Widerspruch zur aktuellen Empfehlung und randomisierten Studien und können nicht empfohlen werden. **Die Entscheidung zur Durchführung der adjuvanten Therapie sollte weiterhin unabhängig vom pathologischen Tumoransprechen getroffen werden.**

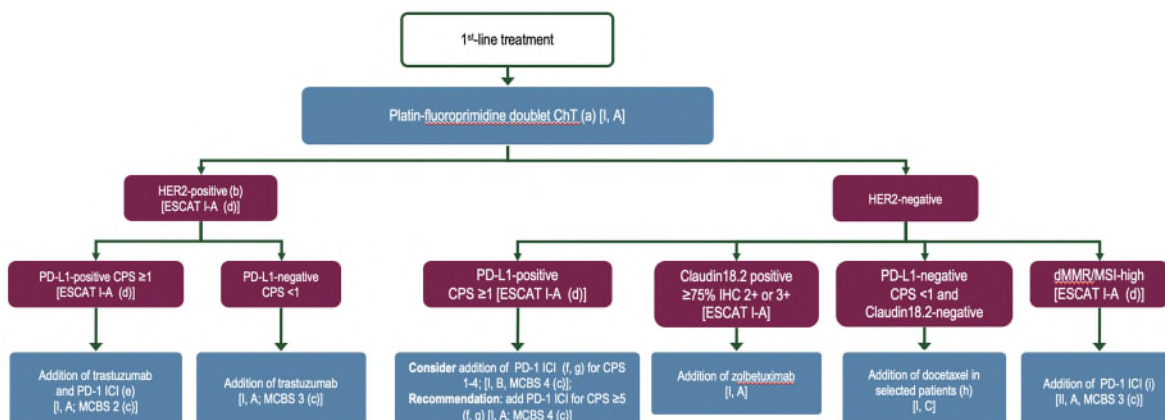
IKF-AIO-MOONLIGHT:

FOLFOX oder CapOX-Nivolumab (ohne Ipilimumab) bleibt empfohlener Erstlinienstandard bei fortgeschrittenem gastroösophagealem Adenokarzinom und PD-L1 CPS ≥ 5 . **Ausgewählten Patienten kann FLOT/Nivolumab empfohlen werden, da die Moonlight-Studie die Durchführbarkeit und Verträglichkeit gezeigt hat.**

KN811:

Im Langzeit-Follow-up (55 Monate) zeigen sich konsistente Daten bezüglich OS, PFS und ORR für die Therapie mit Pembrolizumab + Trastuzumab + Chemotherapie, **was dem empfohlenen und zugelassenen Erstlinien-Standard bei HER2+ und PD-L1 CPS ≥ 1 beim mG/GEJ-Karzinom entspricht.**

SPOTLIGHT & GLOW: Zolbetuximab + Chemotherapie bewies statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Verbesserung von PFS und OS ggü. Placebo + Chemotherapie-update der ESMO LL beinhalten CLDN 18.2 Testung und Therapie



Copyright: ESMO - Update Living Guideline

Prof. Dr. Arndt Vogel, Universität Toronto Hepatopankreatobiliäre Tumore



HCC

IMbrave050: IB-050 ist formal eine positive Studie, aber nach dem Daten Update nach längerem FU mit Datenschnitt Mai 2024 zeigt sich kein signifikanter Benefit mehr für eine adjuvante Behandlung mit der Kombination Atezo/Bev. In der adjuvanten Situation, folglich ist eine Therapie mit Atezo/Bev beim HCC außerhalb der Zulassung (Zulassung: fortgeschrittenen oder nicht resezierbaren HCC, ohne vorherige systemische Behandlung) vom aktuellen Standpunkt aus gesehen nicht ratsam.

LEAP-012: Die Studie bestätigt das Konzept einer Trans-Arterial Chemo-Embolisation (TACE) + systemischen Therapie (in dieser Studie Lenvatinib/Pembrolizumab) mit einer signifikanten Verbesserung des PFS and höhere Ansprechrates, aber (noch) kein sign. OS Benefit. Fazit: Die Behandlung im intermediären Stadium wird komplexer. Die Therapie muss im Rahmen eines multidisziplinären Tumobords diskutiert werden, um Therapieziele zu definieren. Aktuell besteht für keine Kombination aus Systemtherapie + TACE eine Zulassung und folglich kann noch keine Empfehlung für die Kombination für "alle" Pat. ausgesprochen werden.

Pankreaskarzinom

PRODIGE44 - PANDAS: Es zeigt sich kein Benefit für die zusätzliche Chemostrahlentherapie zusätzlich zu neoadj. FOLFIRINOX bei borderline resectable PDAC im randomisierten Vergleich zu peri-operativem FOLFIRINOX allein. Die Studie unterstützt FOLFIRINOX als Therapie zum "downstaging" eines borderline resectable Pankreaskarzinoms.

Prof. Dr. Ralf-Dieter Hofheinz, Universitätsmedizin Mannheim Uni Heidelberg Rektum- und Analkarzinom



POD1UM – Immuntherapie beim metast. Analkarzinom

- Endlich ist die Immuntherapie beim Analkarzinom in der 1st line Therapie angekommen. Retifanlimab ergänzt zur SOC 1st line Chemo verbessert den primären Endpunkt PFS und auch OS → Anträge bei den Kassen für die Ergänzung der IO- Therapie zusätzlich zum 1st line Backbone Carboplatin/ Paclitaxel sind sinnvoll !
- Organerhalt bei sphinkternahen cT2/3a-b N0 Tumoren: eine Chance für etwa 2/3 der Patienten, schon mit konventioneller RChT.
- ctDNA zur Therapiesteuerung beim LARC ist spannend, aber nicht reif für die Klinik.

Prof. Dr. Dominik Modest, Charité, Universitätsmedizin Berlin Kolontumore



RAMTAS: Die Kombination aus TAS-102/Ramucirumab kann die SUNLIGHT-Kombination aus TAS 102 /Bevacizumab nicht bestätigen. Ramucirumab ist keine Alternative zu Bevacizumab in der Kombiatiion in der zugelassenen 3rd und „further-line“. Applikation der Therapie in der 3rd line (TAS/Bev) nicht further line scheint ggf. ein wichtiger Punkt.

NICHE-2, NICHE-3: Neoadjuvantes Nivolumab/Ipilimumab (NICHE- 2) ggf. Nivolumab/Relatlimab (NICHE-3/ Relatlimab auf dem Dt. Markt gegenwärtig nicht verfügbar- jedoch im Melanom durch die EMA zugelassen) bei lokal weit fortgeschrittenen (~cT4) MSI-H Kolonkarzinomen ist nicht zugelassen, aber sinnvoll.

Die Identifikation von MSS mCRC Patienten, die eine Immuntherapie bekommen können, wird immer konklusiver und wird weitergehen.

Unsere Industrie-Partner



Die Erstellung der Conclusio for Therapy wird ermöglicht durch ein Sponsoring unserer Industrie-Partner.

Sie üben keinerlei Einfluss auf die Inhalte der Conclusio aus. Die Inhalte sind Empfehlungen aus dem Kreis der Faculty und der Wissenschaftlichen Leitung.

neoConnect

Die Inhalte dieser Conclusio for Therapy unterliegen dem Urheberrecht und der Verantwortung der jeweiligen Autoren. Für die Weiterverwendung ist eine Erlaubnis erforderlich.

Fragen richten Sie bitte an:

Dr. Christina Buttler
CEO, neoConnect

M +49 (0) 170 - 33 507 45

E buttler.christina@neo-connect.org