

# Moderne Thoraxonkologie - Teil 4

## Fortgeschrittenes Erkrankungs- stadium: Therapie mit und ohne Skalpell

Wissenschaftliche Leitung: **Prof. Dr. Michael Thomas**  
Fortbildung am 08. Mai 2025



- Mehrheitlich sind Patienten im Stadium III inoperabel.
- Standard ist dann die pr. def. PET/CT-geplante sim. RChT.
- Ist die Erkrankung nach RChT nicht progredient, erfolgt bei ...
  - 1) PD-L1  $\geq 1\%$ : Durvalumab-Konsolidierung
  - 2) akt. EGFR-MutationEx.19/21: Osimertinib-Konsolidierung

**Dr. Sönke von Weihe**  
**LungenCline Grosshansdorf**  
**NSCLC – Stadium III: Grenzlinie der Chirurgie**  
**im multimodalen Therapiekontext**



- Die chirurgische Expertise hat einen wesentlichen Einfluss auf die Resektabilität
- Deutliche individuelle Unterschiede in dieser Expertise
- die Kooperation mit anderen Disziplinen und
- technisches Equipment (z.B. ECMO) sind entscheidende Einflussfaktoren
- Neue neoadjuvante Therapieregime können Downstaging bis pathologische Komplett-Remission induzieren mit noch nicht abschließend geklärtem Einfluss auf das notwendige bzw. minimale Resektionsausmaß

**PD Dr. Marcel Wiesweg,  
Universitätsklinikum Essen  
SCLC - ein aggressiver Tumor mit besseren  
Ergebnissen durch aggressivere Konzepte**



- Standard beim Limited Disease SCLC ist die Chemostrahlentherapie mit Cisplatin und Etoposid, PCI, gefolgt von einer konsolidierenden Immuntherapie mit Durvalumab.
- Standard beim Extensive Disease SCLC ist eine Chemoimmuntherapie mit Platin, Etoposid und PD-L1-Antikörper, gefolgt von einer Immun-Erhaltungstherapie.
- T-cell engager etablieren sich als neues Therapieprinzip. Ein Teil der Patienten erreicht eine längerfristige Krankheitskontrolle.
- Angesichts einer (unerwarteten) Vielfalt an zukünftig denkbaren Konzepten, neuen Immun- und Chemotherapien ist die optimale Sequenz noch zu definieren.

**Dr. Rajiv Shah**  
**Universitätsklinikum Heidelberg**  
**Mesotheliom und Thymustumoren:**  
**Wohin geht die Reise?**



**PM:**

- Aufgrund der Seltenheit der Erkrankung, sollte das Pleuramesotheliom im Zentrum behandelt werden.
- Nivolumab/ipilimumab ist bei nicht-epithelioiden Mesotheliomen die Therapie der Wahl. Platin/Pemetrexed + Pembrolizumab kann ebenfalls sinnvoll sein.
- Beim epitheloiden Pleuramesotheliom stellen sowohl Nivo/Ipi als auch Platin/Pemetrexed eine gute Wahl dar.
- In Zukunft könnten möglicherweise personalisierte Therapien die Behandlungsmöglichkeiten erweitern (BAP-1, MTAP, YAP-TEAD, usw.)

**Thymic epithelial tumors:**

- Für die pathologische Diagnose ist eine Überprüfung im Referenzzentrum erforderlich!
- Chirurgie ist die Hauptbehandlungsmethode für TETs, und eine vollständige Resektion ist einer der wichtigsten prognostischen Faktoren.
- Fälle mit (potenziell) resektabler Erkrankung müssen im MTB besprochen werden.
- Platinbasierte Chemotherapie ist Standard. Anthracyclin ist möglicherweise wirksamer bei Thymomen.
- Immuntherapie (IO) kann eine Ansprechrates von ca. 25% bieten; ABER ca. 15% schwere irAE bei TC und ~70% bei T!
- Carbo/Paclitaxel+Ramucirumab stellt eine effektivere Therapie dar.

# 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 GmbH**

M +49 (0) 170 - 33 507 45  
E [buttler.christina@neo-connect.org](mailto:buttler.christina@neo-connect.org)