

Charité Comprehensive Cancer Center

IN DIESER AUSGABE

- Lungentumorzentrum 2
 - Modul Kopf-Hals-Tumore 3
 - EORTC meets CCCC 4
- Ansprechpartner und Studien**
- Lungentumorzentrum B1
 - Modul Kopf-Hals-Tumore B2

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser,

das große und spannende Thema dieser Ausgabe unseres Newsletters ist die personalisierte Medizin. Was bedeutet dieser Begriff? Eine Behandlung, die für jeden Patienten maßgeschneidert ist. Und dies hat zwei Seiten: Die eine Seite ist die Erkenntnis, dass viele Tumoren unterschiedlicher Organsysteme durch bestimmte genetische Mutationen in den Tumorzellen zum Wachstum getrieben werden. Dank moderner Gentechnologie ist es inzwischen möglich, bei vielen Tumoren diese entscheidenden Mutationen zu finden. Manchmal finden wir die gleichen Mutationen bei Tumoren unterschiedlicher Herkunft, zum Beispiel bei Lungenkrebs oder Kopf-Hals-Krebs, und können mit ähnlichen Medikamenten behandeln. Manchmal müssen wir trotz gleicher Mutationen unterschiedlich behandeln, etwa bei Melanom und Darmkrebs. Noch kennen wir die Treibermutationen nur für einen Teil menschlicher Tumoren, aber dieser Anteil wird jedes Jahr erheblich größer. Die andere Seite sind die Begleitumstände, die natürlich bei jedem einzelnen Patienten unterschiedlich sind. Begleiterkrankungen, Alter, Lebensziele und andere individuelle Wünsche, das muss alles bei der Behandlungsplanung eine Rolle spielen. Wie ist personalisierte Medizin zu realisieren? Durch Entwicklung und Prüfung vieler neuer Behandlungsprotokolle, begleitet von kontinuierlicher Forschung und durch Planung der Behandlung jedes einzelnen Patienten im interdisziplinären Team. Personalisierte Krebstherapie? Wir sind in raschen Schritten auf dem Weg dahin.

Mit freundlichen Grüßen und allen guten Wünschen für das Jahr 2014

Prof. Dr. med. Ulrich Keilholz
Komm. Direktor des CCCC

Prof. Dr. rer. nat. Reinhold Schäfer
Stellv. Direktor des CCCC

„Bringt personalisierte Krebstherapie zu den Patienten“

Mit John Mendelsohn hatte das CCCC im Oktober einen der ganz großen Krebsforscher zu Gast. Seinen Traum von einer „personalisierten Krebstherapie für alle“ teilt der Mann aus Texas mit den Berlinern.

Was für eine Vorstellung: Jede Tumorprobe wird genauestens genetisch analysiert und jeder Patient bekommt anschließend das entsprechende zielgerichtete Medikament. Technisch ist eine derartige Tumorprofilierung seit Neuestem machbar. Mit Hilfe der Next Generation Sequenzierung (NGS) können Charité-Forscher heute bereits in einem Rutsch viele Gen-Mutationen parallel sequenzieren. Die Sache hat bloß einen Haken. Sie kostet eine Menge Geld. Und da den Krankenkassen die neuen Möglichkeiten noch nicht etabliert genug sind, müssen Tumorzentren wie das CCCC umfassende Biomarkeranalysen aus ihren Forschungsbudgets finanzieren.

In den USA ist das nicht anders. Allerdings geschehen im Land der unbegrenzten Möglichkeiten mitunter Dinge, von denen andere Länder nur träumen können. So hat im Jahr 2011 der Präsident der Vereinigten Arabischen Emirate - Sheikh Khalifa bin Zayed Al Nayhan - mal eben 150 Millionen Dollar an das M.D. Anderson Cancer Center in Houston, Texas, überwiesen. Von der großzügigen Spende haben die Texaner das Khalifa Institute for Personalized Cancer Therapy aufgebaut, das nun die personalisierte Krebsmedizin im großen Stil erforschen und zu den Patienten bringen will.

„Wir können heute die wichtigsten genetischen Veränderungen in individuellen Tumoren in kurzer Zeit zu moderaten Preisen zu bestimmen. Jetzt gilt es, die jeweils wirksamsten Substanzen zu identifizieren und zu testen“, sagte der Direktor des Instituts Prof.



Glaubt fest an den Erfolg der personalisierten Krebsmedizin: Pionier der Antikörpertherapie John Mendelsohn

Dr. John Mendelsohn bei seinem Vortrag am 10. Oktober im Medizinhistorischen Museum der Charité. Große, biomarkerbasierte Therapiestudien wie etwa BATTLE zum Lungenkrebs, in denen die Patienten je nach molekularem Profil eine unterschiedliche spezifische Therapie erhalten, hätten bereits einige Erfolge gezeigt. „Unser Ziel ist, dass personalisierte Krebstherapie für die Patienten am M.D. Anderson Cancer Center zum Behandlungsstandard wird“, verkündete Mendelsohn in Berlin. Das Center behandelt rund 30.000 Patienten pro Jahr.

Helmholtz-Award für Pionier der personalisierten Medizin

John Mendelsohn ist kein Unbekannter. Der Amerikaner mit Berliner Wurzeln hatte Anfang der 1980er Jahre einen monoklonalen Antikörper entwickelt, der durch Bindung an den epidermalen Wachstumsfaktor (EGF) das Wachstum von Krebszellen hemmen kann; seit 2004 ist der Antikörper als Medikament „Cetuximab“ zugelassen. Damit hatte Mendelsohn die Ära der zielgerichteten Krebsmedikamente eingeläutet. Weitere Durchbrüche folgten, die schrittweise weitere Ansätze der personalisierten Therapie ausweiteten. Die Forschung war aber nicht sein alleiniges Betätigungsfeld. Mendelsohn hat in den USA mehrere Comprehensive Cancer Center aufgebaut, bis er zuletzt von 1996 bis 2011 das M.D. Anderson Cancer Center leitete und dort die Kapazitäten verdoppeln konnte. Im Oktober wurde Mendelsohn nun auf Anre-

LUNGENTUMORZENTRUM

Alles im Haus

Verschiedene Wege führen Patienten ins Lungentumorzentrum der Charité. Von der Erstabklärung bis zur ambulanten Nachsorge sind die Patienten bei den Lungenkrebspezialisten bestens versorgt.

Dienstag, 12 Uhr: Im Konferenzraum des CCCC am Campus Mitte haben sich rund 15 Ärzte verschiedenster Fachrichtungen versammelt. Weitere Kollegen der anderen Charité-Standorte sind per Videokonferenz dabei. In der Tele-Tumorkonferenz wird es knapp zwei Stunden lang um Patienten mit Lungentumoren gehen. Unklare Befunde werden das interdisziplinäre Ärzteteam ebenso beschäftigen wie die Frage, welche Therapie die geeignete für welchen Patienten ist. Immer öfter liegen auch Anfragen nach einer Zweitmeinung auf dem Tisch. Die Expertise der Lungenkrebspezialisten wird zunehmend nachgefragt.

„Jeder Patient mit Lungenkrebs kann sich darauf verlassen, dass seine Krankengeschichte in der Tumorkonferenz ausführlich besprochen wird“, sagt die Koordinatorin des Lungentumorzentrums Dr. Antje Tessmer, „egal, über welchen Weg er in das Lungentumorzentrum der Charité gekommen ist.“ Stellt sich

beispielsweise ein Patient mit Verdacht auf Lungenkrebs in der Lungentumor-Ambulanz vor, werden seine Befunde ebenso in der Tumorkonferenz vorgestellt, wie die eines Patienten, der wegen eines fortgeschrittenen Lungentumors in die Klinik für Strahlentherapie eingewiesen worden ist. Beide Patienten erhalten eine individuelle Empfehlung: In dem einen Fall werden die Ärzte die nächsten Schritte zur Diagnosesicherung vorschlagen, im anderen das bestmögliche Therapiekonzept.

In kürzester Zeit eine klare Diagnose

„Patienten erhalten bei uns möglichst in kürzester Zeit eine abgesicherte Diagnose“, sagt PD Dr. Jens Neudecker, Thoraxchirurg und Standort-Koordinator des Lungentumorzentrums am Campus Mitte. Sämtliche moderne Diagnostikmöglichkeiten befänden sich im Haus, „ganz abgesehen von Experten aus allen Fachgebieten, die die Befunde gemeinsam bewerten.“

Die Mehrzahl der Lungentumore ist nach wie vor inoperabel, nur jeder vierte Pa-



Das „Kompetenzteam“ Lungenkrebs bei der Tumorkonferenz am Dienstag. Unten im Bild Dr. Ulrike Höller, PD. Dr. Jens Rückert, Dr. Bettina Temmesfeld-Wollbrück, Dr. Carsten-Oliver Schulz

tient kann operiert werden. Nicht nur die Ausbreitung des Tumors, auch Alter und Gesundheitszustand der Patienten lassen oftmals keine Operation mehr zu. „Umso wichtiger ist es, dass das Zentrum über eine hoch spezialisierte Thoraxchirurgie, Pneumologie, Strahlentherapie und Onkologie verfügt, die es selbst in scheinbar aussichtslosen Situationen ermöglichen, mit multimodalen Therapiekonzepten noch das Beste für den Patienten zu erreichen“, erläutert Jens Neudecker.

Welche Schlüsselrolle die Pathologie in der Krebsmedizin heute spielt, wird am Lungentumorzentrum der Charité besonders gut deutlich: Routinemäßig werden hier alle nichtkleinzelligen Lungentumore auf EGFR- und ALK-Mutationen getestet. Weisen die Charité-Pathologen zum Beispiel eine Mutation des EGF-Rezeptors nach, werden die Ärzte den Patienten anstelle der sonst üblichen Chemotherapie mit einem Medikament behandeln, das diese Treiber-Mutation hemmt. Das ist bei etwa jedem zehnten Patienten der Fall. Oftmals suchen die Pathologen noch nach weiteren krankheitsrelevanten Gen-Mutationen. Pneumologin Antje Tessmer: „Unser Ziel ist, mit Hilfe der Tumorprofile möglichst viele Patienten in passende Studien an der

Charité oder anderen Zentren einzuschließen, wo sie dann von neuen Therapieansätzen profitieren.“

Aktuell führt das Lungentumorzentrum eine neue multizentrische Medikamenten-Studie durch. Eingeschlossen werden Patienten mit einer ALK-Mutation im Tumor, die auf das zielgerichtete Krebsmedikament Crizotinib nicht mehr ansprechen. Alectinib heißt die neue Hoffnung, die im Rahmen der Studie getestet wird. „Die weltweit neuesten Studienergebnisse fließen in unsere Behandlungskonzepte mit ein“, sagt Neudecker mit Blick auf die wissenschaftliche Expertise der Charité. Und genau wie bei der Diagnostik gelte auch bei der Behandlung: „Wir haben alle Therapiemöglichkeiten an der Charité.“ Die Klinik für Strahlentherapie mit ihren Hochpräzisionsbestrahlungsgeräten gehört zu den bestausgestatteten deutschlandweit, wovon Lungenkrebspatienten besonders profitieren.

Denn die Mehrzahl erhält sowohl eine Chemotherapie als auch eine Strahlentherapie. Einige Patienten bekommen auch eine neoadjuvante Radiochemotherapie mit dem Ziel, den Tumor so zu verkleinern, dass er operabel wird.

„Wir arbeiten Hand in Hand“

Im Mai 2012 wurde das Lungentumorzentrum von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Und auch wenn die Ärzte und Psychoonkologen schon deutlich länger zusammenarbeiten und sich seit vielen Jahren oft auch jenseits des „Protokolls“ über ihre Patienten verständigen: Die Gründung des Lungentumorzentrums hat der Zusammenarbeit nochmals eine andere Qualität verliehen und damit für jeden einzelnen Patienten zu spürbaren Verbesserungen geführt. „Wir arbeiten hier alle Hand in Hand“, sagt Antje Tessmer. „Das ist die entscheidende Voraussetzung für eine umfassende und fürsorgliche Behandlung unserer Patienten nach dem neuesten Stand.“

MODUL KOPF-HALS-TUMORE

„Wir wollen die Heilungsaussichten verbessern“

Am Zentrum für Kopf-Hals-Tumore wird nicht nur nach neuesten Standards therapiert. Es werden auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit neue Therapieansätze erforscht - zum Nutzen der Patienten.



Modul-Leiter Raguse: Funktionserhalt und Lebensqualität der Patienten immer im Blick

Mit mehr als 300 Primärfällen pro Jahr verfügen die Ärzte am Charité-Zentrum für Kopf-Hals-Tumore im Vergleich mit allen anderen Universitätskliniken über besonders viel Erfahrung bei der Behandlung von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich. Erfahrung ist aber nicht der einzige Grund, warum das Zentrum mit seinen drei Charité-Standorten im Mai 2012 von der Deutschen Krebsgesellschaft als Modul zertifiziert wurde. Ein weiterer, wichtiger Grund für das „Gütesiegel“ ist die systematische interdisziplinäre Zusammenarbeit der unterschiedlichen Spezialisten: Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Mund-Kiefer-und-Gesichtschirurgen, Internistische Onkologen, Radioonkologen und Pathologen kümmern sich am Modul gemeinsam mit Therapeuten wie Logopäden oder Psychoonkologen um das Wohl der Patienten. Für den Leiter des Moduls Dr. Dr. Jan-Dirk Raguse ist genau das ein unschlagbares Argument. Schließlich gelte es für jeden einzelnen Patienten die optimale Therapie zu finden. „Und das gelingt nun mal am besten in einem multidisziplinären Team“, so der Mund-Kiefer-und Gesichtschirurg.

Therapie-Kombinationen bringen oft den Heilungserfolg

Gerade im sensiblen Kopf-Hals-Bereich, wo elementare Funktionen wie Atmen, Schlucken, Kauen und Sprechen angesiedelt sind, müssen die Ärzte besonders gut abwägen, wann eine Operation sinnvoll oder eine Radiochemotherapie die bessere

Alternative für den Patienten ist. „Wir entscheiden diese Fragen immer gemeinsam“, sagt der Koordinator am Campus Mitte Dr. Steffen Dommerich und unterstreicht, dass Funktionserhalt und Lebensqualität - neben der Heilung - ganz elementare Fragen für Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren sind.

Dank moderner Rekonstruktionsverfahren können die Mund-Kiefer-und Gesichtschirurgen und ihre HNO-Kollegen heute große Teile des Kiefers, Mundbodens oder der Wange so gut rekonstruieren, dass selbst Patienten mit fortgeschrittenen Tumorstadien chirurgisch noch eine entsprechend gute Lebensqualität zurückgegeben werden kann. Der Chirurgie sind allerdings immer dann Grenzen gesetzt, „wenn die Tumore sehr weit fortgeschritten sind oder funktionell nicht wiederherstellbare Bereiche wie der Kehlkopf betroffen sind“, meint Dommerich. Bei inoperablen Kopf-Hals-Tumoren sei daher die Radiochemotherapie die Therapie der ersten Wahl.

Doch häufig geht es gar nicht um das Für oder Gegen eine bestimmte Therapie, sondern um deren sinnvolle Kombination. So ist etwa bei einem Drittel der operierten Patienten eine anschließende Bestrahlung notwendig und bei einem weiteren Drittel eine kombinierte Radiochemotherapie. „Wenn der Tumor bei der OP nicht vollständig entfernt werden kann oder der Sicherheitsabstand zu gesundem Gewebe zu knapp ist, dann ist eine Radiochemotherapie unverzichtbar“, erläutert der Direktor der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie Prof. Dr. Volker Budach. Etwa 80 Prozent dieser Hochrisikopatienten könne man mit einer Kombination aus Operation und Radiochemotherapie noch heilen.

Anders als Patienten im Frühstadium haben Patienten mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren vergleichsweise geringere Heilungschancen: Um auch hier die Heilungsaussichten zu verbessern, gehen die Charité-Ärzte in verschiedenen klinischen Studien neuen, viel versprechenden Therapieansätzen nach. Im Rahmen der ICRAT-Studie behandeln die Kopf-Hals-Tumor-Spezialisten beispielsweise Patienten mit inoperablen, lokal fortgeschrittenen Tumoren zunächst mit einer so genannten Induktions-Chemotherapie. Anschließend erhalten die Patienten eine Radio-Antikörpertherapie. „Es gibt Hinweise, dass sich eine vorgeschaltete Chemotherapie günstig auf den Krankheitsverlauf auswirkt“, sagt Studienleiter Budach. „Diese Studie wird zeigen, bei welchen Patienten der neue Ansatz im Vergleich zur konservativen Radiochemotherapie zu besseren Behandlungsergebnissen führt.“ Um in Zukunft die Therapie für jeden Patienten passgenauer zu machen und neue Behandlungswege zu entwickeln, sind in alle Studien begleitende Forschungsprogramme integriert, die im Labor der Strahlenklinik von der Biologin PD Dr. Inge Tinhofer-Keilholz geleitet werden - mit tatkräftiger Unterstützung der Pathologie und anderen Forschungsgruppen.

Hoffnung auf eine vorgeschaltete Chemotherapie

Insbesondere Patienten mit Rezidiven profitieren von den zahlreichen klinischen Studien der internistischen Onkologie an der Charité. Hier kommen neue vielversprechende Medikamente zum Einsatz. „Die klinische Forschung ist sicher ein ganz großer Pluspunkt, weil sie Patienten den Zugang zu innovativen Therapiekonzepten ermöglicht, den sie anderswo nicht hätten“, betont Modul-Leiter Raguse. Aber auch im Normalbetrieb bietet das Modul seinen Patienten keine Therapie von der Stange, sondern sehr individuelle Therapiekonzepte an. Mitunter kommen auch Spezialverfahren wie die photodynamische Therapie oder Hochpräzisionsbestrahlungsverfahren wie CyberKnife und die stereotaktische Bestrahlung zum Einsatz. Aber ganz egal, welche Therapieverfahren die Ärzte auch nutzen. Alle Entscheidungen werden immer zugunsten und gemeinsam mit dem Patienten getroffen. ■

EORTC meets CCCC

Susen Burock über das neu gegründete EORTC Liaison Office in Berlin und wie das CCCC von der Verbindung nach Brüssel profitieren kann.

Frau Burock, von EORTC-Studien hat eigentlich jeder schon mal gehört. Was ist das Besondere?

Die EORTC war die erste europäische Organisation, die klinische Studien für Krebspatienten auf breiter Ebene organisierte. Heute ist sie die größte europäische Organisation für klinische Forschung bei Krebserkrankungen und arbeitet mit mehr als 300 medizinischen Einrichtungen in 32 Ländern zusammen. In den letzten 50 Jahren hat die EORTC viele bedeutende Landmark-Studien durchgeführt, die zum Teil die Therapielandschaft kolossal verändert haben. Auch dass die Lebensqualität heute in fast jeder klinischen Studie berücksichtigt wird, ist ein Verdienst der EORTC.



Susen Burock hat das CCCC mit aufgebaut, ging dann im Rahmen eines Fellowship-Programms für zwei Jahre zur EORTC nach Brüssel. Seit 1. Oktober 2013 leitet sie zusammen mit der Studienschwester Orfea Zehm das EORTC Liaison Office in Berlin. Derzeit arbeitet Burock noch von Brüssel aus, im Juni 2014 kehrt sie ganz nach Berlin zurück und wird dann außerdem als Ärztin am CCCC arbeiten.

Ist es Zufall, dass das Büro am CCCC sitzt?

Es war in der Tat zuerst ein anderer Standort in Deutschland im Gespräch. Aber die jahrelange enge Verbindung zwischen CCCC und EORTC war dann letztlich ausschlaggebend. Das hat natürlich viele Vorteile. Schließlich wollen wir nicht nur verwalten, sondern auch strategisch Einfluss auf die Studienplanungen nehmen.

Guter Punkt. Was macht denn ein EORTC Liaison Office?

Angenommen die EORTC hat ein Studienprotokoll erstellt. Dann ist es unsere Aufgabe, geeignete Kliniken zur Teilnahme zu identifizieren, die vielen erforderlichen Dokumente bei den teilnehmenden Zentren in Deutschland einzusammeln und die

Unterlagen in Absprache mit der Zentrale in Brüssel bei den deutschen Behörden einzureichen. Unser Ziel ist es, diesen Prozess für die Zentren zu vereinfachen und zu beschleunigen, damit eine Studie schnell für die Patienten geöffnet werden kann.

Sie sprachen von strategischem Einfluss. Was meinen Sie damit?

Natürlich möchten wir auch die strategische Ausrichtung steuern, welche Studien gemacht werden, was erforscht werden soll. Professor Keilholz ist ja ohnehin schon lange Mitglied in verschiedenen Organtumorguppen der EORTC und konnte eine Menge bewegen. Das wollen wir mit dem Office noch weiter stärken. Gerade in der heutigen Zeit, wo wir durch die genetische Subtypisierung von Tumoren viel mehr, aber immer kleinere Patientengruppen haben, sind deutsche Einrichtungen verstärkt auf internationale Zusammenarbeit angewiesen. Die EORTC ist für das CCCC und alle Studienzentren in Deutschland natürlich eine wunderbare Brücke.

► Fortsetzung von Seite 1

gung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg mit dem „Helmholtz International Fellow Award“ der Helmholtz-Gemeinschaft ausgezeichnet. Ein guter Grund, für den inzwischen 77-jährigen Krebsforscher seinen Aufenthalt in Deutschland mit einem Besuch am CCCC zu verbinden. Das CCCC und das Helmholtz-Zentrum DKFZ arbeiten im Deutschen Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK) eng zusammen. „Es war interessant zu hören, dass das Khalifa Institute prinzipiell genauso vorgeht wie wir und zur Tumorsequenzierung sogar dieselbe Technologie benutzt“, kommentierte Prof. Dr. Reinhold Schäfer, stellvertretender CCCC-Direktor und Sprecher des DKTK-Partnerstandorts Berlin, den wissenschaftlichen Austausch mit dem prominenten Besucher.

Das CCCC hat zwar bislang keine Millionen-Spende aus Abu Dhabi überwiesen bekommen, aber nicht zuletzt die Einbindung ins German Cancer Consortium (DKTK) ermöglicht Krebsforschung in großem Stil. In einer Verbund-Studie suchen die DKTK-Partner zum Beispiel gemeinsam nach den Ursachen, warum viele Kinder mit akuter lymphatischer Leukämie (ALL) eine Resistenz gegenüber der lebensrettenden Chemotherapie entwickeln. Die Blutkrebszellen dieser Kinder werden nun systematisch sequenziert. „Wir hoffen auf diese Weise Alterationen zu entdecken, die man dann auch behandeln kann“, sagt Reinhold Schäfer.

In anderen Forschungsprogrammen etwa zum Darm-, Brust- und Kopf-Hals-Krebs gleichen die Forscher Hunderte Tumorphile von Primärtumoren mit den Profilen der Metastasen ab. Das äußerst aufwändige Verfahren könnte Schäfer zufolge dazu führen, „dass man eines Tages die Metastase anders behandeln wird als den Primärtumor.“ Das allerdings ist auch in den USA noch Zukunftsmusik, genau wie eine „personalisierte Krebstherapie für alle“ im Moment noch mehr Traum als Wirklichkeit ist. ■

IMPRESSUM

Herausgeber:
Charité Comprehensive Cancer Center
Invalidenstr. 80 | 10115 Berlin
Tel. 030 450 564 622
Fax: 030 450 564 960
E-Mail: cccc@charite.de
Internet: <http://cccc.charite.de/>

Redaktion: Beatrice Hamberger, Cornelia Große
Gestaltung: Christine Voigts, Astrid Holm
Charité Zentrale Mediendienstleistungen
Fotos: Charité, falls nicht anders angegeben

© Charité Comprehensive Cancer Center, 2014.

CANCER HOTLINE +49 30 450 564 222

ANSPRECHPARTNER & STUDIEN

LUNGENTUMORZENTRUM

Ansprechpartner

Zentrumsleiter

Prof. Dr. Norbert Suttorp

Stellv. Zentrumsleiter

PD Dr. Jens-Carsten Rückert

Zentrumskoordinatorin CVK

Dr. Antje Tessmer

**Zentrumskoordinator CCM / QM-Beauftragter /
Thoraxchirurgischer Koordinator**

PD Dr. Jens Neudecker

Studienbeauftragte

Dr. Katrin Moira Heim

Koordinator Translationale Forschung

Dr. Frederick Klauschen

Pulmologische Koordinatorin

Dr. Bettina Temmesfeld-Wollbrück

Radioonkologischer Koordinator CVK

Dr. Harun Badakhshi

Radioonkologische Koordinatorin CCM

PD Dr. Ulrike Höller

Internistisch-onkologischer Koordinator

Dr. Carsten-Oliver Schulz

Aktuelle Studien

- IMI SAFE-T, EA2/116/09: An exploratory, prospective, longitudinal, case-control study to assess novel biomarkers of nephrotoxicity in patients receiving high-dose cisplatin chemotherapy
- Abbott-M10-898: Phase-2-Studie zum Vergleich von Veliparib+Paclitaxel+Carboplatin vs. Placebo+Paclitaxel+Carboplatin bei Patienten mit metastasiertem oder fortgeschrittenem NSCLC
- MetMab-GO27820: Phase-2-Studie zur Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit von MetMAB in Kombination mit Paclitaxel und Cisplatin/Carboplatin als Erstlinientherapie bei Patienten mit Plattenepithelkarzinom der Lunge Stadium IIIB oder IV
- HULU-Projekt: Pathogen-induzierte Aktivierung humaner Lungen
- NP28673: An open-label, non-randomized, multicenter phase I/II trial of RO5424802, given orally to non-small cell lung cancer patients who have alk mutation and failed crizotinib treatment
- ROMANA 1 - Kachexie: Anamorelin HCl in the treatment of non-small cell lung cancer-cachexia (NSCLC-C): A randomized, double-blind placebo-controlled multicenter phase-III study to evaluate the safety and efficacy of anamorelin HCl in patients with NSCLC-C

* Abkürzungen:

QM - Qualitätsmanagement
 SOP - Standard Operating Procedures
 F & W - Fort- und Weiterbildung

ANSPRECHPARTNER & STUDIEN

MODUL KOPF-HALS-TUMORE

Ansprechpartner

Leiter des Moduls	Dr. Dr. Jan-Dirk Raguse
Koordinatorin CVK	Dr. Eva-Tessina Becker
Koordinator CCM / QM-Beauftragter	Dr. Steffen Dommerich
Koordinator CBF	Dr. Bert Hildebrandt
Studienbeauftragte	Dr. Carmen Stromberger
Koordinatorin Translationale Forschung	PD Dr. Ingeborg Tinhofer-Keilholz

Aktuelle Studien

- CeFCiD 1108: Studie über die Wirksamkeit von Cetuximab, Cisplatin und Fluorouracil alleine oder mit Docetaxel in rezidivierendem und / oder metastasierten Kopf-Hals-Tumoren, Alter ≥ 18 Jahre, keine obere Altersgrenze
- Chemosensitivitätsprüfungen an Patiententumoren
- LUX-Head & Neck 1: A randomised, open-label, phase-III study to evaluate the efficacy and safety of oral afatinib (BIBW 2992) versus intravenous methotrexate in patients with recurrent and / or metastatic head and neck squamous cell carcinoma, who have progressed after platinum-based therapy
- STREAM: A randomized discontinuation, blinded, placebo-controlled phase-II study of sorafenib in patients with chemo-naive metastatic uveal melanoma
- PN1 - Studie - DÖSAK: Wirksamkeit einer postoperativen adjuvanten Strahlentherapie bei Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom der Mundhöhle oder des Oropharynx und gleichzeitig histologisch gesicherter solitärer ipsilateraler zervikaler Lymphknotenmetastase
- PIOL-R: Nichtinterventionelle, prospektive Registerstudie zur Behandlungspraxis des primären intraokulären Lymphoms in der klinischen Routine
- DCC: Phase-II-Studie zur Erfassung der Effektivität einer wöchentlich verabreichten Docetaxel-Carboplatin/Cisplatin Cetuximab-Kombination (DCC) bei fortgeschrittenen Plattenepithelkarzinomen des Oropharynx und der Mundhöhle.
- CTC: Prospektive Studie zur Wertigkeit zirkulierender Tumorzellen als prognostische Biomarker und diagnostisches Werkzeug zur Untersuchung von Resistenzmechanismen
- ICRAT: Prospektive Phase-II-Studie fraktionierte vs. Standard-Induktionschemotherapie gefolgt von Radioantikörpertherapie vs. simultane Radiochemotherapie bei LASSCHN

* Abkürzungen:

QM - Qualitätsmanagement
 SOP - Standard Operating Procedures
 F & W - Fort- und Weiterbildung