Thoraxstiftung Heidelberg
Um im Leben zu bleiben

SONDERDRUCK

DER THORAXSTIFTUNG

Thoraxstiftung Heidelberg

IN DIESER AUSGABE

Thoraxklinik – Universitätsklinikum Heidelberg.....2

Onkologie

Mit Kanonen auf Spatzen schießen … das war einmal 6

Chirurgie

Schlüsselloch – auch ein Begriff in der Thoraxchirurgie.....8

Pneumologie

Atemlos – nicht nur ein Schlager 10

Forschung

Forschung in der Thoraxklinik.....16

Impressum 20

Thoraxklinik — Universitätsklinikum Heidelberg

Die Thoraxklinik Heidelberg ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit einer über 120-jährigen Geschichte und seit 2009 zertifiziertes Lungenkrebszentrum sowie akkreditiertes Weaningzentrum. Sie ist eine Tochtergesellschaft des Universitätsklinikums Heidelberg und arbeitet eng mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum zusammen. Die Klinik ist einer der Partner des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen Heidelberg (NCT) und gehört zu den Heidelberger Standorten des Deutschen Zentrums für Lungenforschung. Als eine der größten Lungenfachkliniken in Deutschland werden mit 310 Planbetten sowie 4 OP-Sälen medizinische Leistungen und ca. 2.200 Operationen im Bereich der Thoraxerkrankungen durchgeführt.

Die Behandlung von schwerkranken Menschen steht für die Thoraxklinik seit ihrer Gründung im Vordergrund. Zunächst war die Behandlung der Lungentuberkulose die medizinische Herausforderung. Heute deckt die Klinik das gesamte Spektrum der chirurgischen und konservativen Behandlung von Lungenkrankheiten ab: Die meisten Patienten sind an Lungenkrebs, COPD, Mukoviszidose, Asthma bronchiale, interstitiellen Lungenkrankheiten oder Lungentuberkulose erkrankt. Einige dieser Erkrankungen verlaufen chronisch und manche sind schon bei Diagnosestellung lebensbedrohlich. Auf allen verfügbaren medizinischen Feldern (Onkologie, Pneumologie und Thoraxchirurgie) wird an der Thoraxklinik eine Spitzenexpertise vorgehalten, die nationale und internationale medizinische Standards setzt. In Forschungsprojekten wird von der Grundlagenwissenschaft bis zur klinischen Anwendung mit nationalen und internationalen Kooperationspartnern an der Fortentwicklung des Wissens und der Erkenntnisse gearbeitet. Die Behandlungsergebnisse zählen zu den besten im internationalen Vergleich, und alles Machbare wird ermöglicht, um Heilung zu erreichen.

„Die Behandlung von schwerkranken Menschen steht für die Thoraxklinik seit ihrer Gründung im Vordergrund.“

Haupteingang und
Foyer der Thoraxklinik

Das Rohrbacher Schlösschen mit Park auf dem heutigen Klinikgelände

Ärztliche Direktoren

1928 – 1933
Prof. Dr. Albert Fraenkel

1934 – 1938
PD Dr. Walter Schmidt

1939 – 1945
Prof. Dr. Ludwig Adelberger

1946 – 1947
Dr. Kurt Theiss

1947 – 1972
Prof. Dr. Dr. Erwin Gaubatz

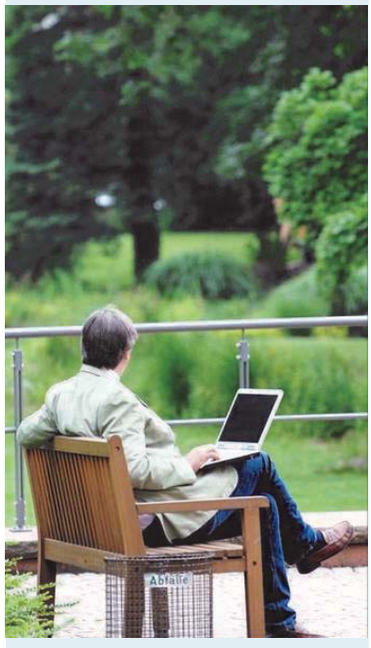
1972 – 1996
Prof. Dr. Ingolf Vogt-Moykopf

1996 – 2005
Prof. Dr. Peter Drings

2005 – 2015
Prof. Dr. Hendrik Dienemann

Ab 2015
Prof. Dr. Felix Herth

Albert-Fraenkel-Saal mit Ginkobaum im Herbst



Besucher im Klinikpark

Historischer Hintergrund

Gründungsjahr 1899

Anlässlich des 70. Geburtstags des Großherzogs Friedrich I. von Baden sammelten Unternehmer und Privatpersonen aus dem Großherzogtum auf Initiative des Mannheimer Unternehmers Dr. h.c. Carl Haas (Zellstofffabrik Waldhof = ZEWA) die sogenannte „Großherzog-Friedrich-Spende“. Die Spende in Höhe von 330.000 Mark wurde einem sozialen Zweck zur Verfügung gestellt.

Zur Erfüllung der Aufgaben wurde in Karlsruhe der Verein „Genesungsfürsorge“ gegründet. Ziel des Vereins war, zwei Gebäude als Genesungsheime käuflich zu erwerben und umzuwidmen: den Tretenhof bei Lahr und das „Rohrbacher Schlösschen“ in Heidelberg -Rohrbach. Das Rohrbacher Schlösschen und das dazugehörige Gelände wurden zum Preis von 35.000 Mark erworben.

In Rohrbach wurden 1899 erstmals „Pfleglinge“ zur Erholung aufgenommen. Die Leitung für das Genesungsheim oblag der Oberin. Die Ärzte Prof. Dr. Knauff und Dr. Holl waren konsiliarisch tätig.

1914 – 1918

Lazarett im 1. Weltkrieg

1920 – 1933

Die Einrichtung wird zum „Tuberkulosekrankenhaus Rohrbach“. Verantwortlich zeichnen Dr. Gustav Hack als Direktor und Prof. Dr. Albert Fraenkel, der erste Ärztliche Direktor der Klinik.

Die katholischen „Bühler Schwestern“ übernehmen die pflegerische Versorgung der Patienten.

1933 wird Prof. Dr. Fraenkel wegen seiner jüdischen Abstammung entlassen.

1933 – heute

Unter PD Dr. Walter Schmidt, dem Begründer der Thoraxchirurgie an der Thoraxklinik, entwickelte sich die Klinik bezüglich der Bettenkapazität enorm weiter.

Neben der Pneumologie und Thoraxchirurgie etablieren sich im Laufe der Jahre auch die klinischen Bereiche Thoraxonkologie und Intensivmedizin.

Die Bühler Schwestern verlassen 1972 nach 52 Jahren segensreicher Arbeit die Klinik.

Die enge Anbindung an das Universitätsklinikum Heidelberg lässt sich sehr früh belegen. Schon Albert Fraenkel legte großen Wert auf die wissenschaftliche Zusammenarbeit, die bis zum heutigen Tage existiert.

Das wissenschaftliche Spektrum reicht von der Prävention über die Akutmedizin bis hin zu Palliative Care. Insbesondere bei tabakassoziierten Lungenerkrankungen lässt sich das Spektrum gut darstellen:

Für die Vermeidung steht das Präventionsprogramm „**o**hne**k**ippe“, gefolgt von der Früherkennung im Rahmen von Gemeinschaftsprojekten der Fachbereiche Pneumologie, Onkologie, Thoraxchirurgie und Radiologie. Die Prognosen der tabakassoziierten Lungenerkrankungen hängen ganz entscheidend von der Früherkennung ab.

Kontakt Thoraxstiftung

Tel.: 06221 - 396 2888

info@thoraxstiftung.de

Urkunde zu Tretenhof und Rohrbacher Schlösschen

Aktuelles Luftbild des Klinikgeländes der Thoraxklinik mit Rohrbacher Schlösschen und Klinikpark

Klinikpark mit Teich und Aussicht auf den Anbau aus der Mitte des letzten Jahrhunderts

Mit Kanonen auf Spatzen schießen … das war einmal

Für die Anfänge der Zytostatikatherapie passte die bekannte Redensart aus heutiger Sicht genau. Man hatte damals Substanzen zur Verfügung, die zwar durchaus wirkten, aber nicht zielgerichtet eingesetzt werden konnten.

Hemmer“. Diese Medikamente hemmen bestimmte Proteine der Krebszellen, die das Tumorwachstum fördern, wie beispielsweise „EGFR“, „ALK“, „BRAF“, „MEK“ oder „VEGF“.

Als weiterer Forschungsschwerpunkt wird in der Thoraxklinik der systemische Immunstatus von Patienten umfassend charakterisiert, um zu klären, welche Prozesse häufig die Immunfunktion bei verschiedenen thorakalen Neoplasien beeinträchtigen. Durch

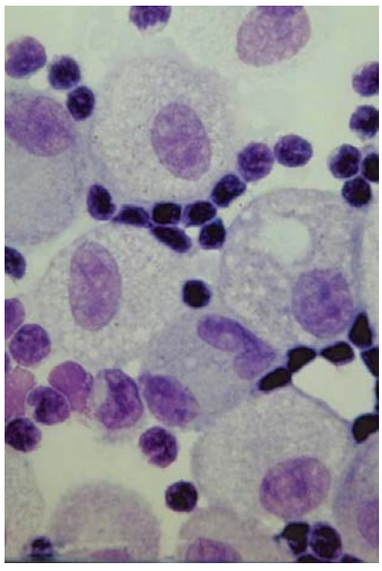
„Die Nadel im Heuhaufen suchen … trifft es inzwischen besser.“

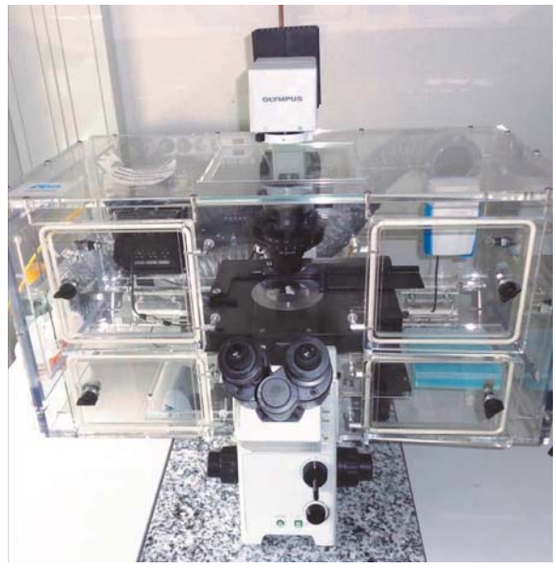
Die Nadel im Heuhaufen suchen … trifft es inzwischen besser.

In den letzten Jahren konnten dank intensiver Forschungsanstrengungen neue Medikamente zur zielgerichteten Therapie entwickelt werden. Meist sind die unerwünschten Nebenwirkungen geringer. Eine große Gruppe bilden die sogenannten „Kinase-Hemmer“ und „Angiogenese-

Auf der anderen Seite steht die Immuntherapie, die darauf abzielt,
die körpereigenen Abwehrreaktionen gegen die Krebszellen zu aktivieren.
Die Wirksamkeit solcher Medikamente wird im Vorfeld durch komplexe Laboruntersuchungenbei Patienten mit verschiedenen Arten von Lungenkrebs geprüft. Dazu werden sowohl die Tumorzellen als auch die Tumormikroumgebung gründlich analysiert.

solche gründlichen, hochmodernen Untersuchungen an Blut und Gewebe können letztlich neue Tumormoleküle als geeignete Zielstrukturen für die Entwicklung noch wirksamerer Medikamente gefunden werden.
.





Aktuelle Studien

FORCE (Fostering efficacy of anti-PD-1-treatment: Nivolumab plus radiotherapy in advanced non-small cell lung cancer). Hier werden Patienten mit NSCLC Stadium IV in der Zweit- oder Drittlinientherapie mit Nivolumab behandelt. Ein Teil der Patienten wird zusätzlich bei entsprechender Indikation an einer Metastase bestrahlt. Die Hypothese ist, dass die Bestrahlung eine pro-inflammatorische Reaktion auslöst, die die immunaktivierende Wirkung der Immuntherapie verstärkt.

TRADEhypo (Thoracic Radiotherapy plus Durvalumab in Elderly-Employing optimized (hypofractionated) radiotherapy to foster durvalumab efficacy).

Hier werden Patienten mit NSCLC Stadium III eingeschlossen, die aufgrund von Alter und/oder Komorbiditäten/ Allgemeinzustand nicht mit einer Chemotherapie behandelt werden können und deshalb einer alleinigen Radiotherapie zugeführt werden sollen. Unter der Hypothese, dass diese Patienten durch die fehlende Systemtherapie untertherapiert sind, erhalten sie im Rahmen dieser Studie eine Radio-Immuntherapie mit Durvalumab in Kombination mit entweder hypofraktionierter Strahlentherapie oder konventioneller Strahlentherapie. Neben der Untersuchung der Durchführbarkeit sollen erste Erkenntnisse über den kombinierten Effekt von Strahlen- und Checkpoint-Inhibitor-Therapie auf die lokale Kontrolle und den Langzeitvorteil gewonnen werden.

HEIDELBERGER MEILENSTEIN-KOMMUNIKATION (HeiMeKOM)

Es handelt sich um ein interprofessionelles Kommunikationskonzept für Patienten mit einer begrenzten Prognose. Ziele sind dabei, die Lebensqualität zu verbessern, präferenzsensitive und vorausschauende Entscheidungen zu stärken und eine frühe Einbindung von Palliative Care in den Behandlungsverlauf zu ermöglichen.

HEIDELBERGER ENTSCHEIDUNGSHILFEN FÜR LUNGENKREBSPATIENTEN (HELP)

Es werden Entscheidungshilfen für PatientInnen mit metastasiertem Lungenkarzinom zur Steigerung der Patientenkompetenz und -autonomie entwickelt. Zentrales Ziel ist dabei die Optimierung der Einbindung von Patienten in den Behandlungs- und Entscheidungsprozess sowie eine entsprechende Stärkung der Patientenorientierung.

„Kommunikationskonzept für Patienten mit einer begrenzten Prognose.“

Schlüsselloch – auch ein Begriff in der Thoraxchirurgie

Die operativen Behandlungen der Lunge und des Rippenfells nehmen einen großen Stellenwert in der Thoraxchirurgie ein. Beginnend mit der Tuberkulosechirurgie in den Anfängen der Thoraxklinik änderte sich das Behandlungsspektrum in den 1970er Jahren hin zur Operation von Krebskranken.

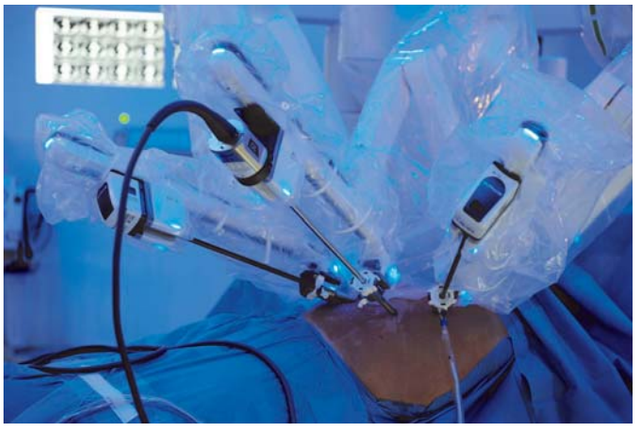
Neue Ansätze in der Thoraxchirurgie, die aktuell mittels intensiver Forschungsaktivitäten untersucht werden, sollen insbesondere folgende Ziele erfüllen:

1. Frühestmögliche chirurgische Intervention. Je früher ein Tumor erkannt wird, desto besser sind Operabilität und Heilungsaussichten
2. Möglichst minimalinvasiver Zugang zum Krankheitsgeschehen. Hier spielt der Einsatz des roboterassistierten Systems DaVinci eine wichtige Rolle. Sowie neu entwickelte minimalinvasive uniportale OP – Techniken.
3. Kombination ergänzender Therapien während der Operation, wie z. B. die hypertherme intraoperative Chemotherapie (HITOC) oder auch die systemische Weiterbehandlung mittels verschiedener Medikamente, die in enger Abstimmung mit der Thoraxonkologie stattfinden.

„Minimalinvasive Präzisionschirurgie mittels DaVinci“

Smart-Care

Untersucht werden Prognosefaktoren für die Früherkennung von nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinomen
Prof. Dr. H. Winter, Dr. L. Klotz, Dr. Th. Muley, Dr. M. Schneider
Kooperation mit dem DKFZ Prof. Dr. J. Krijgsveld, Prof. Dr. U. Klingmüller



Roboter-Assistierte Thoraxchirurgie

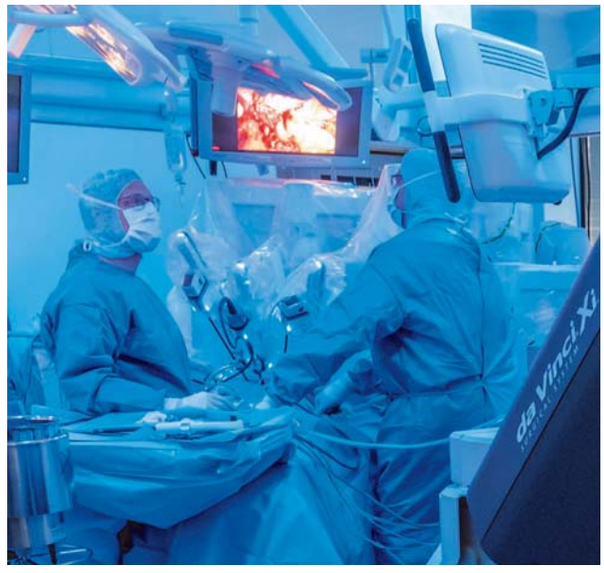
Untersucht werden die medizinischen Vorteile der Roboter-assistierten minimalinvasiven Chirurgie im Rahmen onkologischer Eingriffe und die Rentabilität des DaVinci-Systems im Vergleich zu klassischen minimal-invasiven Operationsverfahren.
Prof. Dr. H. Winter, PD Dr. M. Eichhorn, Dr. J. Haag , Dr. C. Wimmer, Dr. P. Reimer

Aktuelle Studien

Pleuramesotheliom

Bedeutung der hyperthermen intraoperativen Chemotherapie (HITOC) nach Pleurektomie und Dekortikation bei Patienten mit epitheloidem Pleuramesotheliom.

Multizentrische Studie gemeinsam mit der Thoraxonkologie zur Untersuchung der Bedeutung der Operation in Kombination mit HITOC und anschließender Immuntherapie (anti-PD1) (NICITA-Studie). Dr. L. Klotz, PD Dr. M. Eichhorn, Prof. Dr. M. Thomas, Prof. Dr. H. Winter



Nicht kleinzelliges Bronchialkarzinom

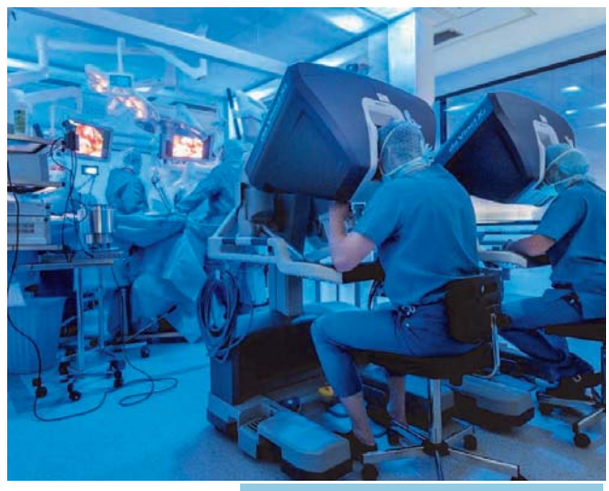
NEOMUN Trial (IIT-Studie)

Monozentrische Studie mit dem Ziel, bei Patienten mit lymphatisch metastasiertem nicht kleinzelligen Bronchialkarzinom den Einfluss der neoadjuvanten Immuntherapie mit anti-PD1 (Pembrolizumab) zu belegen. In die Studie werden Patienten eingeschlossen, die ein lokal fortgeschrittenes NSCLC im Stadium II-IIIa aufweisen, das bereits in den Tumor-drainierenden Lymphknoten metastasiert ist. Im Rahmen dieser Studie werden basiswissenschaftliche Untersuchungen zur Tumormikroumgebung mit folgenden Fragestellungen vorgenommen:

- Bedeutung von Tumor-infiltrierenden T-Zellen als Prognosefaktoren für das Ansprechen auf die Therapie.
  PD Dr. M. Eichhorn, Dr. F. Eichhorn,
  Prof. Dr. H. Winter
  Kooperation mit dem NCT Prof. Dr. D. Jäger, PD. Dr. N. Halama, Eacri Oregon, USA, Prof. B. Fox

- Bedeutung von Makrophagen (M1/M2) als Prognosefaktoren für das Ansprechen auf die Immuntherapie.
  PD Dr. M. Eichhorn, Dr. F. Eichhorn,
  Prof. Dr. H. Winter
  Kooperation mit dem Max-Planck-Institut Bad Nauheim / PD Dr. R. Savai

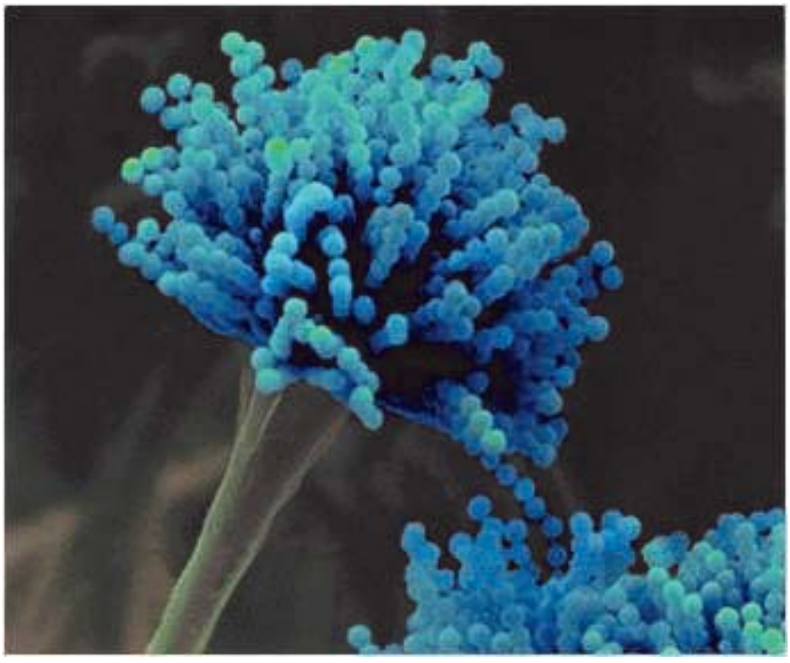
- Untersuchung der Tumormutationslast als Prognosefaktor für das Ansprechen auf die Therapie.
  PD Dr. M. Eichhorn, Dr. F. Eichhorn,
  Prof. Dr. H. Winter
  Kooperation mit dem NCT Prof. Dr. Jäger,
  PD. Dr. N. Halama



Atemlos – nicht nur ein Schlager …

Die oft chronisch verlaufenden Lungenkrankheiten sind weit verbreitet und durch sehr unterschiedliche Ursachen ausgelöst. Mit Ausnahme der Lungentuberkulose sind die Patienten nicht ansteckend. Manche Erkrankungen sind erblich bedingt, andere durch Allergien, Umwelteinflüsse, andere auch häufig durch das Rauchen ausgelöst.

Jeder kennt das Gefühl von Luftnot. Menschen mit Lungenkrankheiten leiden häufig unter diesem Symptom. Chronische Lungenkrankheiten können auch zu systemischen Folgen führen, wie z. B. Beteiligung des Herzens.



COPD

(chronic obstructive pulmonary disease)

Es handelt sich um eine chronische und fortschreitende Lungenkrankheit, bei der sich die Atemwege verengen und entzündlich verändert sind. Die Erkrankung ist sehr weit verbreitet. Als Hauptursachen zählen das Rauchen und Umwelteinflüsse. Dadurch kommt es zur chronischen Bronchitis, häufig in Kombination mit einem Lungenemphysem, bei dem aufgrund von Überblähungen Bereiche der Lunge nicht mehr funktionsfähig sind.

Wissenschaftliche Studien sind unbedingte Voraussetzung, um die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in der Medizin zu verbessern. Das Pneumologische Studienzentrum bietet regelmäßig klinische Studien an, um damit zum Fortschritt in der Medizin beizutragen.

Die Teilnahme an einer klinischen Studie birgt große Chancen sowohl für den Teilnehmer als auch für zukünftige Patienten. Teilnehmende Patienten profitieren nicht nur von den neuesten Forschungsergebnissen, sondern erhalten auch eine intensive Betreuung durch erfahrene Experten und engmaschige Untersuchungen. Zudem leisten sie einen wertvollen Beitrag zum medizinischen Fortschritt und zur Verbesserung der Behandlung bestimmter Erkrankungen.

Aktuelle Studien

ENDOSKOPISCHE LUNGENVOLUMENREDUKTION

Bei Patienten mit schwergradiger COPD liegt ein Studienschwerpunkt in der Verringerung der Lungenüberblähung durch endoskopische Lungenvolumenreduktion (sog. ELVR-Studien).

Beispielhaft sind aktuelle Prüfungen aufgelistet:

Lifetech Cineses

Titel: Evaluation of the Cineses Lung Volume Reduction Reverser System in Treating Patients With Severe Emphysema

Indikation: COPD Stadium III-IV mit schwerem oberlappenbetonten Lun-

genemphysem mit und ohne Kollateralventilation

Prozedur: Beidseitige bronchoskopische Implantation von Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion.

BTVA Registry

Titel: Post-Market BTVA Registry for Patients with Emphysema Treated with BTVA

Indikation: COPD Stadium III-IV mit schwerem, homogenem Lungenemphysem

Prozedur: Segmentale Dampfablation von emphysematös zerstörtem Lungenparenchym in 2 Sitzungen

BRONCHUS EM Power

Titel: Post-Market Optimization Study of the EMPOWER® RF Catheter to Ablate Soft Tissue Lesions in the Lung

Indikation: Patienten mit malignen Lungenrundherden

Prozedur: Radiofrequenzablation von pulmonalen Rundherden vor chirurgischer Resektion

Patienteneinschluss: Rekrutierung geplant ab 12/2019

Studienregister: NCT04131777

Ebenfalls wird erforscht, ob sich durch gezieltes Veröden von Nerven eine Verringerung der Exazerbationsrate erzielen lässt.

Nuvaira Airflow 3 TLD

Titel: A Multicenter, Randomized, Sham-controlled Study to Evaluate Safety and Efficacy After Treatment With the Nuvaira™ Lung Denervation System in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

Indikation: Patienten mit mittel- bis schwergradiger Atemwegsobstruktion (FEV1) auf dem Boden einer COPD im Stadium II-III

Prozedur: Bronchoskopische Ablation des N. Vagus im Bereich beider Hauptbronchien mittels Radiofrequenzablation (RFA)

GALA RheOx

Titel: An Observational Study of Bronchial™ Rheoplasty for the Treatment of Chronic Bronichitis Symtoms: RheOx™ European Post market Registry

Indikation: Patienten mit chronischer Bronchitis auf dem Boden einer COPD

Prozedur: Bronchoskopsiche Ablation der bronchialen, Schleim/Sekret produzierenden Drüsen mittels Radiofrequenzablation

Patienteneinschluss: Rekrutierung geplant ab 01/2020

Studienregister: NCT03631472

COPD-Registerstudien

Registerstudien dienen der Erfassung von Krankheitsverläufen unter verschiedenen Therapien, ohne auf die individuelle Therapie Einfluss zu nehmen. Sie sollen das Verständnis für bestimmte Krankheiten weiterentwickeln und zu Verbesserungen in der Diagnostik oder Therapie dieser Erkrankungen beitragen. Bei COPD sollen hiermit wissenschaftliche Fragestellungen

zu Risikofaktoren, Therapie und Erkrankungsverläufen beantwortet werden.

COSYCONET 2

Titel: Einfluss systemischer Manifestationen und Komorbiditäten auf den klinischen Zustand und Verlauf bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

Indikation: Patienten älter als 40 Jahre mit COPD

Im Rahmen der sogenannten COSYCONET-2-Studie wird die nationale COPD -Kohorte erweitert. Ziel ist es, Zusammenhänge zwischen der COPD und den häufig auftretenden Begleiterkrankungen zu untersuchen.

SONSTIGE STUDIEN

Als sonstige Studie bezeichnet man alle Studien, die weder ein Arzneimittel noch ein Medizinprodukt prüfen. Die Thoraxklinik prüft aktuell, ob sich bei Patienten mit nicht-invasiver Beatmung die körperliche Leistungsfähigkeit durch den sogenannten Lippenbremsen-Modus verbessern lässt.

Nicht invasive Beatmung mit Lippenbremse

Titel: Vergleich einer konventionellen nicht invasiven Beatmung mit nicht invasiver Beatmung im Modus „Lippenbremse“ zur Behandlung von Patienten mit fortgeschrittener COPD

Indikation: Patienten mit COPD und NIV seit mindestens 3 Monaten mit inspiratorischem Druck von ≥ 20 mbar (oder Volumensicherung ≥ 20 mbar) ohne COPD-Exazerbation in den letzten 4 Wochen, BMI < 35, Steroid-Therapie < 15mg/Tag

Team des Pneumologischen Studienzentrums

Ebenfalls wird geprüft, ob eine verbesserte Mundhygiene zu einer Verringerung von Exazerbationen führen kann.

EXperTENTION Trial

Untersuchung der Wirksamkeit einer Parodontalbehandlung auf die systemische Inflammation und Prävention von Exazerbationen bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD): Eine multizentrische, prospektive, randomisierte, kontrollierte, Parallelgruppen Pilotstudie

Indikation: Patienten mit mittelschwerer oder schwerer COPD und chronischer Parodontitis mit zumindest einer Exazerbation (akute Verschlechterung) innerhalb des letzten Jahres, die mit Cortison oder Antibiotika behandelt werden musste

Tuberkulose

In den aktuellen Medizinprodukt-Studien bei Tuberkulose werden Bluttests entwickelt, die die Diagnostik zur Feststellung von Tuberkulose verbessern sollen.

Aktuelle Studien

Lophius Biosciences – Y5

Titel: Optimierung des RTT-basierten Testverfahrens zur Unterscheidung von Patienten/Probanden mit aktiver oder latenter Tuberkuloseinfektion sowie nicht infizierten Patienten/ Probanden

Indikation: Patienten zwischen 18 und 85 Jahren mit bekannter aktiver oder latenter Tuberkulose oder mit Tuberkuloseverdacht ohne Vorbehandlung mit Rifampicin oder Immunsuppressiva

Patienteneinschluss: rekrutierend

Forschungsprojekt zur Entwicklung eines neuen *In-vitro*-Diagnostiktests für den Nachweis einer Tuberkuloseinfektion

Indikation: Proband mit einer akuten TB-Infektion. Tuberkulosediagnose bestätigt durch klinische Symptomatik und molekularen Nachweis (mittels Polymerase-Kettenreaktion [PCR]) oder kulturellen Nachweis des Erregers

Patienteneinschluss: rekrutierend

Aktuelle Studien

Asthma

Beobachtungsstudien erheben patientenbezogene Daten im Gesundheitsbereich, z. B. über den regulären Einsatz von Medikamenten im Rahmen einer Therapie.

imPROve asthma - Beobachtungsstudie

Titel: Veränderungen der gemessenen patientenberichteten Endpunkte bei Patienten mit schwerem eosinophilen Asthma, die in Deutschland unter Realbedingungen mit Benralizumab behandelt wurden

Indikation: Patienten > 18 Jahre mit schwerem Asthma, die mit Benralizumab behandelt werden sollen, keine Vortherapie mit Benralizumab, keine weitere pulmonale Erkrankung

Asthma-Registerstudien

Registerstudien dienen der Erfassung von Krankheitsverläufen unter verschiedenen Therapien, ohne auf die individuelle Therapie Einfluss zu nehmen. Sie sollen das Verständnis für bestimmte Krankheiten weiterentwickeln und zu Verbesserungen in der Diagnostik oder Therapie dieser Erkrankungen beitragen. Bei Asthma sollen hiermit wissenschaftliche Fragestellungen zu Risikofaktoren, Therapie und Erkrankungsverläufen beantwortet werden.

Novelty

Titel: Beobachtungsstudie zur obstruktiven Lungenerkrankung (NOVELTY): Eine NEUARTIGE Längsschnitt-Beobachtungsstudie bei Patienten mit der Diagnose oder vermuteten Diagnose Asthma und/oder COPD zur Beschreibung von Patienteneigenschaften, Behandlungsmustern und der Krankheitsbelastung über einen längeren Zeitraum und zur Feststellung von Phänotypen und Endotypen im Zusammenhang mit Differenzialergebnissen, die eine zukünftige Entwicklung von individuell gestalteten Behandlungsstrategien unterstützen könnten. Indikation: Erwachsene Asthma- oder COPD-Patienten

German Asthma Net, Nationales Register für schweres Asthma

Indikation: Patienten > 18 Jahre mit schwerem Asthma

Aktuelle Studien

Celgene C-90001-IPF-001

Titel: Eine randomisierte, doppelblinde, multizentrische, plazebokontrollierte Phase-II-Studie, gefolgt von einer 28-wöchigen Behandlungserweiterung zur Untersuchung der Wirksamkeit und Sicherheit von CC-90001 bei Patienten mit idiopatischer pulmonaler Fibrose (IPF)

Indikation: Patienten älter als 40 Jahre mit der Diagnose einer IPF; einer FVC größer 45 % und einer DLCO größer 30 %

ILD (interstitielle Lungenerkrankungen)

In klinischen Arzneimittelstudien bei interstitiellen Lungenerkrankungen (ILD) wie z. B. der idiopa-thischen Lungenfibrose (IPF), der Sklerodermie-assoziierten ILD (SSc-ILD) und anderen Lungengerüsterkrankungen wird untersucht, ob die Prüfmedikamente sicher und wirksam sind.

Nitto Denko ND-L02-S0201-005

Studientitel: Eine randomisierte, doppelblinde, plazebokontrollierte Studie der Phase II zur Beurteilung der Sicherheit, Verträglichkeit, biologischen Aktivität und PK von ND-L02-s0201 bei Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose (IPF)

Indikation: Alter 40 – 80 Jahre, IPF Diagnose ≤ 5 Jahre, Pirfenidon- oder Nintedanib-Dosis ≥ 3 Monate stabil, FVC ≥ 45 %, DLCO ≥ 30 %, keine akute Verschlechterung innerhalb der letzten 3 Monate, kein aktiver Raucher

GLPG1690-CL-303 Galapagos

Studientitel: Eine randomisierte, doppelblinde, plazebokontrollierte, multizentrische Parallelgruppenstudie der Phase 3 zur Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit von zwei GLPG1690-Dosen zusätzlich zum lokalen Behandlungsstandard über ein Minimum von 52 Wochen bei Studienteilnehmern mit idiopathischer Lungenfibrose

Indikation: Patienten mit IPF, > 40 Jahre, IPF-Diagnose ≤ 5 Jahre, FVC ≥45 %, DLCO > 30 %-

Novartis CVAY736X2207

Studientitel: Doppelblinde, randomisierte, plazebokontrollierte, multizentrische Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit von VAY736 bei Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose

Indikation: Patienten mit IPF, Alter 40 bis 80 Jahre, IPF-Diagnose ≤ 5 Jahre, FVC 50-90 %, DLCO 30—79.

SCENIC-Studie

Studientitel: Eine randomisierte, doppelblinde, plazebokontrollierte Wirksamkeits- und Sicherheitsstudie mit vordefinierten Dosisstufen von inhalativem RVT-1601 für die Behandlung von persistierendem Husten bei Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose (IPF)

Indikation: Patienten mit IPF, Alter 40 bis 89 Jahre, mit ausgeprägtem Husten seit mind. 8 Wochen, der nicht besser wird durch Medikamente, FVC ≥ 45 %, DLCO > 30 %, bereit, einen

Yoga–Stunde: Übungen mit Patienten

Husten-Monitor über 24 Stunden an einzelnen Tagen zu tragen, kein Infekt innerhalb von 4 Wochen und keine IPF -Exazerbation 6 Monate vor Erstuntersuchung, O_2-Bedarf < 4 l, Nichtraucher

Patienteneinschluss: rekrutierend

EUDRACT-Nr: 2018-004447-23

Sonstige ILD-Studien

… dienen der Erfassung von Krankheitsverläufen unter verschiedenen Therapien, ohne auf die individuelle Therapie Einfluss zu nehmen. Sie sollen das Verständnis für bestimmte Krankheiten weiterentwickeln und zu Verbesserungen in der Diagnostik oder Therapie dieser Erkrankungen beitragen. Bei ILD sollen hiermit wissenschaftliche Fragestellungen zu Risikofaktoren, Therapie und Erkrankungsverläufen beantwortet werden.

Machbarkeitsstudie zu Effekten von Yoga bei Patienten mit fibrosierenden interstitiellen Lungenerkrankungen – eine Pilotstudie

Indikation: Patienten mit Lungenfibrose (ILD), Alter > 18 Jahre, FVC > 50 %, ohne Langzeitsauerstofftherapie, keine pulmonale Hypertonie, keine pulmonalen Infekte oder akute Exazerbation innerhalb der letzten vier Wochen

Patienteneinschluss: Rekrutierung abgeschlossen

AE-IPF „Frühzeitige Erkennung der akuten Exazerbation bei Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose (IPF) — eine Pilotstudie“

Indikation: Alter > 18 Jahre, gesicherte Diagnose einer IPF, FVC ≤ 70 % und DLCO-SB ≤ 60 %, keine pulmonalen Infekte/Exazerbation/Verschlechterung der Atmung in den letzten 4 Wochen.

INSIGHTS-IPF

Titel: Investigating significant health trends in idiopathic pulmonary fibrosis (IPF-Registry)/Erfassung von Krankheitsverläufen bei Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose (IPF)

Indikation: Patienten (> 18 Jahre) mit gesicherter Diagnose einer IPF

Das Ziel dieser (nicht interventionellen) Beobachtungsstudie ist es, aktuelle Befunde zur Diagnostik, Therapie und zu den Ergebnissen der idiopathischen Lungenfibrose (IPF) in der täglichen Praxis im Langzeitverlauf zu dokumentieren. Die Studie wird außerdem die Lebensqualität der Patienten dokumentieren und Analysen zu Kostenaspekten ermöglichen.

Forschung in der Thoraxklinik

SARS-CoV-2, der Verursacher der neuen Atemwegserkrankung COVID-19, gehört zu den Riboviren. Das Erbmaterial dieses Virus, welches aus einzelsträngiger RNS besteht, ist in eine Proteinhülle verpackt. Damit sich das Virus in einer menschlichen Zelle vermehren kann, muss es zunächst über sein Hüllprotein an die Zelloberfläche der humanen Wirtszelle an das Protein ACE-2 anheften. Durch weitere Schritte, bei denen auch der Kofaktor TMPRSS2 der Wirtszelle eine Rolle spielt, gelangt das Virus in das Zellinnere, und die RNS wird aus der Hülle freigesetzt. Nun beginnt die eigentliche Virusvermehrung (Replikation). Am Ende werden neue Viren aus der befallenen Zelle freigesetzt.

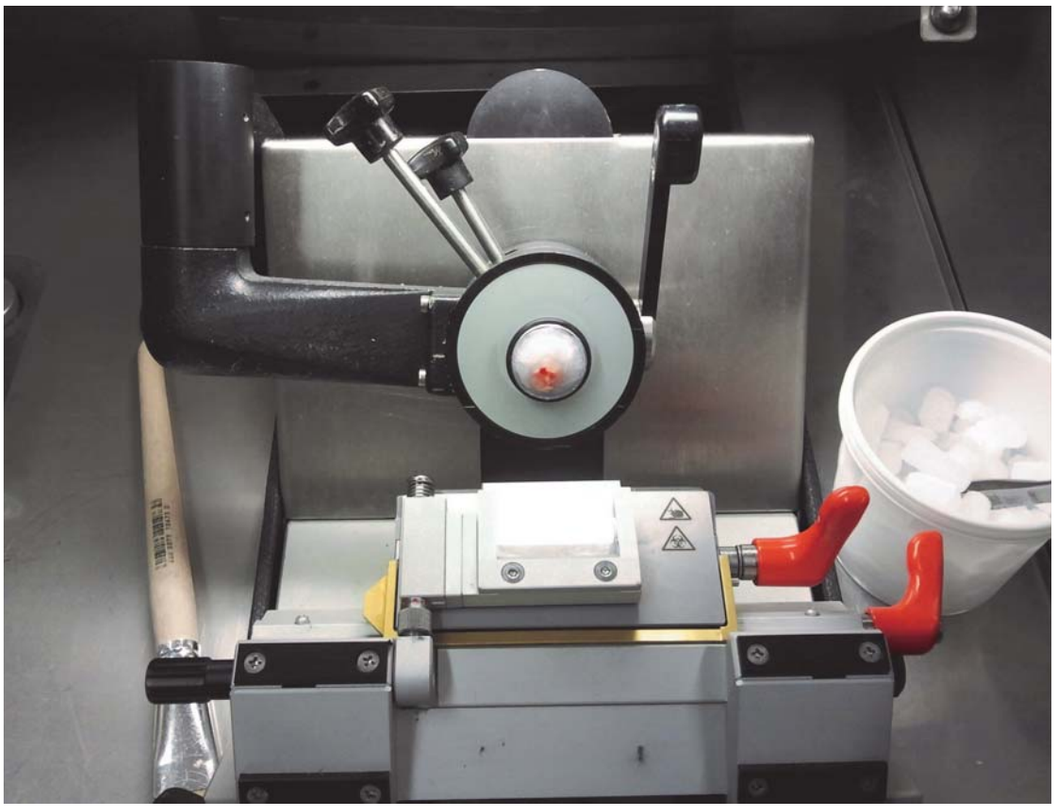
Um zu verstehen, welche Zellen in der Lunge (Bronchien und Lungenbläschen) von SARS-CoV-2 infiziert werden können, haben Wissenschaftler aus der Thoraxklinik—Universitätsklinikum Heidelberg und dem Berlin Institute of Health (BIH), der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Probenmaterial von nicht virusinfizierten Patienten untersucht.

Das aus der Lungenbiobank der Thoraxklinik Heidelberg stammende Probenmaterial war zum einen gefrorenes Gewebe von OP-Patienten, zum anderen lebende Lungenzellen, die an einer Luft-Flüssigkeits-Grenze kultiviert wurden, um die Schleimhaut der Bronchien nachzubilden. Dieses Probenmaterial wurde in Berlin mit Hilfe der Einzelzell-Sequenzierungstechnologie nach Genabschriften für ACE-2 und dem Kofaktor TMPRSS2 untersucht.

Die Sequenzierung von fast 60.000 einzelnen Zellen und anschließende bioinformatische Auswertung zeigte, dass in den Lungenbläschen vor allem Pneumozyten des Typs II (AT2) ACE-2-Gene angeschaltet hatten. In den Bronchien konnte eine starke ACE-2- sowie TMPRSS2-Expression bei einer Gruppe von Vorläuferzellen für die Atemwegsschleimhaut nachgewiesen werden.

Probenröhrchen zur Testung auf den COVID-19-Erreger

Kryotom zur Präparation von Gewebeschnitten



Die Ergebnisse zeigen, dass es in der Lunge Zelltypen gibt, die besonders anfällig für eine Infektion mit SARS-CoV-2-Viren sind. Dieses Wissen wird mit dazu beitragen, zielgerichtete Therapien zu entwickeln.

Die Studie wurde in dem renommierten EMBO Journal veröffentlicht.

SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrom – Coronavirus 2 (Schweres-akutes-Atemwegssyndrom-Coronavirus 2)

COVID-19: Coronavirus disease 19 (Coronavirus-Krankheit-2019)

RNS: Ribonukleinsäure

ACE-2: Angiotensin-konvertierendes Enzym 2

TMPRSS2: Transmembrane Serinprotease 2

Originalarbeit:

Lukassen S, Chua RL, Trefzer T, Kahn NC, Schneider MA, Muley T, Winter H, Meister M, Veith C, Boots AW, Hennig BP, Kreuter M, Conrad C, Eils R. SARS-CoV-2 receptor ACE2 and TMPRSS2 are primarily expressed in bronchial transient secretory cells. EMBO J. 2020 May 18;39 (10):e105114. doi:10.15252/embj.20105114. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32246845; PMCID: PMC7232010.

Über die Sektion Translationale Forschung (STF)

Die Sektion Translationale Forschung ist eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Thoraxklinik Heidelberg, deren Ziel es ist, Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung in klinisch verwertbare Anwendungen (Diagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle) insbesondere bei Lungenerkrankungen umzusetzen („Translation“)

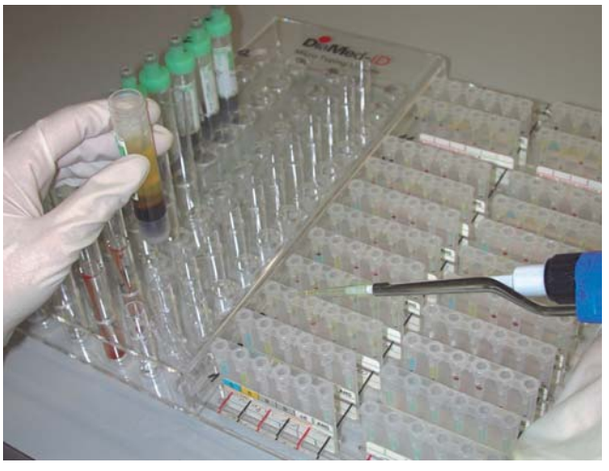
In der STF sind verschiedene Arbeitsbereiche gebündelt, deren Interaktion diese Forschungstätigkeit ermöglicht. Diese Bereiche sind ein biochemisches, zellbiologisches und molekularbiologisches Labor, eine Datenmanagementgruppe sowie eine Biomaterialbank (Lungenbiobank Heidelberg).

In der Lungenbiobank werden unterschiedlichste Bioproben (Blutproben, Gewebeproben, Sputum, Lavagen etc.), die nach Abschluss der Routinediagnostik nicht mehr benötigt werden oder mit dem Einverständnis der Patienten gesondert gewonnen wurden, eingelagert, um sie anschließend für Forschungsprojekte zu verwenden.

Das Datenmanagement sammelt und archiviert wichtige klinische Daten aus der Krankenversorgung und aus Studien in sogenannten Krankheitsregistern (z. B. Lungenkrebsregister, Mesotheliomregister etc.). Ein wichtiger Gesichtspunkt ist in diesem Zusammenhang das Einverständnis der Patienten für die Nutzung dieser Daten sowie die Wahrung der Persönlichkeitsrechte durch geeignete Datenschutzmaßnahmen.

Forschungsprojekte werden im Labor der STF und/oder im Rahmen von lokalen, nationalen oder internationalen Kooperationen durchgeführt.

Forschungsgebäude in der ehemaligen Villa der früheren Ärztlichen Direktoren der Thoraxklinik



Blut– und Gewebsproben

Leitung STF:

Dr. rer.nat. Michael Meister

Telefon: 06221 396 –1650

E-Mail: michael.meister@med.uni-heidelberg.de

Leitung Lungenbiobank Heidelberg u. Datenmanagement:

Dr. sc. hum. Thomas Muley

Telefon: 06221 396 –1110

E-Mail: thomas.muley@med.uni-heidelberg.de

Biobankmanager:

Dr. rer.nat. Marc A. Schneider

Telefon: 06221 396 –1665

E-Mail: marc.schneider@med.uni-heidelberg.de

IHRE SPENDE HILFT!

Unterstützen Sie unsere Arbeit durch Ihre Spende

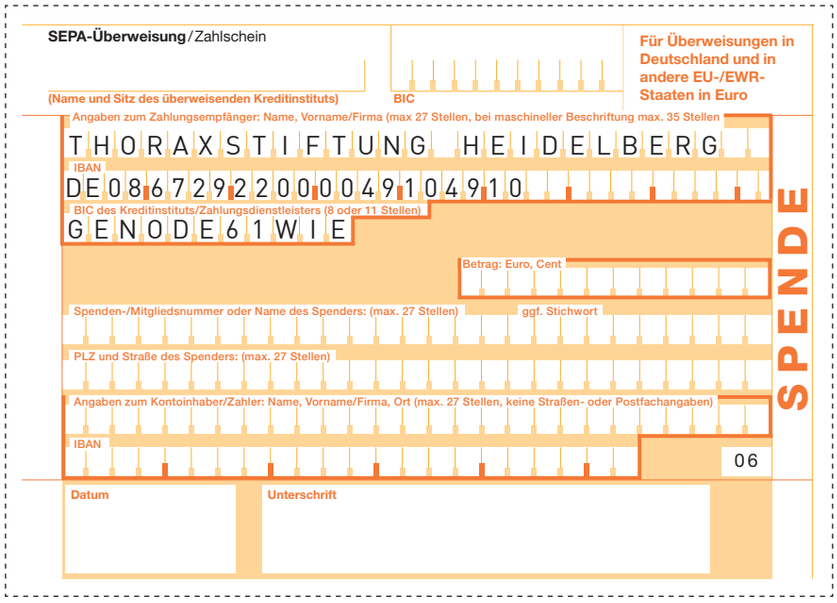
Thoraxstiftung Heidelberg

Um im Leben zu bleiben

Die Thoraxstiftung Heidelberg fördert gezielt Projekte der Thoraxklinik mit den Schwerpunkten Forschung, Vorsorge/ Prävention sowie Palliativversorgung.

Durch Ihre Spende können Sie helfen:

Volksbank Kraichgau eG IBAN: DE08 6729 2200 0049 1049 10


SEPA-Überweisung/Zahlschein

Für Überweisungen in Deutschland und in andere EU-/EWR-Staaten in Euro

(Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts)

BIC

Angaben zum Zahlungsempfänger: Name, Vorname/Firma (max 27 Stellen, bei maschineller Beschriftung max. 35 Stellen

THORAXSTIFTUNG HEIDELBERG

IBAN

DE08 6729 2200 0049 1049 10

BIC des Kreditinstituts/Zahlungsdienstleisters (8 oder 11 Stellen)

GENODE61WIE

Betrag: Euro, Cent

Spenden-/Mitgliedsnummer oder Name des Spenders: (max. 27 Stellen)

ggf. Stichwort

PLZ und Straße des Spenders: (max. 27 Stellen)

Angaben zum Kontoinhaber/Zahler: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

IBAN

06

SPENDE

Datum

Unterschrift

IMPRESSUM

Thoraxstiftung Heidelberg

Röntgenstraße 1
69126 Heidelberg
Telefon: 06221 3962888
Fax: 06221 3962889
E-Mail: info@thoraxstiftung.de
www.thoraxstiftung.de

Bildquellen:
Thoraxklinik

www.ohnekippe.de

20 Jahre ohnekippe