

Klinische Studien Mai 2019

Indikation	Vorbehandlung	Therapie
<b>Hormonsensitives PCa - Beginn LHRH indiziert</b>	keine	- Degarelix versus Leuproreliid
<b>Hormonresistentes metastasiertes PC</b>	Keine (ausser ADT)	- PARP - Inhibitor plus Abi vs. Placebo plus Abi
	Keine (ausser ADT)	- Abi + Abemaciclib (CDK4/6 Cyclin Inhibitor)
	Abi und/oder Enza und Docetaxel +/- Cabazitaxel	- PARP - Inhibitor bei BRCA Mutation
	aktuell Progress unter Enza oder Abi, kein Docetaxel/ Xofigo,/ Lu <sup>177</sup>	- Pembrolizumab + Docetaxel vs. Placebo + Docetaxel
	aktuell Progress nach Docetaxel und Abi und oder Enza, kein Xofigo/Lu <sup>177</sup>	- Pembrolizumab + Olaparib open label
	Docetaxel, jegliche weitere Vortherapie erlaubt	- Cabazitaxel 3-Wochen-Schema vs. 2-Wochen Schema bei Patienten > 65

<b>oberflächliches Urothel-Ca</b>		
<u>intermediate prognosis:</u> Ta G1/G2 recurrent or multiple or > 3cm, no CIS	keine intravesikale Therapie in letzten 6 Monaten	- Mistel intravesikal versus Mitomycin
<u>poor prognosis:</u> T1 oder G3 oder CIS oder Ta mit multiplen Tumoren und recurrent und > 3 cm	- kein intravesikales BCG oder vor mind. 3 Jahren - TUR-B < 2 Monate her - kein extravesikaler Tumor wenn OP abgelehnt wird	- PD-L1 AK Durvalumab + BCG versus BCG

<b>metastasiertes Urothel-Ca</b>	- Progress nach Chemotherapie u/o PD-1 Antikörper	- TKI bei Vorliegen einer FGF / FGFR Veränderung
----------------------------------	---	--

Die Mutationsanalysen zur Eignung werden aus archivierten oder frischen, CT-gesteuerten Tumorbiopsien von der Studienpraxis veranlaßt

<b>Nierenzellkarzinom nach OP high risk, metastasenfrie</b>	Vorstellung innerhalb von 8 Wo nach Operation: - T3 oder T4 oder - T2 und G4 oder - N+ - nach R0 Metastasenresektion	- Pembrolizumab oder Plazebo adjuvant über 1 Jahr
---	--	---

## Klinische Studien Mai 2019

	- sarcomatoide Histologie	
--	---------------------------	--