

XXXII.

Wissenschaftliche Tagung
der Arbeitsgemeinschaft für
Gynäkologische Onkologie (AGO)
der OEGGG 2024

Fortbildungsseminar für
onkologisches Pflegepersonal
am 12. April 2024

10.–13. April 2024
Salzburg Congress

Programm



www.ago-austria.at



Eva Beresin *more Familienessen*



Irina Gavrich *more Umarmungen*



Natia Kalandadze *more Mutter-Kind-Zeit*

more
Than One Year

Neu
bei vorbehandeltem
HR+ HER2- mBC¹:

Medianes **OS 14,4 Monate**
mit TRODELVY® vs. 11,2 Monate mit
Mono-Chemotherapie HR: 0,79 (95%-KI,
0,65-0,96); p=0,0200²

¹ Trodelvy Fachinformation Stand Juli 2023. AT-TRO-0220

² Rugo HS, et al. Presented at ESMO 2022 (Abstract LBA76)

Trodelvy 200 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung Pharmakotherapeutische Gruppe: antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, andere monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01FX17 **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche mit Pulver enthält 200 mg Sacituzumab govitecan. Nach der Rekonstitution enthält 1 ml Lösung 10 mg Sacituzumab govitecan. **Sonstige Bestandteile:** 2-(N-Morpholino)-Ethansulfonsäure (MES), Polysorbat 80 (E433), Trehalose-Dihydrat **Anwendungsgebiete:** Trodelvy ist als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem triple-negativem Mammakarzinom (metastatic Triple-Negative Breast Cancer, mTNBC) indiziert, die zuvor zwei oder mehr systemische Therapien erhalten haben, darunter mindestens eine gegen die fortgeschrittene Erkrankung. Trodelvy ist als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Hor-

monrezeptor (HR) positivem, HER2 negativem Mammakarzinom indiziert, die eine Endokrin-basierte Therapie und mindestens zwei zusätzliche systemische Therapien bei fortgeschrittener Erkrankung erhalten haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Gilead Sciences Ireland UC, Carrigtohill, County Cork, T45 DP77, Irland. **Rezept- und apothekenpflichtig, NR.** **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Jeder Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu Trodelvy ist zu melden an Gilead Sciences, E-Mail: Safety_FC@gilead.com, und/oder über das nationale Meldesystem an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich, Fax: +43 (0) 50 555 36207, Website: www.basg.gv.at

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir dürfen Sie herzlichst zur XXXII. wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie (AGO), die vom 10.–13. April 2024 stattfinden wird, einladen. Wir haben uns bemüht, Ihnen einen spannenden Mix aus Altbewährtem und Neuem zusammenzustellen.

Natürlich tragen wir der immer präziseren Einteilung von Krebserkrankungen und den daraus gezielter eingesetzten Therapien Rechnung: viele internationale aber auch nationale Expert:innen werden die neuesten Forschungsdaten und Anwendungen für die klinische Praxis und gleichzeitig einen Ausblick in zukünftige Behandlungsmethoden und Therapien präsentieren.

Darüber hinaus haben wir dieses Jahr sowohl einen Schwerpunkt im Bereich der Neuentwicklungen bei Präkanzerosen als auch im niedergelassenen Bereich gesetzt. Als Innovation haben wir zwei kontroversielle Themenblöcke zu den Bereichen Eskalation und Deeskalation in der gynäkologischen Onkologie geplant. So wie jedes Jahr ist natürlich die Nachwuchsförderung ein zentrales Anliegen und mit Aktivitäten wie einer Podiumsdiskussion im Rahmen der WAAGO, der Posterpreise mit internationalen Gutachter:innen, dem Young-Scientist-Award und der Postersitzung fest im Hauptprogramm verankert.

Zum zweiten Mal bieten wir eine durchgehende kostenlose Kinderbetreuung während der Kongresszeiten an (die Anmeldung hierfür ist lediglich vorab im Rahmen der Kongressanmeldung notwendig). Darüber hinaus werden auch dieses Jahr die Sitzungen aufgenommen und zeitnahe nach der Jahrestagung online über unsere Homepage <https://ago-austria.at/> jederzeit und für Kongressteilnehmer:innen kostenlos abrufbar sein.

Im Bereich der Fortbildungen werden wir eine aktualisierte Ausgabe des FIGO Stadienbüchleins auflegen können, um insbesondere die wesentlichen Neuerungen im Bereich des Endometriumkarzinoms übersichtlich für Sie aufzubereiten.

Wir hoffen Sie in Salzburg begrüßen zu dürfen und freuen uns auf interessante praxisrelevante Sitzungen und einen regen persönlichen Austausch vor Ort.

Christoph Grimm
Präsident der AGO

Stephan Polterauer
Sekretär der AGO

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir begrüßen Sie recht herzlich zum Pflergetag im Rahmen der XXXII. wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie (AGO). Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Tagung bietet die AGO schon seit vielen Jahren auch der Pflege eine Plattform Wissen zu vertiefen und sich auszutauschen. In den vergangenen zwei Jahren sind auch Breast Care Nurses in die Planung des Pflergetages involviert.

Gemeinsam haben wir versucht ein breit gefächertes Programm in vielen Bereichen der gynäkologischen Onkologie zu gestalten.

Durch diese mittlerweile zunehmende Spezialisierung in der Tumorthherapie werden auch die Aufgabenbereiche in der professionellen Pflege komplexer und herausfordernder. Gerade die Pflege ist oftmals die erste Anlaufstelle bei Fragen, Unsicherheiten, Ängsten und Sorgen. Um gut zu begleiten ist eine kontinuierliche Kompetenzerweiterung wichtig.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist in der Betreuung von onkologischen Patientinnen essentiell. Ergänzt sich die ärztliche Behandlung mit der Beratung und Betreuung durch die professionelle Pflege gibt dies sowohl Patientinnen, als auch ihren Angehörigen Sicherheit und verbessert die Compliance.

Unser diesjähriges Programm konzentriert sich unter anderem auf zwei Schwerpunkte. Zum einen die weit fortgeschrittene Tumorerkrankung und die palliative Situation, zum anderen die perioperative Phase in der Gynäkoonkologie einschließlich Narbenpflege. Außerdem erhalten wir einen Einblick in die umfassende Tätigkeit einer Study Nurse und die Möglichkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit. In Bezug auf das Mammakarzinom konzentrieren wir uns heuer auf die junge Patientin und die vielschichtigen Probleme in der Nachsorge.

Vortragende aus unterschiedlichen Disziplinen lassen uns an ihrer Fachexpertise teilhaben.

Wir freuen uns Sie in Salzburg begrüßen zu dürfen und hoffen auf einen interessanten Tag und einen anregenden Austausch.

Angelika Hajdinyak, DGKP, BCN
Gabriele Moitzi, DGKP, BCN
Philipp Fischer, DGKP

Vorstand der AGO der OEGGG

Christoph Grimm
Präsident der AGO

Stephan Polterauer
Sekretär der AGO

Gerhard Bogner

Nicole Concin

Daniel Egle

Thorsten Fischer

Lukas Hefler

Christian Marth

Edgar Petru

Daniel Reimer

Christian Schauer

Richard Schwameis

Christian Singer

Karl Tamussino

Gerda Trutnovsky

Irina Tsibulak

Birgit Volgger

Alain G. Zeimet



Veranstalter

Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie der OEGGG

Präsident der Gesellschaft

Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Christoph Grimm
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Klinische Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

Sekretär der Gesellschaft

Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Stephan Polterauer
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Klinische Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

Tagungssekretariat

Ingrid Zeimet-Kirchmair
Österr. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe/
Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie
A-6020 Innsbruck, Kaiser Josef-Straße 9
Tel.: +43 (0) 676 7300642
E-Mail: kontakt@ago-austria.at

Fachausstellung, Inseratenwerbung, Programmgestaltung und -druck



MAW – Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
Freyung 6, A-1010 Wien
Tel. (+43/1) 536 63-32 od. 68
E-Mail: maw@media.co.at

Tagungszeiten

Mittwoch,	10.04.2024 – 16.00 – 18.30 Uhr
Donnerstag,	11.04.2024 – 08.00 – 19.30 Uhr
Freitag,	12.04.2024 – 08.30 – 18.00 Uhr
	19.00 Uhr – Festabend im Restaurant Mönchsberg Mönchsberg 32
Samstag,	13.04.2024 – 08.00 – 12.30 Uhr

Kinderbetreuung

Anmeldung erforderlich (**Details siehe Online Anmeldeformular**).
Die Kosten werden von AGO übernommen.

Allgemeine Hinweise

Tagungsgebühren

FachärztInnen/AllgemeinmedizinerInnen (OEGGG Mitglied) € 340,-

FachärztInnen/AllgemeinmedizinerInnen (Nichtmitglied) € 390,-

FachärztInnen/AllgemeinmedizinerInnen – **Tageskarten**

Donnerstag/Freitag jeweils € 180,-/Samstag € 100,-

Ärztin/Arzt in Ausbildung (OEGGG Mitglied) € 220,-

Ärztin/Arzt in Ausbildung (Nichtmitglied) € 250,-

Ärztin/Arzt in Ausbildung – **Tageskarten**

Donnerstag/Freitag jeweils € 130,-/Samstag € 70,-

Study nurses/Pflegepersonal € 170,-

(berechtigt zur Teilnahme an allen Sitzungen/Seminaren der Tagung)

StudentInnen bis zum < 26. Lj. bei Vorlage eines gültigen Studentenausweises gratis.

Die Anmeldung erfolgt mittels Onlinebuchung über **www.ago-austria.at** oder

per Mail an **kontakt@ago-austria.at**.

Kinderbetreuung

Anmeldung erforderlich (**Details siehe Online Anmeldeformular**).

Die Kosten werden von AGO übernommen.

Zahlungsmodalitäten

Wir bitten um Einzahlung auf das Konto: IBAN: AT13 2011 1285 1828 5304,

BIC: GIBAATWWWXX, Kontowortlaut: OEGGG – Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie, Tagung 2024 Bankspesen zu Lasten des Auftraggebers).

Die Teilnahme-/Zahlungsbestätigung erhalten Sie an der Registratur. Die Buchung der DFP-Punkte erfolgt elektronisch auf Ihr Fortbildungs-Konto.

Posterausstellung

Die Autor:innen der für die Posterpräsentation ausgesuchten Poster, werden von der AGO vorab per E-Mail verständigt. Die Autor:innen können Ihre Poster im Rahmen der Posterbegehung Freitag abend präsentieren. Die besten Poster werden in einer eigenen Sitzung am Samstag im Rahmen von Vorträgen präsentiert und die Gewinner:innen prämiert.

Diplomfortbildungsprogramm



Diese Veranstaltung wird für das Diplomfortbildungsprogramm der Österreichischen Akademie der Ärzte eingereicht.

WAAGO-Sitzung

Termin: Mittwoch, 10. April 2024 – Trakl Saal (3. OG)

16.00 – 17.15 Uhr: WAAGO Sitzung und Studienupdate

17.15 – 17.30 Uhr: Pause

17.30 – 18.30 Uhr: „Young Gynae Oncologist’s Corner by WAAGO & ENYGO“
Eingeladene Gäste:

Aleksandra Strojna (Ev. Kliniken Essen-Mitte, Essen)

Nicolò Bizzari (Policlinico Agostino Gemelli, Rom)

ab 19.00 Uhr: WAAGO Networking Dinner –
Weinarchiv „artHOTEL BLAUE GANS“
Salzburg, Getreidegasse 41-43

Anmeldung unter: waago@oeggg.at
bis spätestens 01. April 2024

Tagessponsor ohne Einfluss auf das Programm – 

08.00 – 09.00 Uhr Breakfast Symposium



Zervixkarzinom: Prävention und Therapie – Eine interdisziplinäre Perspektive

Zervixkarzinom Therapie
Christoph Grimm (Wien)

Prävention (HPV Impfung)
Elmar Joura (Wien)

09.00 – 10.30 Uhr Management von Präkanzerosen

Vorsitz: Gerda Trutnovsky (*Graz*), Judith Lafleur (*Linz*)

Lichen sclerosus als Präkanzerose?
Andreas Günthert (Luzern)

Muss bei EIN wie bei invasivem Endometriumkarzinom operiert werden?
Clemens Tempfer (Herne)

Vorgehen bei STIC bei Patientinnen mit BRCA wild type und mutant
Veronika Seebacher-Shariat (Wien)

DCIS: quo vadis?
Gunda Pristauz-Telsnigg (Feldbach)

10.30 – 12.00 Uhr Praxisrelevante Aspekte aktueller Leitlinien und Staging Systeme

Vorsitz: Nicole Concin (*Wien*), Stephan Polterauer (*Wien*)

Hot Topics in der operativen Therapie des Ovarialkarzinoms
inklusive ERAS Leitlinie
Christina Fotopoulou (London)

Neue FIGO Klassifikation beim Endometriumkarzinom, Implikationen
für die Behandlung (ESGO-ESTRO-ESP Guidelines Update) und das
Design von klinischen Studien (GCIC Consensus conference)
Nicole Concin (Wien)

Die neue Vulvakarzinom-Leitlinie
Linn Wölber (Hamburg)

12.00 – 12.30 Uhr Kaffeepause und Besuch der Fachausstellung

12.30 – 13.00 Uhr ERÖFFNUNG MIT KEY NOTE LECTURE

Wie könnte Europa die Energiewende schaffen?
Georg Brasseur (Graz)

**Einziger PARPi mit
signifikantem OS Benefit im
frühen Mammakarzinom^{1,*}**

Lynparza®
olaparib 
tablets 150 mg

ZEIT FÜR NEUE PERSPEKTIVEN

**42% relative Reduktion des Risikos
für invasive Erkrankung oder Tod^{2,†}**

**OS Benefit mit 32% relativer Reduktion
des Sterberisikos bei nur einem Jahr
oralen Therapie^{1,#}**

**Testen Sie zum Zeitpunkt der Diagnose auf gBRCA-
Mutationen, um Patient:innen zu identifizieren, die von einer
adjuvanten Therapie mit LYNPARZA® profitieren können³**

gBRCA = Keimbahn- BRCA

Für gBRCA mutierte Patient:innen mit frühem HER2-negativem Mammakarzinom mit hohem Rezidivrisiko bei 1-jähriger Therapie mit allgemein beherrschbarem Sicherheitsprofil¹

[†]vs. Placebo; HR=0,58; 95,5% KI: 0,41–0,82; P<0,001

[#]vs. Placebo; HR=0,68; 95,5% KI: 0,47–0,97; P=0,009

Referenzen:

1 Geyer CE et al. Overall survival in the OlympiA phase III trial of adjuvant olaparib in patients with germline pathogenic variants in BRCA1/2 and high risk, early breast cancer. Ann. Oncol. DOI:https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.09.159.

2 Tutt ANJ et al. Adjuvant olaparib for patients with BRCA1- or BRCA2-mutated breast cancer. N Engl J Med. 2021;384(25):2394–2405.

3 Fachinformation Lynparza® Tabletten, Stand 09/2022

Fachkurzinformation siehe Seite 27. AT-7929; 12/2022

Medieninhaber & Herausgeber: AstraZeneca Österreich GmbH, Landstraßer Hauptstraße 1A, 1030 Wien

AstraZeneca 

Tagessponsor ohne Einfluss auf das Programm – 

13.00 – 14.00 Uhr Lunch Symposium



Vorsitz: Christian Marth (Innsbruck), Christoph Grimm (Wien)

PARPi + IO beim Endometriumkarzinom – für welche Patientin?

Nicole Concin (Wien)

„Sorgenkind“ HRD-negatives Ovarialkarzinom – welche (neuen) Optionen haben wir?

Daniel Reimer (Innsbruck)

Paneldiskussion

Christoph Grimm (Wien), Christian Marth (Innsbruck),
Nicole Concin (Wien), Daniel Reimer (Innsbruck), Lukas Hefler (Linz)

14.00 – 15.30 Uhr Gynäkologisch-Onkologisches Tumorboard

Vorsitz: Irina Tsubulak (Innsbruck), Daniel Reimer (Innsbruck)

Ovarialkarzinom

Florian Heitz (Essen)

Mammakarzinom

Georg Pfeiler (Wien)

Molekulares Tumorboard

Andreas Seeber (Innsbruck)

15.30 – 16.00 Uhr Kaffeepause und Besuch der Fachausstellung

16.00 – 17.30 Uhr Eskalation in der Gynäkologischen Onkologie

Vorsitz: Alexander Reinhaller (Wien), Alain G. Zeimet (Innsbruck)

HIPEC revisited – is there a place for HIPEC in
advanced ovarian cancer?

Christina Fotopoulou (London)

Lokal fortgeschrittenes Zervixkarzinom: Induktionstherapie,
Immuntherapie ± Antiangiogenese oder all in?

Richard Schwameis (Wien)

Tumoragnostische Therapieeskalation in späten Linien –
ADCs, Tumolvaccine etc.

Florian Heitz (Essen)

Tagessponsor ohne Einfluss auf das Programm –  Pfizer

17.30 – 18.30 Uhr Dinnersymposium



CDK4/6 Inhibitoren im Wandel: Internationale Studienergebnisse und österreichische Real-World Erfahrungen beim metastasierten Mammakarzinom

Vorsitz: Daniel Egle (*Innsbruck*)

CDK4/6 Inhibitoren im Fokus: Ein Überblick über die Studienlandschaft und die Translation der Daten in die klinische Praxis
Arik Galid (Wien)

Real World Daten im Blick: Erkenntnisse und Take Aways aus österreichischen Real World Daten
Rupert Bartsch (Wien)

Praxiserfahrungen im Dialog: Fallbeispiele aus der klinischen Praxis und ihre Bedeutung für eine individuelle Brustkrebstherapie
Christine Brunner (Innsbruck)

Paneldiskussion

Daniel Egle (Innsbruck), Rupert Bartsch (Wien), Christine Brunner (Innsbruck), Christine Deutschmann (Wien), Arik Galid (Wien) und Vassiliki Kolovetsiou-Kreiner (Graz)

18.30 – 18.50 Uhr Young Scientist Award

Verleihung durch Alain G. Zeimet (*Innsbruck*)



18.50 – 19.30 Uhr Postervisite „Wein + Käse“

Edgar Petru (Graz), Lukas Hefler (Linz), Thorsten Fischer (Salzburg)

Prof. Dr. Marie Plante

Frau Prof. Marie Plante promovierte 1985 an der Laval University und schloss 1990 ihre Facharztausbildung in Geburtshilfe und Gynäkologie an der McGill University ab. 1993 absolvierte sie eine 3-jährige Subspezialisierung in gynäkologischer Onkologie am Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York. Seitdem arbeitet sie als Gynäkologin und Onkologin im Hôtel-Dieu de Québec und leitet die klinische Forschung im Bereich der gynäkologischen Onkologie.



Frau Prof. Plante ist vor allem für ihre Expertise in der minimal-invasiven Chirurgie – einschließlich der Roboter-assistierten Chirurgie – und der Sentinel-Lymphknoten-Technik bei gynäkologischen Krebserkrankungen bekannt. Darüber hinaus ist sie eine internationale Expertin für fertilitäts-erhaltende Operationen bei jungen Frauen mit Zervixkarzinom und weltweit führend auf dem Gebiet der radikalen Trachelektomie.

Frau Prof. Plante ist globale Studienleiterin bei mehreren weltweiten operativen Studien bei frühem/lokalem Zervixkarzinom. Sie ist insbesondere Leiterin einer großen internationalen, prospektiven und randomisierten Studie, die von der Canadian Cancer Trials Group (CCTG) und der Gynecologic Cancer InterGroup (GCIG) (CX-5- oder SHAPE-Studie) geleitet wird. Diese Studie untersuchte das Ausmaß der operativen Radikalität bei frühem Zervixkarzinom mit niedrigem Risiko. Die ersten Studienergebnisse wurden bereits durch Frau Prof. Plante auf internationalen Kongressen präsentiert und aktuell im „The New England Journal of Medicine“ veröffentlicht. Das weitere Interesse von Fr. Prof. Plante liegt im Bereich Molekularpathologie und onkologische Genetik des Ovarialkarzinoms.

Frau Prof. Plante ist Co-Vorsitzende des CCRN (Cervical Cancer Research Network), Vorsitzende der SGO (Society of Gynecologic Oncology), sowie Co-Vorsitzende der Arbeitsgruppe Zervixkarzinom der CCTG (Canadian Cancer Trials Group).

Frau Prof. Plante publizierte mehr als 300 Arbeiten in peer-reviewed Journalen. Sie ist weiters Mitglied des Editorial Boards des „International Journal of Gynecologic Cancer“ (IJGC) und des „Journal of Obstetrics and Gynecology of Canada“ (JOGC).

Tagessponsor ohne Einfluss auf das Programm – **GSK**

8.30 – 9.30 Uhr Breakfast Symposium



**Realitätscheck HR+/HER2-Brustkrebs:
Praxisnahe Fallberichte im Dialog**

Vorsitz: Daniel Egle (*Innsbruck*)

Fallbericht 1: HR+/HER2- früher Brustkrebs: Die nodal-positive „High-Risk“ Patientin mit anschließender Paneldiskussion
Georg Pfeiler (Wien)

Fallbericht 2: HR+/HER2- metastasierter Brustkrebs:
Die endokrin resistente Patientin mit anschließender
Paneldiskussion
Magdalena Ritter (Innsbruck)

Fallbericht 3: HR+/HER2- metastasierter Brustkrebs: Die
endokrin sensitive Patientin mit anschließender Paneldiskussion
Birgit Volgger (Lienz)

9.30 – 11.00 Uhr Individualisierung der Therapie des Mammakarzinoms

Vorsitz: Daniel Egle (*Innsbruck*), Christian Singer (*Wien*)

Endokrine Therapie: SERD, CDK4/6 Inhibitoren et al
Magdalena Ritter (Innsbruck)

De-eskalation der operativen Therapie des Mammakarzinoms
Daphne Gschwantler-Kaulich (Wien)

Biomarkerstandards beim Mammakarzinom,
Anwendung in der Klinik
Edgar Petru (Graz)

11.00 – 11.30 Uhr Kaffeepause und Besuch der Fachausstellung

11.30 – 12.30 Uhr Laudatio und Verleihung des Wertheim-Preises

an Prof. Dr. Marie Plante (*Quebec, Kanada*)



Festvortrag:

Fertility preservation surgery in young women with cervical cancer:
what is the role of neoadjuvant chemotherapy?
Marie Plante (Quebec, Kanada)

Tagessponsor ohne Einfluss auf das Programm – **GSK**

12.30 – 13.30 Uhr Lunch Symposium



Shape the Future Eine neue Ära für Endometriumkarzinom Patientinnen

Vorsitz: Alain G. Zeimet (*Innsbruck*), Christoph Grimm (*Wien*)

Begrüßung

Alain G. Zeimet (Innsbruck)

Einsatz der Immuntherapie basierend auf molekularpathologischen Biomarkern

Nicole Concin (Innsbruck)

Podiumsdiskussion

Alain G. Zeimet (Innsbruck)

PARP Inhibierung als Game Changer beim fortgeschrittenen Endometriumkarzinom? RUBY II im Kontext und Ausblick

Christian Marth (Innsbruck)

Podiumsdiskussion

Christoph Grimm (Wien)

Fazit und Verabschiedung

Christoph Grimm (Wien)

13.30 – 15.00 Uhr Gynäkologische Onkologie im niedergelassenen Bereich

Vorsitz: Birgit Volgger (*Lienz*), Christian Schauer (*Graz*)

Vorsorge ist keine Nebensache

Christian Schauer (Graz)

Mammographie, Sonographie, MR-Mammographie – Was macht wann Sinn?

Thomas Helbich (Wien)

Nachsorge – Ein Fall für die Praxis?

Karl Tamussino (Graz)

15.00 – 15.30 Uhr Kaffeepause und Besuch der Fachaussstellung

15.30 – 17.00 Uhr Deeskalation in der operativen gynäkologischen Onkologie

Vorsitz: Christian Marth (*Innsbruck*), Gerhard Bogner (*Salzburg*)

Zervixkarzinom und Parametrienresektion
Marie Plante (Quebec)

Vulvakarzinom und der Weg von der Vulvektomie zur
Lokalresektion mit Sentinel-Lymphonodektomie
Linn Wölber (Hamburg)

Endometriumkarzinom und systematische Lymphonodektomie
Irina Tsibulak (Innsbruck)

17.00 – 18.00 Uhr Dinner Symposium



Growing together in mBC

Begrüßung und Einleitung
Christian Singer (*Wien*), Edgar Petru (*Graz*)

Neues aus der „Real world“
Georg Pfeiler (Wien)

Neues aus den Empfehlungen
Christine Brunner (Innsbruck)

Neues aus dem AGMT-Register
Simon Gampenrieder (Salzburg)

Verabschiedung
Christian Singer (*Wien*), Edgar Petru (*Graz*)

Fortbildungsseminar für onkologisches Pflegepersonal

Organisation und Programmgestaltung:

Angelika Hajdinyak, Gabriele Moitzi und Philipp Fischer
mit Christoph Grimm und Alain G. Zeimet

8.45 Uhr

Begrüßung

Christoph Grimm (*Wien*)

Vorsitz: Angelika Hajdinyak (*Graz*)

9.00 Uhr

Narbenpflege

Gabriele Moitzi (*Graz*)

9.30 Uhr

Wundmanagement beim exulzerierten Mammakarzinom

Jutta Sporrer (*Graz*)

10.00 Uhr

Nebenwirkungen der neuen Substanzgruppe

"Antibody Drug Conjugates"

Christine Brunner (*Innsbruck*)

10.30 – 11.00 Uhr

Kaffeepause – Besuch der Fachausstellung

Vorsitz: Gabriele Moitzi (*Graz*)

11.00 Uhr

Krebserkrankungen in der Adoleszenz/bei jungen Frauen und Implikation für den Kinderwunsch

Oskar Steinbrecher (*Wien*)

11.30 Uhr

Leben 2.0: wie geht das Leben mit einer Krebserkrankung weiter?

Angelika Hajdinyak (*Graz*)

12.00 – 13.30 Uhr

Mittagspause

Vorsitz: Philipp Fischer (*Wien*)

13.30 Uhr

Neudiagnose Krebs: eine Herausforderung für die Patientin und ihr Umfeld

Anne Oberguggenberger (*Innsbruck*)

14.00 Uhr

Palliative Care und Assistierter Suizid – Abgrenzungen und Überschneidungen

Angelika Feichtner (*Wien*)

14.30 – 15.00 Uhr

Kaffeepause – Besuch der Fachausstellung

Vorsitz: Gabriele Moitzi, Angelika Hajdinyak (*Graz*)

15.00 Uhr

Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Durchführung von Studien, Auftrag an die Pflege

Angela Riha (*Innsbruck*)

15.30 Uhr

Schmerztherapie nach Debulking-Operationen

Baron Joanna (*Wien*)

16.00 Uhr

Interaktive Gynäko-onkologische Falldiskussionen (mit Digivoting)

Edgar Petru (*Graz*)

16.30 Uhr

Schlussworte

Christoph Grimm (*Wien*)



Doing now what
patients need next

PHESGO®
PERTUZUMAB-TRASTUZUMAB

TECENTRIQ® SC
atezolizumab subcutaneous

Kadcyla®
trastuzumab emtansine

PERJETA®
Herceptin®
Pertuzumab | Trastuzumab

M-AT-00003317
Fachkurzinformationen
siehe Seite 29

TECENTRIQ®
atezolizumab

AVASTIN®
bevacizumab

Herceptin® SC
trastuzumab
subcutaneous

8.00 – 9.00 Uhr **Breakfast Symposium**

SANDOZ

Mastering supportive care therapy beyond blood counts

Vorsitz: Christoph Grimm (*Wien*), Edgar Petru (*Graz*)

(Primär)prophylaxe mit G-CSF
Alain G. Zeimet (Innsbruck)

- Signifikante Unterschiede der gängigen Guidelines
- Konsequenzen eines nicht angemessenen Neutropenie-Managements
- G-CSF in der klinischen Praxis
- Offene Diskussionsrunde

Anämie Management
Alexander Reinthaller (Wien)

- ESAs für CIA Patient:innen:
Abklärung CIA und Eisenmangelanämie
Detailinformationen zur ESA-Therapie
- Häufige Fragen und Bedenken bei der Anwendung von ESAS
- Offene Diskussionsrunde

Verleihung des GYN-AKTIV Preises
gestiftet vom MedMedia Verlag

9.00 – 10.30 Uhr **Postersitzung + Wolfgang Stummvoll-Poster-Award**

Vorsitz: Lukas Hefler (*Linz*), Edgar Petru (*Graz*)

Erfahrungen mit der laparoskopischen Sentinel-
Lymphknotenentfernung bei atypischer Endometriumhyperplasie
Maximilian Brandstetter (Salzburg)

Stellenwert diagnostischer Verfahren in der Früherkennung des
Endometriumkarzinomrezidivs
Melina Danisch (Wien)

Prävention von chemotherapie-induzierter Polyneuropathie durch
Kryotherapie im Vergleich zur Kryokompressionstherapie
Miriam Emmelheinz (Innsbruck)

Prognostische Implikationen von CD36 Expression auf intratumoralen
Blutgefäßen im hochgradig serösen Ovarialkarzinom
Christina Grech (Wien)

Analyse der CA 125- und HE4-Eliminationsratenkonstante K (KELIM) im Rahmen der adjuvanten Chemotherapie bei Ovarialkarzinompatientinnen verschiedener histologischer Subtypen und Korrelation mit dem klinischen Ansprechen
Julia Irsara (Innsbruck)

Validierung der prädiktiven Signifikanz der CA125 und HE4 Eliminationsratenkonstante K (KELIM) im Rahmen der neoadjuvanten Chemotherapie des Ovarialkarzinoms
Julia Jaritz (Innsbruck)

Pembrolizumab als Zugabe zur platinbasierten Kombinationstherapie mit Gemcitabine als Therapieoption für ARID1A-mutierte, rezidierte klarzellige Ovarialkarzinome
Arina Onoprienko (Wien)

Der prädiktive Wert von Immunglobulin G für das Ansprechen auf Immuntherapie bei gynäkologischen Malignomen
Magdalena Postl (Wien)

Der prognostische Wert des Fibrinogen-Albumin-Ratio-Index (FARI) bei Patientinnen mit fortgeschrittenem „high grade“ serösen Ovarialkarzinom (HGSOC)
Magdalena Postl (Wien)

Tumor Mutation Burden beim p53-mutierten Endometriumkarzinom und p53-mutierten serösen high-grade Ovarialkarzinom
Katharina Steger (Innsbruck)

10.30 – 10.45 Uhr Kaffeepause und Besuch der Fachausstellung

10.45 – 12.15 Uhr Was mache ich ab Montag anders?

Vorsitz: Karl Tamussino (*Graz*), Richard Schwameis (*Wien*)

Mammakarzinom

Daniel Egle (Innsbruck)

Ovarialkarzinom

Christian Marth (Innsbruck)

Endometriumkarzinom

Nicole Concin (Wien)

Zervixkarzinom

Karl Tamussino (Graz)

Vulvakarzinom

Gerda Trutnovsky (Graz)

12.15 – 12.30 Uhr Abschlussworte

Christoph Grimm

Erfahrungen mit der laparoskopischen Sentinel-Lymphknotenentfernung bei atypischer Endometriumhyperplasie
Brandstetter M., Bogner G. (Salzburg)

Stellenwert diagnostischer Verfahren in der Früherkennung des Endometriumkarzinomrezidivs
Danisch M., Pikesch S., Postl M., Schwameis R., Grimm C., Bartl T. (Wien)

Einfluss histopathologischer Veränderungen nach neoadjuvanter Chemotherapie auf das Überleben von Brustkrebspatientinnen
Danzinger S., Heiss Spornberger V., Vietzen H., Tendl-Schulz K., Pfeiler G., Singer C. F., Seifert M. (Wien)

Prävention von chemotherapie-induzierter Polyneuropathie durch Kryotherapie im Vergleich zur Kryokompressionstherapie
Emmelheinz M., Albertini C., Egle D., Knoll K., Moritz F., Pichler B., Ritter M., Wieser V., Marth C., Brunner C. (Innsbruck)

Eine pathogene de-novo Variante in PTEN bei einer jungen Patientin mit Cowden-Syndrom – ein Fallbericht
Gebhart P., Singer C. F., Muhr D., Stein C., Tan Y. (Wien)

Prognostische Implikationen von CD36 Expression auf intratumoralen Blutgefäßen im hochgradig serösen Ovarialkarzinom
Grech C., Aust S., Hofstetter G., Uhl E., Hinterleitner L., Grimm C., Polterauer S., Pils D. (Wien)

Analyse der CA 125- und HE4-Eliminationsratenkonstante K (KELIM) im Rahmen der adjuvanten Chemotherapie bei Ovarialkarzinompatientinnen verschiedener histologischer Subtypen und Korrelation mit dem klinischen Ansprechen
Irsara J., Jaritz J., Schult J., Triendl P., Nardelli P., Leitner K., Zeimet A. G., Fiegl H., Marth C. (Innsbruck)

Herausfordernde Behandlung einer Wunddehiszenz nach Vulvakarzinom-Rezidiv mittels VAC – ein Fallbericht
Jan Z., Reimer S. A. (Schwarzach)

Validierung der prädiktiven Signifikanz der CA125 und HE4 Eliminationsratenkonstante K (KELIM) im Rahmen der neoadjuvanten Chemotherapie des Ovarialkarzinoms
Jaritz J., Irsara J., Schult J., Triendl P., Nardelli P., Leitner K., Zeimet A. G., Fiegl H., Marth C. (Innsbruck)

Abseits der ausgetretenen gynäkologischen Pfade: 30 Jahre zytoreduktive Chirurgie plus hypertherme intraperitoneale Chemotherapie zur Behandlung von Eierstockkrebs in Österreich
Laming F., Behanova M., Hermann M., Schneider M.A., Meisel H., Roka S., Koppitsch C., Kober F. (Wien)

Pembrolizumab als Zugabe zur platinbasierten Kombinationstherapie mit Gemcitabine als Therapieoption für ARID1A-mutierte, rezidierte klarzellige Ovarialkarzinome

Onoprienko A., Füreder T., Grimm C., Postl M., Cacsire-Castillo Tong D., Bartl T. (Wien)

Der prädiktive Wert von Immunglobulin G für das Ansprechen auf Immuntherapie bei gynäkologischen Malignomen

Postl M., Grimm C., Danisch M., Grech C., Aust S., Polterauer S., Bartl T. (Wien)

Der prognostische Wert des Fibrinogen-Albumin-Ratio-Index (FARI) bei Patientinnen mit fortgeschrittenem „high grade“ serösen Ovarialkarzinom (HGSOC)

Postl M., Grimm C., Danisch M., Kofler P., Schrott F., Grech C., Polterauer S., Bartl T. (Wien)

Schmerzen beim Setzen von peripheren venösen Zugängen bei Chemotherapie

Resch S., Bauer L. M., Hauer U., Wenzl A., Zaepfel S., Hadjari L., Lafleur J., Hefler L. (Linz)

Modellierung der potenziellen Auswirkungen der prophylaktischen Salpingektomie bei nicht-gynäkologischen Eingriffen

Sagmeister H., Schierlinger-Brandmayr F., Mauberger M., Url P., Kramer D., Sieghartsleitner E., Lax S., Vössner S., Tamussino K. (Graz)

Sentinel-Lymphknotenmapping bei Frauen mit frühem Endometriumkarzinom in Niederösterreich – Vergleich Gefrierschnitt versus endgültiges histopathologisches Ergebnis – eine exploratorische retrospektive Studie

Schubert S., Fohleitner S., Geschrey E., Wetter J., Kitzwögerer M., Löscher A. (St. Pölten)

Analyse der prädiktiven Signifikanz der CA125- und HE4-Eliminationsratenkonstante K (KELIM) im Rahmen der Zweitlinienchemotherapie beim Ovarialkarzinom

Schult J., Irsara J., Jaritz J., Triendl P., Nardelli P., Leitner K., Zeimet A. G., Fiegl H., Marth C. (Innsbruck)

Tumor Mutation Burden beim p53-mutierten Endometriumkarzinom und p53-mutierten serösen high-grade Ovarialkarzinom

Steger K., Leitner K., Hackl H., Fiegl H., Feroz B., Marth C., Zeimet A. G. (Innsbruck)

Analyse von CD36 und regulatorischen T-Zellen in gepaarten HGSOC Tumor- und Aszitesproben

Uhl E., Aust S., Grimm C., Polterauer S., Pils D., Grech C. (Wien)

Vorsitzende und Vortragende

- BARON Joanna, Prim. PD Dr. Dr.
Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien, Abt. für Anästhesie und Intensivmedizin,
1060 Wien, Stumpergasse 13
- BARTSCH Rupert, Assoc.Prof. Priv.-Doz. Dr.,
Medizinische Universität Wien, 1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
- BIZZARRI Nicolò, Dr.
Catholic University of the Sacred Heart, Policlinico Agostino Gemelli IRCCS,
Gynecologic Oncology Unit
I-00168 Rom, Largo A. Gemelli
- BOGNER Gerhard, PD Dr.
Landeskrankenhaus Salzburg, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48
- BRANDSTETTER Maximilian, Dr.
Landeskrankenhaus Salzburg, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48
- BRASSEUR Georg, em.o.Univ.-Prof. Univ.-Doz. Dipl.-Ing. Dr. techn.
Technische Universität Graz, Institut für Elektrische Messtechnik und Sensorik (EMS)
8010 Graz, Inffeldgasse 23/PZ4
- BRUNNER Christine, Dr.
Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35
- CONCIN Nicole, Univ.-Prof. Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
- DANISCH Melina, Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde, Abt. für allgemeine
Gynäkologie und gynäkologische Onkologie, 1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
- DANZINGER Sabine, Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde, Abt. für allgemeine
Gynäkologie und gynäkologische Onkologie, 1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
- DEUTSCHMANN Christine, Dr.,
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
- EGLE Daniel, Dr.
Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

Vorsitzende und Vortragende

EMMELHEINZ Miriam, Dr.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

FEICHTNER Angelika, MSc DGKP

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG), Universitätsklinik für Innere Medizin
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

FISCHER Philipp, DGKP

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde, Abt. für allgemeine
Gynäkologie und gynäkologische Onkologie, 1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

FISCHER Thorsten, Univ.-Prof. Dr.

Landeskrankenhaus Salzburg, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48

FOTOPOULOU Christina, Prof. Dr.

Hammersmith Hospital, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital,
Du Cane Road, London W12 OHS (Großbritannien)

GALID Arik, Dr.,

ÖGK Hanusch Krankenhaus, Abt. für Gynäkologie,
Hanusch Krankenhaus, 1140 Wien, Heinrich Collin-Straße 30

GAMPENRIEDER Simon, apl. Prof. Dr.

Uniklinikum Salzburg, Universitätsklinik für Innere Medizin III, mit Hämatologie, internistischer
Onkologie, Hämostaseologie, Infektiologie, Rheumatologie und Onkologisches Zentrum
5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48

GEBHART Paulina

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

GRECH Christina, Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

GRIMM Christoph, Assoz.-Prof. PD Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

GÜNTHERT Andreas, Prof. Dr.

Gyn-Zentrum, CH-6006 Luzern, Haldenstraße 11

GSCHWANTLER-KAULICH Daphne, Assoz. Prof. PD Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

Vorsitzende und Vortragende

HAJDINYAK Angelika, DGuKS, Breast Care Nurse
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klin. Abt. für Gynäkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 14

HEFLER Lukas, Prim. Univ.-Doz. Dr.
Ordensklinikum Linz, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Abt. für Gynäkologie,
4010 Linz, Seilerstätte 4

HEITZ Florian, PD Dr.
Evangelische Kliniken Essen-Mitte,
D-45136 Essen, Henricistraße 92

HELBICH Thomas, Univ.-Prof. Dr.
Medizinische Universität Wien, Klin. Abt. für Allgemeine Radiologie und Kinderkardiologie,
Radiologische Brustambulanz,
1090 Wien, Währinger Straße 18-20

IRSARA Julia, cand. med.
Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

JAN Ziga, Dr.
Kardinal Schwarzenberg Klinikum, Abt. für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
5620 Schwarzach im Pongau, Kardinal Schwarzenberg Platz 1

JARITZ Julia, cand. med.
Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

JOURA Elmar, Ao. Univ.-Prof. Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für Allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

KOLOVETSIOU-KREINER Vassiliki, Dr.,
Klinische Abteilung für Gynäkologie, Medizinische Universität Graz,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 1

LAFLEUR Judith, Dr.
Ordensklinikum Linz, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Abt. für Gynäkologie,
4010 Linz, Seilerstätte 4

LAMINGER Felix, Dr.
ÖGK Hanusch Krankenhaus, Abt. für Gynäkologie,
1140 Wien, Heinrich Collin-Straße 30

MARTH Christian, Univ.-Prof. Dr.
Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

Vorsitzende und Vortragende

MOITZI Gabriele, DGuKS, Breast Care Nurse

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Abt. für Gynäkologie,
8020 Graz, Marschallgasse 12

OBERGUGGENBERGER Anne, PD Mag.^a Dr.

Univ.-Klinik für Psychiatrie II,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

ONOPRIENKO Arina, Dr.

Ordensklinikum Linz, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Abt. für Gynäkologie,
4010 Linz, Seilerstätte 4

PETRU Edgar, Univ. Prof. Dr.

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klin. Abt. für Gynäkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 14

PFEILER Georg, PD Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

PLANTE Marie, Prof. Dr.

L'Hôtel-Dieu de Québec,
11, côte du Palais, Québec, Canada G1R 2J6

POLTERAUER Stephan, Assoz. Prof. PD Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

POSTL Magdalena, Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

PRISTAUZ-TELSNIGG Gunda, PD Dr.

LKH Feldbach/Fürstenfeld, Abt. für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
8330 Feldbach, Ottokar-Kernstock-Straße 18

REIMER Daniel, PD Dr.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

REINTHALLER Alexander, Univ. Prof. Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

RESCH Sarah, Dr.

Ordensklinikum Linz, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Abt. für Gynäkologie,
4010 Linz, Seilerstätte 4

Vorsitzende und Vortragende

RIHA Angela, Mag. phil.

AGO-Studienzentrale

6020 Innsbruck, Anichstraße 35

RITTER Magdalena, Dr.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,

6020 Innsbruck, Anichstraße 35

SAGMEISTER Heidrun, Dr.

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klin. Abt. für Gynäkologie,

8036 Graz, Auenbruggerplatz 14

SCHAUER Christian, Dr.

8111 Gratwein Straßengel, Gratweinerstraße 17

SCHUBERT Susanne, Dr.

Univ.-Klinikum, Abt. für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

3100 St. Pölten, Dunant Platz 1

SCHULT Julia, cand. med.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,

6020 Innsbruck, Anichstraße 35

SCHWAMEIS Richard, PD DDR.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,

Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,

1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

SEEBACHER-SHARIAT Veronika, PD Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,

Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,

1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

SEEBER Andreas, Priv.-Doz. Dr., PhD.

Medizinische Universität Innsbruck, Univ.-Klinik für Hämatologie und Onkologie,

6020 Innsbruck, Anichstraße 35

SINGER Christian, Univ.-Prof.Dr.

Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,

Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,

1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

SPORRER Jutta, DGKP, Wundmanagerin

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Interdisziplinäre Ambulanz,

8020 Graz, Marschallgasse 12

STEGER Katharina, Dr.

Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,

6020 Innsbruck, Anichstraße 35

Vorsitzende und Vortragende

STEINBRECHER Oskar, Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Innere Medizin I,
Klinische Abteilung für Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

STROJNA Aleksandra, Dr.
Evangelische Kliniken Essen-Mitte,
D-45136 Essen, Henricistraße 92

TAMUSSINO Karl, Univ.-Prof. Dr.
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klin. Abt. für Gynäkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 14

TEMPFER Clemens, Prof. Dr. med., MBA
Universitäts-Frauenklinik der Ruhr-Universität Bochum
Marien Hospital Herne
Hölkeskampring 40, 44623 Herne

TRUTNOVSKY Gerda, Assoz. Prof. PD Dr.
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klin. Abt. für Gynäkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 14

TSIBULAK Irina, Dr.
Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

UHL Esther, Dr.
Medizinische Universität Wien, Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
Abt. für allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

VOLGGER Birgit, PD Prim.a Dr.
Bezirkskrankenhaus Lienz, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
9900 Lienz, Em. v. Hibler-Straße 5

WÖLBER Linn, Prof. Dr.
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Gynäkologie,
D-20246 Hamburg, Martinistraße 52

ZEIMET Alain G., Univ.-Prof. Dr.
Department Frauenheilkunde, Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
6020 Innsbruck, Anichstraße 35

Fachkurzinformationen zu Umschlagseite 4

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation. **Bezeichnung des Arzneimittels:** JEMPERLI 500 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche mit 10 ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 500 mg Dostarlimab. 1 ml des Konzentrats zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 50 mg Dostarlimab. Dostarlimab ist ein humanisierter monoklonaler *anti-programmed cell death protein-1* (PD-1)-Antikörper (Immunglobulin G4, IgG4), der mittels rekombinanter DNA-Technologie in Säugtier-Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (*CHO*-Zellen) produziert wird. **Sonstige Bestandteile:** Natriumcitrat (Ph. Eur.), Citronensäure-Monohydrat, Argininhydrochlorid, Natriumchlorid, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Klinische Angaben:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, ATC-Code: L01FF07. **Anwendungsgebiete:** JEMPERLI ist in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Behandlung von erwachsenen Patientinnen mit primär fortgeschrittenem oder rezidivierendem Endometriumkarzinom (*endometrial cancer*, EC) mit Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR)/hoher Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H) angezeigt, für die eine systemische Therapie infrage kommt. JEMPERLI ist als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patientinnen mit rezidivierendem oder fortgeschrittenem EC mit dMMR/MSI-H angezeigt, das während oder nach einer vorherigen Behandlung mit einer Platin-basierten Therapie progredient ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** GlaxoSmithKline (Ireland) Limited, 12 Riverwalk, Citywest Business Campus, Dublin 24, Irland. **Zulassungsnummer(n):** EU/1/21/1538/001. **Abgabe:** rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.** Europäische Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu/> verfügbar. **Stand der Fachkurzinformation: 12.2023.** Die gültigen Fach- und Gebrauchsinformationen zu den GSK Produkten in Österreich finden Sie auf www.gsk-kompodium.at. Unerwünschte Nebenwirkungen melden Sie bitte an unsere Pharmakovigilanzabteilung; Tel.: +43 1 970 75 – 0; E-Mail: arzneimittelsicherheit@gsk.com.

Fachkurzinformation zu Seite 8

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS Lynpara 100 mg Filmtabletten, Lynpara 150 mg Filmtabletten **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere antineoplastische Mittel **ATC Code:** L01XK01 **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG** **Lynpara 100 mg Filmtabletten** Jede Filmtablette enthält 100 mg Olaparib. **Lynpara 150 mg Filmtabletten** Jede Filmtablette enthält 150 mg Olaparib. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Dieses Arzneimittel enthält 0,24 mg Natrium pro 100-mg-Tablette und 0,35 mg Natrium pro 150-mg-Tablette. **Sonstige Bestandteile:** **Tablettenkern:** Copovidon, Hochdisperses Siliciumdioxid, Mannitol (Ph.Eur.), Natriumstearylfumarat (Ph.Eur.) **Filmüberzug:** Hypromellose, Macrogol (400) , Titandioxid (E171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(II,III)-oxid (E172) (nur 150-mg-Tabletten) **ANWENDUNGSGEBIETE** **Ovarialkarzinom** Lynpara wird angewendet als Monotherapie für die: • Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) *BRCA1/2*-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), *high-grade* epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Erstlinien-Chemotherapie ein Ansprechen (vollständig oder partiell) haben. • Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines *high-grade* epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ansprechen (vollständig oder partiell). Lynpara in Kombination mit Bevacizumab wird angewendet für die: • Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) *high-grade* epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Erstlinien-Chemotherapie in Kombination mit Bevacizumab ein Ansprechen (vollständig oder partiell) haben und deren Tumor mit einem positiven Status der homologen Rekombinations-Defizienz (HRD) assoziiert ist. Der Status HRD-positiv ist definiert entweder durch eine *BRCA1/2*-Mutation und/oder genomische Instabilität (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Mammakarzinom** Lynpara wird angewendet als: Monotherapie oder in Kombination mit einer endokrinen –Therapie für die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit Keimbahn-*BRCA1/2*-Mutationen, die ein HER2-negatives Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko haben und zuvor mit neoadjuvanter oder adjuvanter Chemotherapie behandelt wurden (siehe Abschnitte 4.2 und 5.1 der Fachinformation). Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit *BRCA1/2*-Mutationen in der Keimbahn, die ein HER2-negatives, lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom haben. Die Patienten sollten zuvor mit einem Anthrazyklin und einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting behandelt worden sein, es sei denn, die Patienten waren für diese Behandlungen nicht geeignet (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Patienten mit Hormonrezeptor (HR)-positivem Mammakarzinom sollten außerdem eine Krankheitsprogression während oder nach einer vorherigen endokrinen Therapie aufweisen oder für eine endokrine Therapie nicht geeignet sein. **Adenokarzinom des Pankreas** Lynpara wird angewendet als Monotherapie für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patienten mit Keimbahn-*BRCA1/2*-Mutationen, die ein metastasiertes Adenokarzinom des Pankreas haben und deren Erkrankung nach einer mindestens 16-wöchigen Platin-haltigen Behandlung im Rahmen einer Erstlinien-Chemotherapie nicht progredient war. **Prostatakarzinom** Lynpara wird angewendet: als Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) und *BRCA1/2*-Mutationen (in der Keimbahn und/oder somatisch), deren Erkrankung nach vorheriger Behandlung, die eine neue hormonelle Substanz (*new hormonal agent*) umfasste, progredient ist. in Kombination mit Abirateron und Prednison oder Prednison für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit mCRPC, bei denen eine Chemotherapie nicht klinisch indiziert ist (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **GEGENANZEIGEN** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Stillen während der Behandlung und 1 Monat nach Einnahme der letzten Dosis (siehe Abschnitt 4.6 der Fachinformation). **INHABER DER ZULASSUNG** AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Schweden **REZEPTPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten **STAND DER INFORMATION** 12/2022

Informationen zu den Abschnitten besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie den Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation (z. B. Austria Codex) zu entnehmen.

Fachkurzinformation zu Seite 16

▼ PHESGO® unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Meldung von Nebenwirkungen an: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich, Fax: + 43 (0) 50 555 36207, Website: <http://www.basg.gv.at/> und an Roche Austria GmbH, austria.drug_safety@roche.com.

Phesgo® 600 mg/600 mg Injektionslösung/Phesgo® 1.200 mg/600 mg Injektionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Phesgo 600 mg/600 mg Injektionslösung: Eine Durchstechflasche mit 10 ml Lösung enthält 600 mg Pertuzumab und 600 mg Trastuzumab. Jeder ml Lösung enthält 60 mg Pertuzumab und 60 mg Trastuzumab. Phesgo 1.200 mg/600 mg Injektionslösung: Eine Durchstechflasche mit 15 ml Lösung enthält 1.200 mg Pertuzumab und 600 mg Trastuzumab. Jeder ml Lösung enthält 80 mg Pertuzumab und 40 mg Trastuzumab. Pertuzumab und Trastuzumab sind humanisierte monoklonale Immunglobulin(Ig)G1-Antikörper, die mit rekombinanter Desoxyribonukleinsäure(DNA)Technologie in Säugtierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) hergestellt werden. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Vorhalarunoidsäure alfa, Histidin, Histidindihydrochlorid/Monohydrat, alpha-Trehalose-Dihydrat, Sucrose, Methionin, Polysorbat 20 (E 432), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** **Brustkrebs im Frühstadium (early breast cancer – EBC):** Phesgo ist zur Anwendung in Kombination mit Chemotherapie indiziert zur - neoajuvanten Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem lokal fortgeschrittenem, entzündlichem oder frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation); - adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation) **Metastasierter Brustkrebs (metastatic breast cancer – MBC):** Phesgo ist zur Anwendung in Kombination mit Docetaxel bei erwachsenen Patienten mit HER2-positivem metastasiertem oder lokal rezidivierendem, inoperablem Brustkrebs indiziert, die zuvor noch keine Anti-HER2-Therapie oder Chemotherapie zur Behandlung ihrer metastasierten Erkrankung erhalten haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Substanzen, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XY02. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Dezember 2020

Tecentriq® 1 875 mg Injektionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Durchstechflasche mit 15 ml Injektionslösung enthält 1 875 mg Atezolizumab. Jeder ml Lösung enthält 125 mg Atezolizumab. Atezolizumab ist ein im Fc-Teil modifizierter, humanisierter monoklonaler Immunglobulin(Ig)G1anti-PD-L1(programmiertes death ligand 1)-Antikörper, der in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters mittels rekombinanter Desoxyribonukleinsäure(DNA)-Technologie hergestellt wird. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Rekombinante humane Hyaluronidase (rHuPH20), Histidin, Essigsäure, Methionin, Polysorbat 20, Saccharose, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** **Urothelkarzinom (urothelial carcinoma, UC):** Tecentriq als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten UC - nach vorheriger platinhaltiger Chemotherapie oder - die für eine Behandlung mit Cisplatin als ungeeignet angesehen werden, und deren Tumoren eine PD-L1-Expression $\geq 5\%$ aufweisen (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (non-small cell lung cancer, NSCLC) im Frühstadium:** Tecentriq als Monotherapie wird angewendet zur adjuvanten Behandlung des NSCLC nach vollständiger Resektion und platinbasierter Chemotherapie bei erwachsenen Patienten mit hohem Risiko für ein Rezidiv und deren Tumoren eine PD-L1-Expression auf $\geq 50\%$ der Tumorzellen (tumour cells, TC) aufweisen und kein EGFR(epidermal growth factor receptor, epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor)-mutiertes oder ALK (anaplastische-Lymphomkinase) positives NSCLC haben (siehe Abschnitt 5.1 zu den Auswahlkriterien). **Metastasierendes NSCLC:** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit Bevacizumab, Paclitaxel und Carboplatin bei erwachsenen Patienten zur Erstlinietherapie des metastasierten NSCLC mit nicht-plattenepithelialer Histologie. Bei Patienten mit EGFR-mutiertem oder ALK-positivem NSCLC ist Tecentriq in Kombination mit Bevacizumab, Paclitaxel und Carboplatin nur nach Versagen der entsprechenden zielgerichteten Therapien anzuwenden (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Tecentriq wird angewendet in Kombination mit nach-Paclitaxel und Carboplatin zur Erstlinietherapie des metastasierten NSCLC mit nicht-plattenepithelialer Histologie bei erwachsenen Patienten, die kein EGFR-mutiertes oder ALK-positives NSCLC haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Tecentriq als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Erstlinietherapie des metastasierten NSCLC, deren Tumoren eine PD-L1-Expression $\geq 50\%$ der TC oder $\geq 10\%$ bei tumorinfiltrierenden Immunzellen (immune cells, IC) aufweisen und die kein EGFR-mutiertes oder ALK-positives NSCLC haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Tecentriq als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten NSCLC nach vorheriger Chemotherapie. Patienten mit EGFR-mutiertem oder ALK-positivem NSCLC sollten vor der Therapie mit Tecentriq zudem auch bereits entsprechende zielgerichtete Therapien erhalten haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Kleinzelliges Lungenkarzinom (small cell lung cancer, SCLC):** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit Carboplatin und Etoposid bei erwachsenen Patienten zur Erstlinietherapie des SCLC im fortgeschrittenen Stadium (*extensive-stage small cell lung cancer, ES-SCLC*) (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Triple-negatives Mammakarzinom (triple-negative breast cancer, TNBC):** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit nach-Paclitaxel bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des nicht rezidierbaren lokal fortgeschrittenen oder metastasierten TNBC, deren Tumoren eine PD-L1-Expression $\geq 1\%$ aufweisen und die keine vorherige Chemotherapie zur Behandlung der metastasierten Erkrankung erhalten haben. **Hepatocelluläres Karzinom (hepatocellular carcinoma, HCC):** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit Bevacizumab bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des fortgeschrittenen oder nicht rezidierbaren HCC, die keine vorherige systemische Behandlung erhalten haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Atezolizumab oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Arzneimittel, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01FF05. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Januar 2024

Kadcyla® 100 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats Kadcyla® 160 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: **Kadcyla 100 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats:** Eine Durchstechflasche mit Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats enthält 100 mg Trastuzumab Emтанin. Nach Zubereitung enthält eine Durchstechflasche mit 5 ml Lösung 20 mg/ml Trastuzumab Emтанin (siehe Abschnitt 6.6 der Fachinformation). **Kadcyla 160 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats:** Eine Durchstechflasche mit Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats enthält 160 mg Trastuzumab Emтанin. Nach Zubereitung enthält eine Durchstechflasche mit 8 ml Lösung 20 mg/ml Trastuzumab Emтанin (siehe Abschnitt 6.6 der Fachinformation). Trastuzumab Emтанin ist ein Antikörper-Wirkstoff-Konjugat, das Trastuzumab enthält, einen humanisierten monoklonalen IgG1-Antikörper, der aus einer Suspensionskultur von Säugtierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) hergestellt wird und der über den stabilen Thioether-Linker MCC (4-[N-Maleimidomethyl]cyclohexan-1-carboxylat) kovalent an DMI, einen Mikrotubul-Hemmer, gebunden ist. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Bernsteinäure, Natriumhydroxid, Saccharose, Polysorbat 20 **Anwendungsgebiete:** **Brustkrebs im Frühstadium (EBC – Early Breast Cancer)** Kadcyla wird als Einzelsubstanz zur adjuvanten Behandlung bei erwachsenen Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium angewendet, die nach einer neoajuvanten Taxan-basierter und HER2-gerichteter Therapie eine invasive Resterkrankeung in der Brust und/oder den Lymphknoten aufweisen. **Metastasierter Brustkrebs (MBC – Metastatic Breast Cancer)** Kadcyla wird als Einzelsubstanz zur Behandlung bei erwachsenen Patienten mit HER2-positivem, inoperablem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs angewendet, die zuvor, einzeln oder in Kombination, Trastuzumab und ein Taxan erhalten haben. Die Patienten sollten entweder eine vorherige Behandlung gegen die lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung erhalten haben oder ein Rezidiv während oder innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der adjuvanten Behandlung entwickelt haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische und immunmodulierende Mittel, antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, HER2-Inhibitoren, ATC-Code: L01FD03 **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** September 2022

Fachkurzinformation zu Seite 16 (Fortsetzung)

Perjeta® 420 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Durchstechflasche mit 14 ml Konzentrat enthält insgesamt 420 mg Pertuzumab in einer Konzentration von 30 mg/ml. Nach Verdünnung enthält ein ml der Lösung ca. 3,02 mg Pertuzumab für die Initialdosis und ca. 1,59 mg Pertuzumab für die Erhaltungsdosis (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 6.6, Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung). Pertuzumab ist ein humanisierter monoklonaler IgG1-Antikörper, der mit rekombinanter DNA-Technologie in Säugetierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) hergestellt wird. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Essigsäure 99 %, Histidin, Saccharose, Polysorbit 20, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Brustkrebs im Frühstadium (early breast cancer – EBC): Perjeta ist zur Anwendung in Kombination mit Trastuzumab und Chemotherapie indiziert zur: – neoadjuvanten Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem lokal fortgeschrittenem, entzündlichem oder frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). – adjuvanten Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem frühem Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Metastasierter Brustkrebs:** Perjeta ist zur Anwendung in Kombination mit Trastuzumab und Docetaxel bei erwachsenen Patienten mit HER2-positivem metastasiertem oder lokal rezidivierendem, inoperablem Brustkrebs indiziert, die zuvor noch keine anti-HER2-Therapie oder Chemotherapie zur Behandlung ihrer metastasierten Erkrankung erhalten haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 6.1 „Liste der sonstigen Bestandteile“). **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 GrenzachWyllen, Deutschland **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Substanzen, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01FD02 **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** April 2023

Tecentriq® 840 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Durchstechflasche mit 14 ml Konzentrat enthält 840 mg Atezolizumab. Eine Durchstechflasche mit 20 ml Konzentrat enthält 1.200 mg Atezolizumab. Nach Verdünnung (siehe Abschnitt 6.6 der Fachinformation) sollte die finale Konzentration der verdünnten Lösung zwischen 3,2 und 16,8 mg/ml liegen. *Atezolizumab ist ein im Fc-Teil modifizierter, humanisierter monoklonaler Immunglobulin(G)G1anti-PD-L1 (programmed death ligand 1)-Antikörper, der in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters mittels rekombinanter Desoxyribonukleinsäure(DNA)-Technologie hergestellt wird. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Histidin, Essigsäure 99 %, Saccharose, Polysorbit 20, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** **Urothelkarzinom:** Tecentriq als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinoms (UC) - nach vorheriger platinhaltiger Chemotherapie oder - die für eine Behandlung mit Cisplatin als ungeeignet angesehen werden, und deren Tumoren eine PD-L1-Expression $\geq 5\%$ aufweisen (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (non-small cell lung cancer, NSCLC) im Frühstadium:** Tecentriq als Monotherapie wird angewendet zur adjuvanten Behandlung des NSCLC nach vollständiger Resektion und platinbasierter Chemotherapie bei erwachsenen Patienten mit hohem Risiko für ein Rezidiv und deren Tumoren eine PD-L1-Expression auf $\geq 50\%$ der Tumorzellen (tumour cells, TC) aufweisen und kein EGFR(epidermal growth factor receptor, epidermaler Wachstumsfaktorrezeptor)-mutiertes oder ALK(anaplastische-Lymphomkinase)-positives NSCLC haben (siehe Abschnitt 5.1 zu den Auswahlkriterien). **Metastasiertes NSCLC:** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit Bevacizumab, Paclitaxel und Carboplatin bei erwachsenen Patienten zur Erstlinienbehandlung des metastasierten NSCLC mit nichtplatteneithelialer Histologie. Bei Patienten mit EGFR-mutiertem oder ALK-positivem NSCLC ist Tecentriq in Kombination mit Bevacizumab, Paclitaxel und Carboplatin nur nach Versagen der entsprechenden zielgerichteten Therapien anzuwenden (siehe Abschnitt 5.1). Tecentriq wird angewendet in Kombination mit nab-Paclitaxel und Carboplatin zur Erstlinienbehandlung des metastasierten NSCLC mit nicht-platteneithelialer Histologie bei erwachsenen Patienten, die kein EGFR-mutiertes oder ALK-positives NSCLC haben (siehe Abschnitt 5.1). Tecentriq als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Erstlinienbehandlung des metastasierten NSCLC, deren Tumoren eine PD-L1-Expression $\geq 50\%$ der TC oder $\geq 10\%$ bei tumorinfiltrierenden Immunzellen (immune cells, IC) aufweisen und die kein EGFR-mutiertes oder ALK-positives NSCLC haben (siehe Abschnitt 5.1). Tecentriq als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten NSCLC nach vorheriger Chemotherapie. Patienten mit EGFR-mutiertem oder ALK-positivem NSCLC sollten vor der Therapie mit Tecentriq zudem auch bereits entsprechende zielgerichtete Therapien erhalten haben (siehe Abschnitt 5.1). **Kleinzelliges Lungenkarzinom:** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit Carboplatin und Etoposid bei erwachsenen Patienten zur Erstlinienbehandlung des kleinzelligen Lungenkarzinoms im fortgeschrittenen Stadium (*Extensive Stage Small Cell Lung Cancer, ES-SCLC*) (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Triple-negatives Mammakarzinom:** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit nab-Paclitaxel bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des nicht resezierbaren lokal fortgeschrittenen oder metastasierten triple-negativen Mammakarzinoms (*triple-negative breast cancer, TNBC*), deren Tumoren eine PD-L1-Expression $\geq 1\%$ aufweisen und die keine vorherige Chemotherapie zur Behandlung der metastasierten Erkrankung erhalten haben. **Hepatozelluläres Karzinom:** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit Bevacizumab bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des fortgeschrittenen oder nicht resezierbaren hepatozellulären Karzinoms (*hepatocellular carcinoma, HCC*), die keine vorherige systemische Behandlung erhalten haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Atezolizumab oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 GrenzachWyllen, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Arzneimittel, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01FF05. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Juni 2022

Fachkurzinformation zu Seite 16 (Fortsetzung)

Avastin® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jeder Milliliter Konzentrat enthält 25 mg Bevacizumab¹. Jede Durchstechflasche zu 4 ml enthält 100 mg Bevacizumab. Jede Durchstechflasche zu 16 ml enthält 400 mg Bevacizumab. Zur Verdünnung und sonstige Hinweise zur Handhabung, siehe veröffentlichte Fachinformation unter Abschnitt 6.6 „Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung“. **Bevacizumab** ist ein rekombinanter humanisierter monoklonaler Antikörper, der mittels DNA-Technologie aus Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) gewonnen wird. **Liste der sonstigen Bestandteile:** α, α-Trehalose 2 H₂O, Natriumphosphat, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke **Anwendungsgebiete:** Bevacizumab wird in Kombination mit einer Chemotherapie auf Fluoropyrimidin-Basis zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem Kolon- oder Rektumkarzinom angewendet. Bevacizumab wird in Kombination mit Paclitaxel zur **First-Line**-Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem Mammakarzinom angewendet. Zu weiteren Informationen wie auch zum humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor 2 (HER2)-Status siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“. Bevacizumab wird in Kombination mit Capecitabin zur **First-Line**-Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem Mammakarzinom angewendet, bei denen eine Behandlung mit anderen Chemotherapie-Optionen, einschließlich Taxanen oder Anthracyclinen, als nicht geeignet angesehen wird. Patienten, die innerhalb der letzten 12 Monate Taxan- und Anthracyclin-haltige Therapieregime im Rahmen der adjuvanten Behandlung erhalten haben, sollten nicht mit Avastin in Kombination mit Capecitabin therapiert werden. Zu weiteren Informationen wie auch zum HER2-Status siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“. Bevacizumab wird zusätzlich zu einer platinhaltigen Chemotherapie zur **First-Line**-Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablem fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom, außer bei vorwiegender Plattenepithel-Histologie, angewendet.

Bevacizumab wird in Kombination mit Erlotinib zur **First-Line**-Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablem fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem nicht-kleinzelligem Nicht-Plattenepithel-Bronchialkarzinom mit Mutationen, die den epidermalen Wachstumsfaktorrezeptor (EGFR) aktivieren, angewendet (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Bevacizumab wird in Kombination mit Interferon alfa-2a zur **First-Line**-Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom angewendet. Bevacizumab wird in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Primärbehandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem epithelalem Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom in der *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO)-Stadien IIB, IIC und IV angewendet. (Siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“) Bevacizumab wird in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin oder in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einem ersten platin sensitiven Rezidiv eines epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms angewendet, die zuvor noch nicht mit Bevacizumab oder mit anderen VEGF-Inhibitoren bzw. auf den VEGF-Rezeptor zielenden Substanzen behandelt wurden. Bevacizumab wird in Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalen Doxorubicin zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit platinresistentem Rezidiv eines epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms angewendet, die zuvor mit höchstens zwei Chemotherapien behandelt wurden und die zuvor keine Therapie mit Bevacizumab oder einem anderen VEGF-Inhibitor bzw. auf den VEGF-Rezeptor zielenden Substanzen erhalten haben (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Bevacizumab wird in Kombination mit Paclitaxel und Cisplatin – oder alternativ mit Paclitaxel und Topotecan bei Patienten, die keine platinhaltige Therapie erhalten können – zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit persistierendem, rezidivierendem oder metastasiertem Zervixkarzinom angewendet (siehe veröffentlichte Fachinformation unter Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. - Überempfindlichkeit gegen CHO-Zellprodukte oder andere rekombinante humane oder humanisierte Antikörper. - Schwangerschaft (siehe veröffentlichte Fachinformation unter Abschnitt 4.6 „Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit“). **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 GrenzachWyhlen, Deutschland. **Verschreibungsspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische und immunmodulierende Mittel, antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, ATC-Code: L01F G01 **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Juli 2022

Herceptin® 600 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine 5-ml-Durchstechflasche enthält 600 mg Trastuzumab, einen humanisierten monoklonalen IgG1-Antikörper, der aus einer Suspensionskultur von Säugtierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) hergestellt und durch eine Affinitäts- und Ionenaustauschchromatographie, die spezifische virale Inaktivierungs- und Entfernungprozesse beinhaltet, gereinigt wird. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Rekombinante humane Hyaluronidase (rHuPH20), L-Histidin, L-Histidindihydrochlorid-Monohydrat, α, α-Trehalose-Dihydrat, L-Methionin, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete: Brustkrebs: Metastasierter Brustkrebs:** Herceptin ist zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem metastasiertem Brustkrebs (metastatic breast cancer – MBC) indiziert: - als Monotherapie zur Behandlung von Patienten, die mindestens zwei Chemotherapieregime gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Die vorangegangene Chemotherapie muss mindestens ein Anthrazyklin und ein Taxan enthalten haben, es sei denn, diese Behandlung ist für die Patienten nicht geeignet. Bei Patienten mit positivem Hormonrezeptor-Status muss eine Hormonbehandlung erfolglos gewesen sein, es sei denn, diese Behandlung ist für die Patienten nicht geeignet. - in Kombination mit Paclitaxel zur Behandlung von Patienten, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben und für die ein Anthrazyklin ungeeignet ist. - in Kombination mit Docetaxel zur Behandlung von Patienten, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. - in Kombination mit einem Aromatasehemmer zur Behandlung von postmenopausalen Patienten mit Hormonrezeptor-positivem MBC, die noch nicht mit Trastuzumab behandelt wurden. **Brustkrebs im Frühstadium:** Herceptin ist zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium (early breast cancer – EBC) indiziert: - nach einer Operation, Chemotherapie (neoadjuvante oder adjuvante) und Strahlentherapie (soweit zutreffend) (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“) – nach adjuvanter Chemotherapie mit Doxorubicin und Cyclophosphamid, in Kombination mit Paclitaxel oder Docetaxel – in Kombination mit adjuvanter Chemotherapie mit Docetaxel und Carboplatin. - in Kombination mit neoadjuvanter Chemotherapie, gefolgt von adjuvanter Therapie mit Herceptin, bei lokal fortgeschrittenem (einschließlich endzündlichem) Brustkrebs oder Tumoren > 2 cm im Durchmesser (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Herceptin ist nur bei Patienten mit metastasiertem Brustkrebs oder Brustkrebs im Frühstadium anzuwenden, deren Tumore entweder eine HER2-Überexpression oder eine HER2-Genamplifikation aufweisen, die durch eine genaue und validierte Untersuchung ermittelt wurde (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Trastuzumab, Mausproteine, Hyaluronidase oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwere Ruhedyspnoe, die durch Komplikationen der fortgeschrittenen Krebserkrankung verursacht wird oder die eine unterstützende Sauerstofftherapie benötigt. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 GrenzachWyhlen, Deutschland **Verschreibungs-/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Substanzen, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC03 **Weitere besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** April 2018

Sponsoren/Aussteller/Inserenten

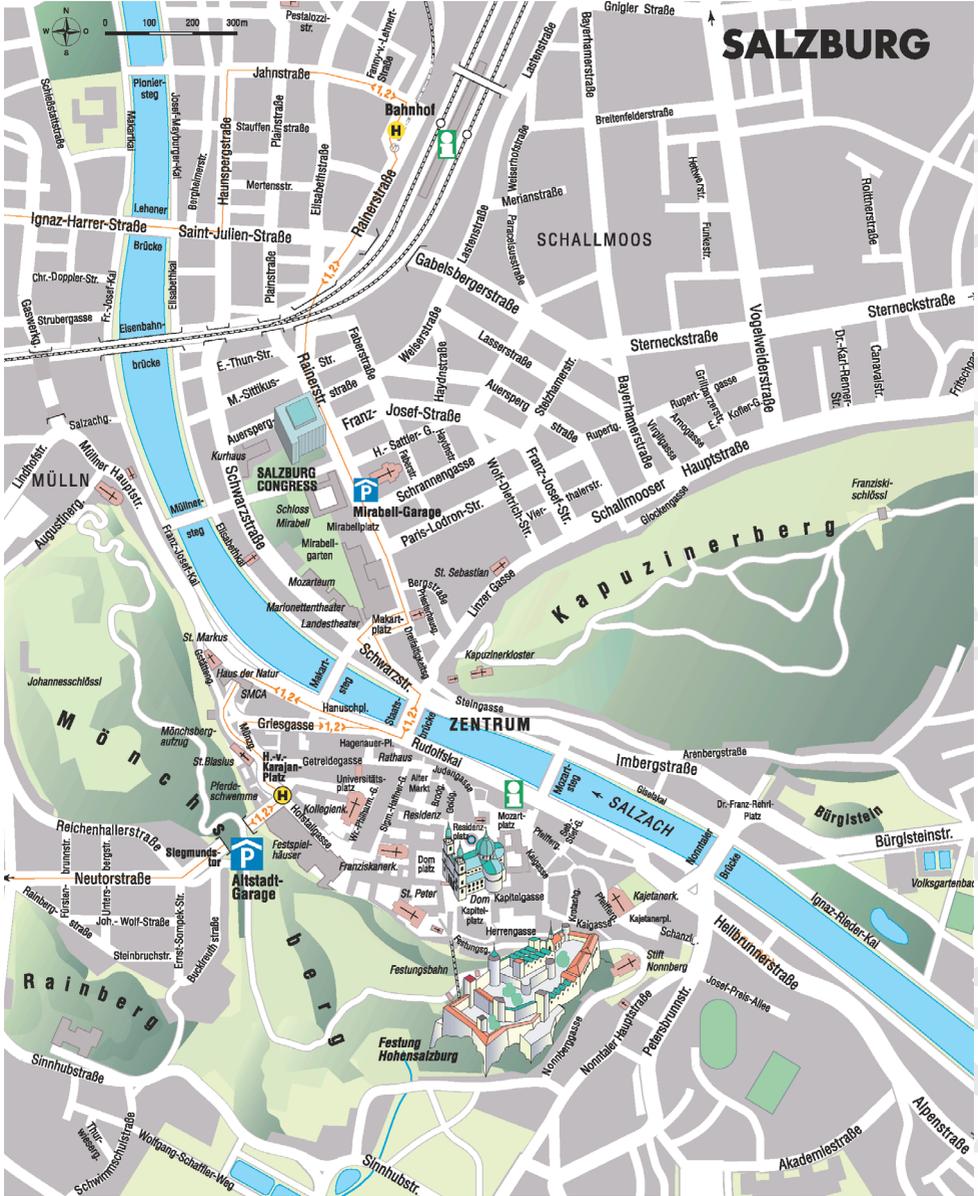
ACCORD Healthcare GmbH, Salzburg
AMGEN GmbH, Wien
ASTRAZENECA Österreich GmbH, Wien
DAIICHI SANKYO Austria GmbH, Wien
EISAI GmbH, Wien
GILEAD Sciences GmbH, Wien
GLAXOSMITHKLINE Pharma GmbH, Wien
ELI LILLY GmbH, Wien
MED MEDIA Verlag und Media Service GmbH, Wien
MERCK SHARP & DOHME GmbH, Wien
MYRIAD Service GmbH, München, D
NOVARTIS Pharma GmbH, Wien
PFIZER Corporation Austria GmbH, Wien
PHARMAMAR GmbH, Wien
PIERRE FABRE Pharma Austria, Wels
ROCHE Austria GmbH, Wien
SANDOZ GmbH, Wien
SEAGEN Austria GmbH, Wien
STEMLINE Therapeutics Switzerland GmbH, Zug, CH
TEVA ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH, Wien

(Stand bei Erstellung)

Druck: ROBIDRUCK, 1200 Wien – www.robidruck.co.at

Für den Inhalt verantwortlich:
Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) der OEGGG





Lassen Sie ihr
Licht
erstrahlen
mit JEMPERLI

JEMPERLI + Carboplatin-Paclitaxel (CP)
bei primär fortgeschrittenem oder
rezidivierendem Endometriumkarzinom
(EC) mit dMMR/MSI-H¹



Deutlicher **OS-Trend²**
Verringerung des Sterberisikos um **70 %**



Signifikante **Verbesserung des PFS²**
Verringerung des Progressionsrisikos um **72 %**



Anhaltendes Ansprechen²
Mediane Ansprechdauer **nach ≥ 2 Jahren** nicht erreicht

dMMR/MSI-H, Mismatch-Reparatur-Defizienz/hohe Mikrosatelliteninstabilität, **OS**, Gesamtüberleben (overall survival); **PFS**, progressionsfreies Überleben (progression free survival)

Die Fachkurzinformation befindet sich auf Seite 28.

Referenzen:

1. JEMPERLI. Fachinformation, auf dem aktuellen Stand. 2. Mirza MR, et al. N Engl J Med. 2023;388(23):2145-2158.

Copyright ©2023 GlaxoSmithKline Unternehmensgruppe. GlaxoSmithKline Pharma GmbH
Wienerbergstraße 7, 5. Stock, 1100 Wien JEMPERLI ist eine eingetragene Marke der
GlaxoSmithKline Unternehmensgruppe.

PM-AT-DST-JRNA-230002 - 11/2023

Jemperli 
(dostarlimab) Injektion 500 mg 