

1. Digitales Myelom-Forum Würzburg

4. Juli 2020



Neue Therapiemöglichkeiten beim Multiplen Myelom

Prof. Dr. Hermann Einsele
Medizinische Klinik und Poliklinik II
Universitätsklinikum Würzburg



Neues zum Multiplen Myelom 2020

Wichtige Botschaften:

1. Wann behandeln ? Nicht mehr warten auf Organschäden durch das Myelom !
2. Beim älteren Patienten – nicht transplantations-geeignet – Einsatz der monoklonalen Antikörper in der Erstlinientherapie (in Kombination)
3. Beim jüngeren transplantationsgeeigneten Patienten neue Kombinationen mit Antikörpern zur Verbesserung der Ansprechtiefe vor und nach Stammzelltransplantation und damit der Chance auf Heilung
4. Neue molekularbiologische Techniken – neue zielgerichtete Therapien?
5. Immuntherapie beim MM stark im Kommen !

Behandlungsentscheidungen beim Multiplen Myelom?

CRAB-Kriterien

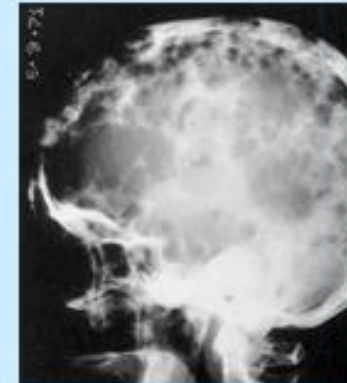
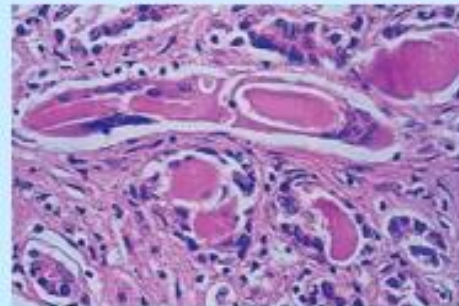
Serum Calcium
increased

Renal Insuffizienz

Anemia

Bone destruction

Ca⁺⁺ [S]
↑↑



Oder:> 2 Bakt. Infektionen / Jahr; Amyloidose; Hyperviskosität

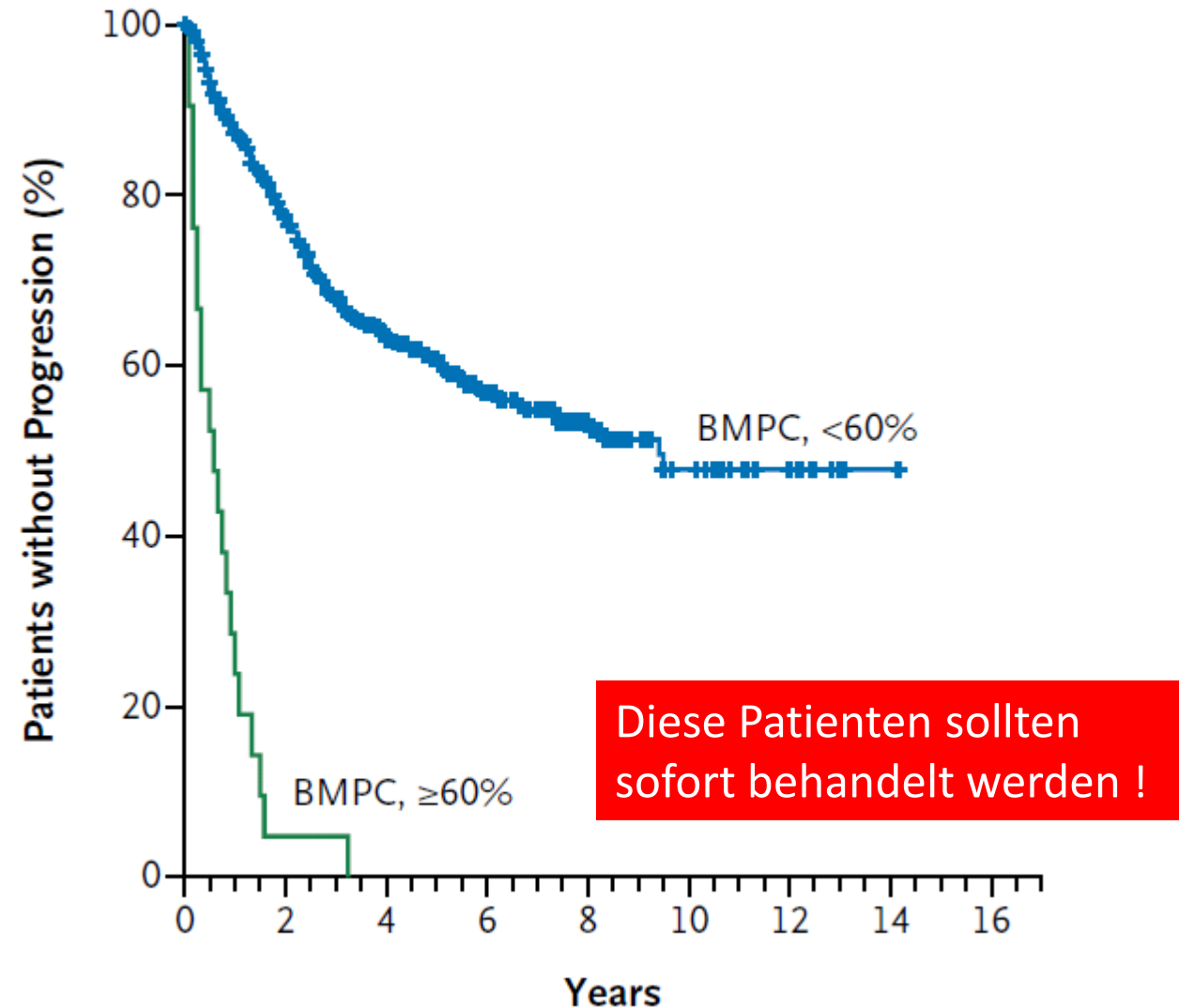
Aktualisierte IMWG-Kriterien: Diagnose des multiplen Myeloms

MGUS	Smouldering Myeloma	Multiple Myeloma
• M Protein < 3 g/dL • klonale Plasmazellen im KM < 10% • Kein myelomdefinierendes Ereignis	• M Protein ≥ 3 g/dL (Serum) oder ≥ 500 mg/24 h (Urin) • Klonale Plasmazellen im KM ≥ 10% - 60% • Kein myelomdefinierendes Ereignis	• Plasmazell-Erkrankung • <u>UND 1 oder mehr</u> myelomdef. Ereignisse • ≥ 1 CRAB* Merkmal SLiM-CRAB-Kriterien: • klonale Plasmazellen im KM ≥ 60% • Freie Leichtketten ratio ≥ 100 • >1 fokale Läsion (MRI)

- C: Kalzium (> 11 mg / dL oder > 1 mg / dL höher als ULN)
- R: Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance <40 ml / min oder Serumkreatinin > 2 mg / dL)
- A: Anämie (Hb < 10 g / dl oder 2 g / dl <normal)
- B: Knochenbefall (≥ 1 lytische Läsionen – konventionelles Röntgen, CT oder PET-CT)

Patienten mit SMM: Behandlung bei Vorliegen der SLiM-Kriterien

Zeit zum Progress in Abhängigkeit von der KM-Infiltration durch MM



Neues zum Multiplen Myelom 2020

Wichtige Botschaften:

1. Wann behandeln ? Nicht mehr warten auf Organschäden durch das Myelom !
2. Beim älteren Patienten – nicht transplantations-geeignet – Einsatz der monoklonalen Antikörper in der Erstlinientherapie (in Kombination)
3. Beim jüngeren transplantationsgeeigneten Patienten neue Kombinationen mit Antikörpern zur Verbesserung der Ansprechtiefe vor und nach Stammzelltransplantation und damit der Chance auf Heilung
4. Neue molekularbiologische Techniken – neue zielgerichtete Therapien?
5. Immuntherapie beim MM stark im Kommen !

Monoklonale Antikörper: Ihre Rolle in der Behandlung von Patienten, die für eine Transplantation nicht geeignet sind



EU

VMP 9 Zyklen



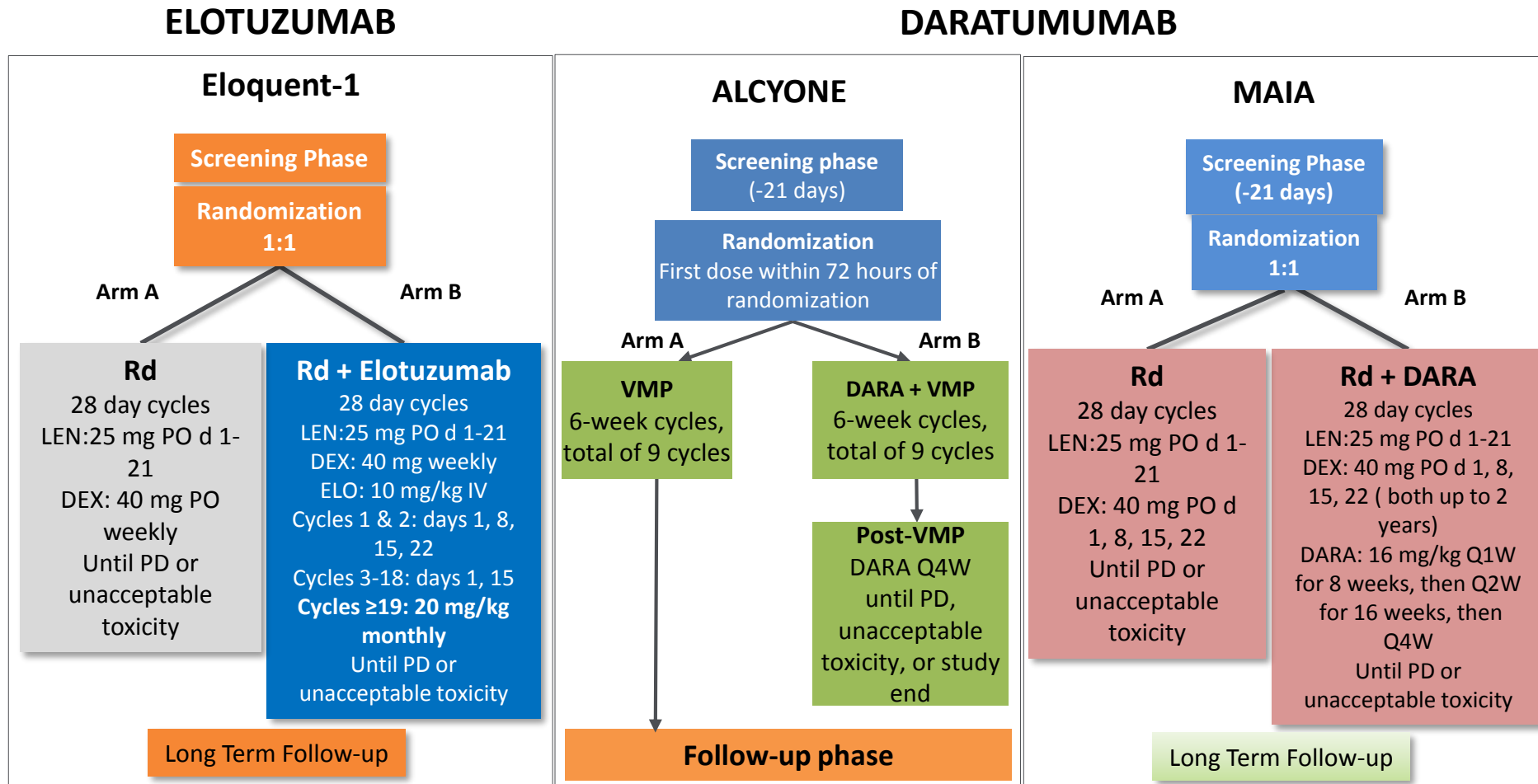
US

Rd bis PD

Ergebnis: Zeit bis zum Rückfall ca. 2 Jahre

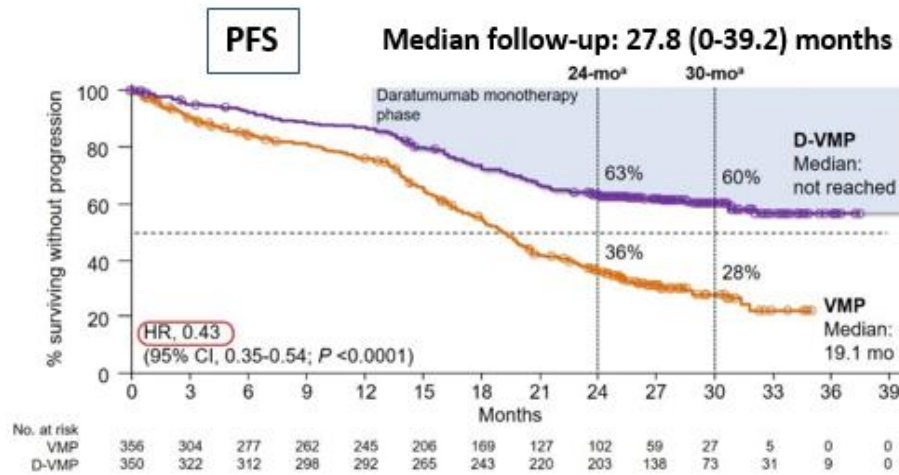
Aktuelle Studien/Standards bei nicht-transplantationsfähigen Patienten mit NDMM

Zugabe von MoAbs zu Rd/VMP/VRd

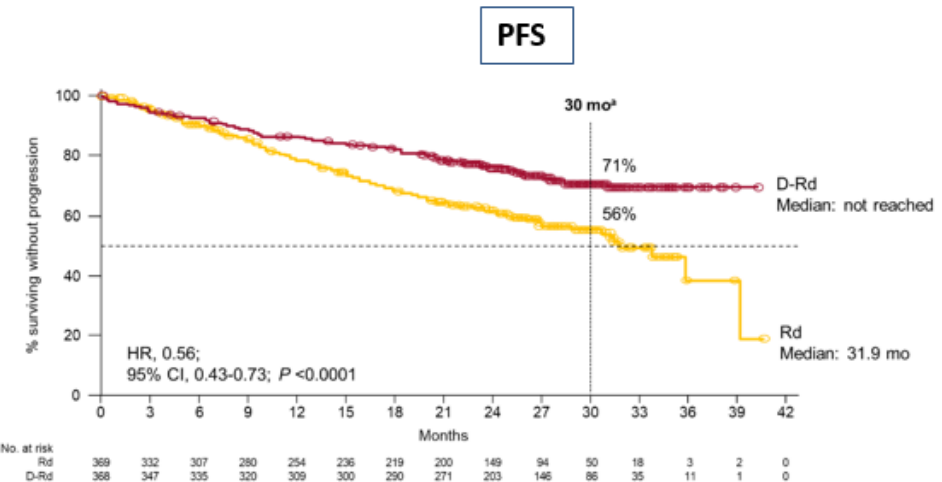


Was können wir bei nicht-transplantations-geeigneten Patienten mit NDMM erreichen?

Phase III ALCYONE Studie



Phase III MAIA Studie



Dimopoulos et al., ASH 2018; abstract 156

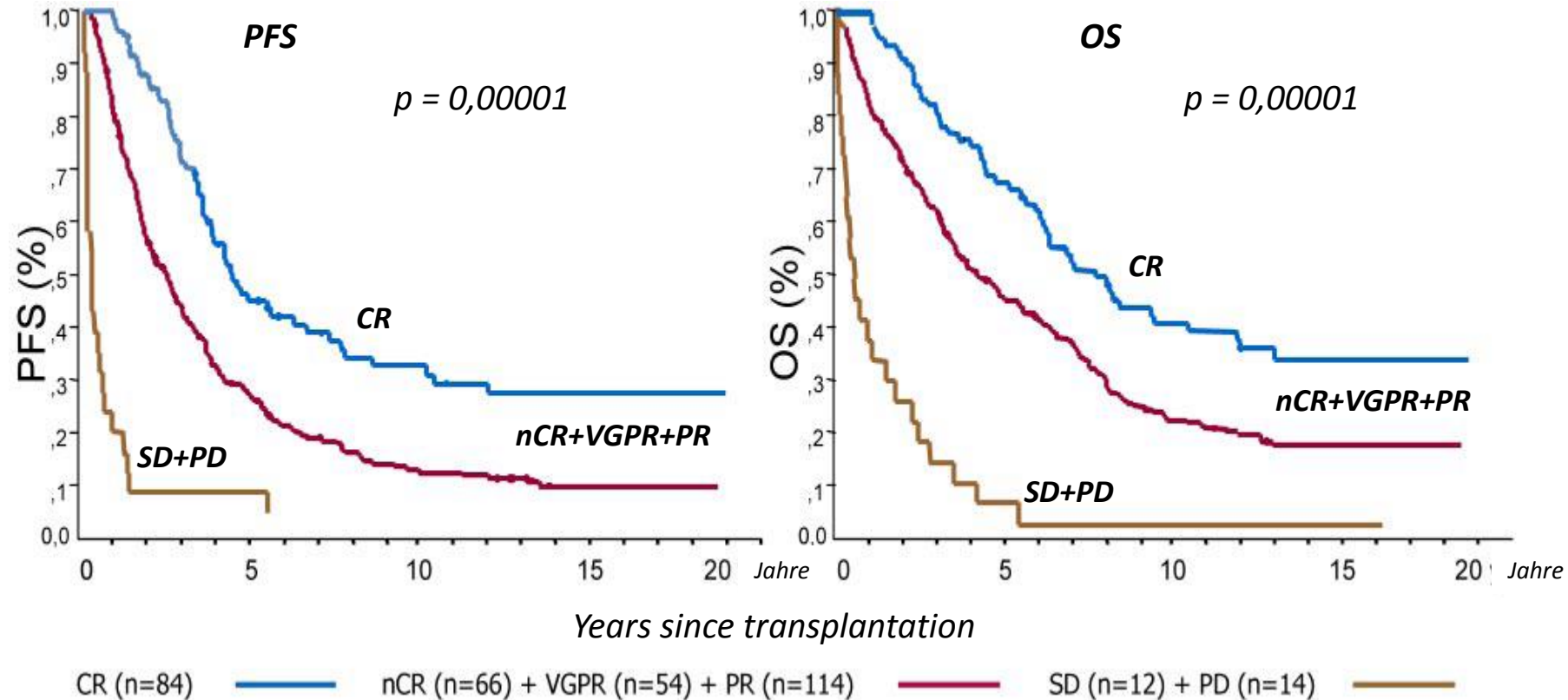
- Die Zugabe von monoklonalen Antikörpern zu aktuellen Doublets / Triplets (Rd, VMP, VCP, VRD) → führt zu einem PFS von bis zu 3-4 Jahren!
- Zusätzliche Therapielinien sorgen für weitere 2 Jahre PFS!

➡ Begrenzte Krankheitskontrolle trotz neuartiger Wirkstoffe / neuer Konzepte!

Was können wir mit aktuellen Behandlungsoptionen beim NDMM erreichen?

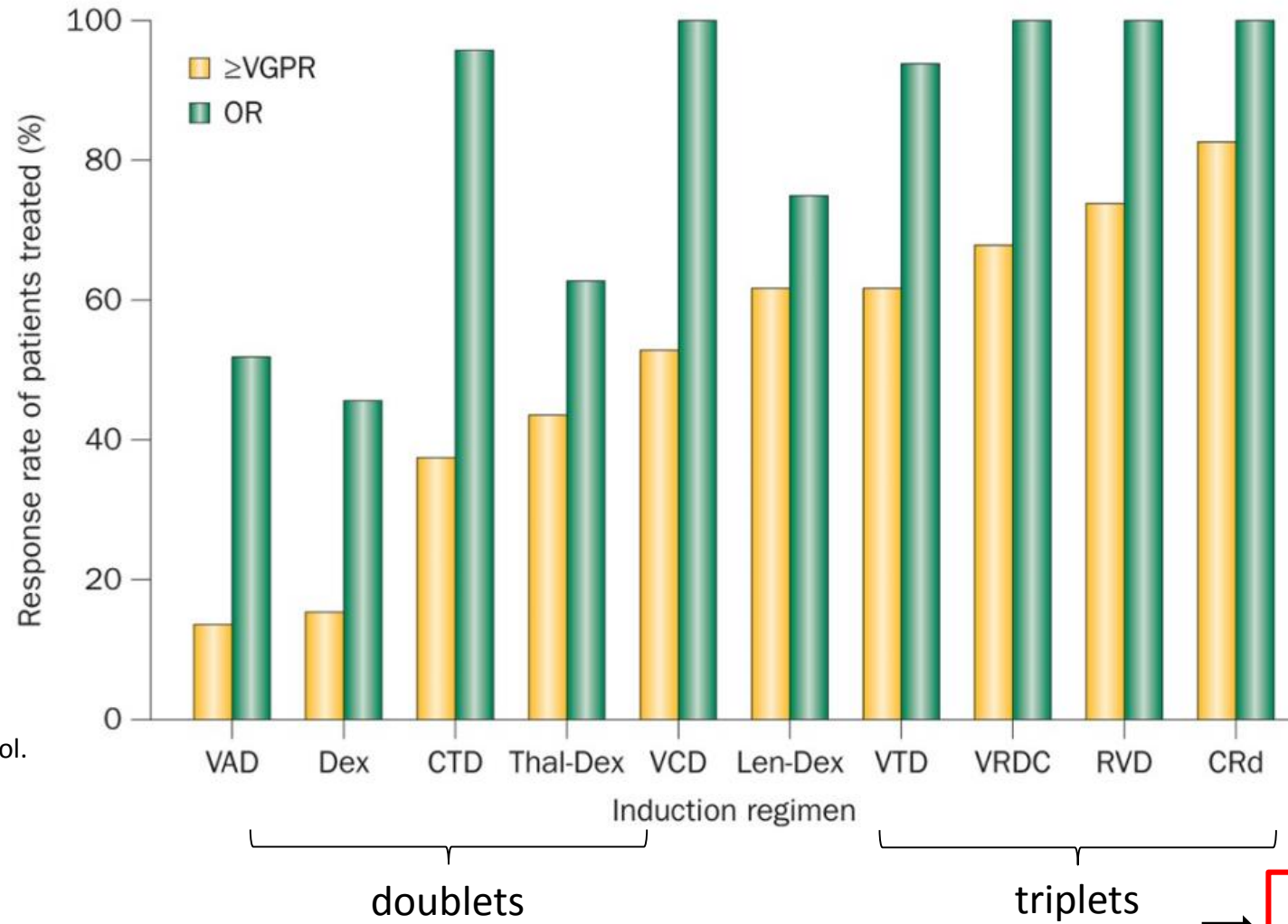
Heilung einer Untergruppe transplantationsfähiger Patienten mit MM!

CR vs. nCR/VGPR/PR vs. SD/PD (n = 344)



- Landmark-Studie: Plateau in OS und PFS nach 11 Jahren für Patienten mit CR (35%)
- Nach 17 Jahren lebten 35% der Patienten mit CR und 11% der Patienten mit nCR + VGPR + PR
- **Keiner der Patienten hat neuartige Wirkstoffe erhalten!**

Ansprechen auf neue Induktionstherapien



Mailankody S, et al, Nat Rev Clin Oncol. 2015;12(5):286-95

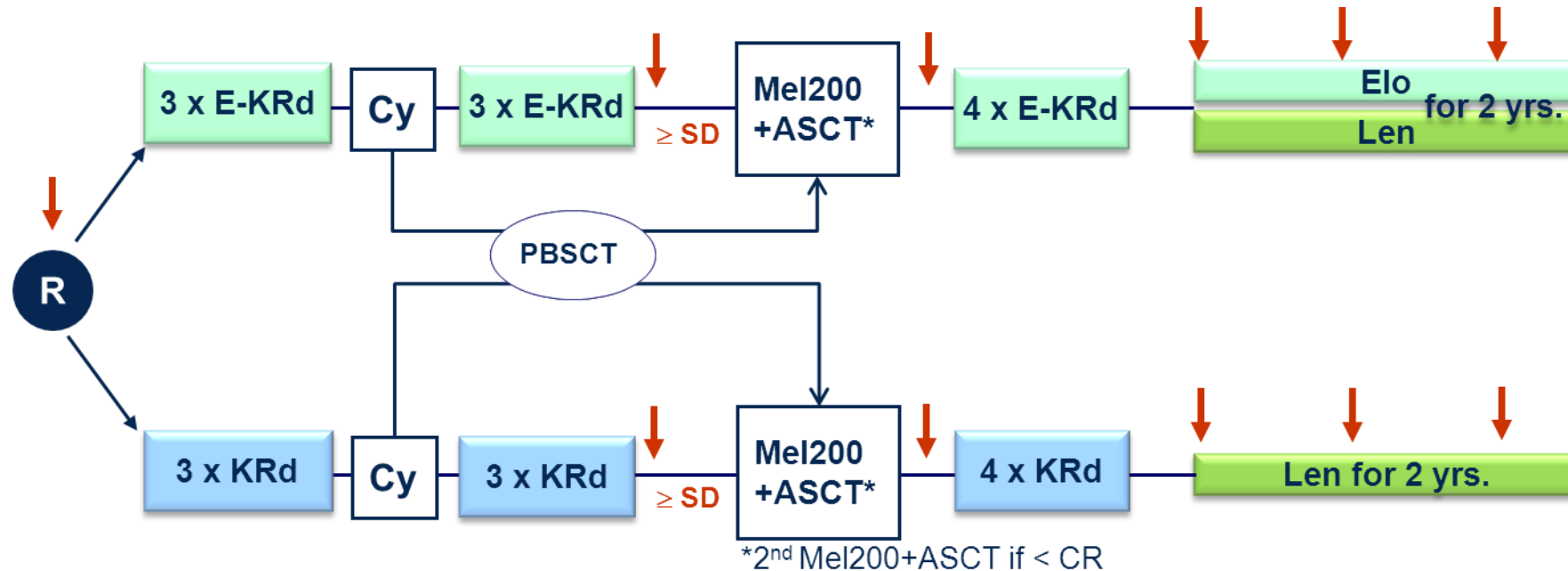
➔ 3er Wirkstoff-Kombination: Standard in der Induktionstherapie
Wirkstoffe der zweiten Generation verbessern die Remissionsqualität

➔ Neue 4 Medikamenten-Kombination (+ Antikörper)

Induktion und Konsolidierung: Einsatz von 4-Wirkstoffkombinationen

DSMM XVII Study

55 Zentren in Deutschland, Österreich und der Schweiz; $n=580$



↓ **MRD-Beurteilung mittels Durchflusszytometrie**

Endpunkte:

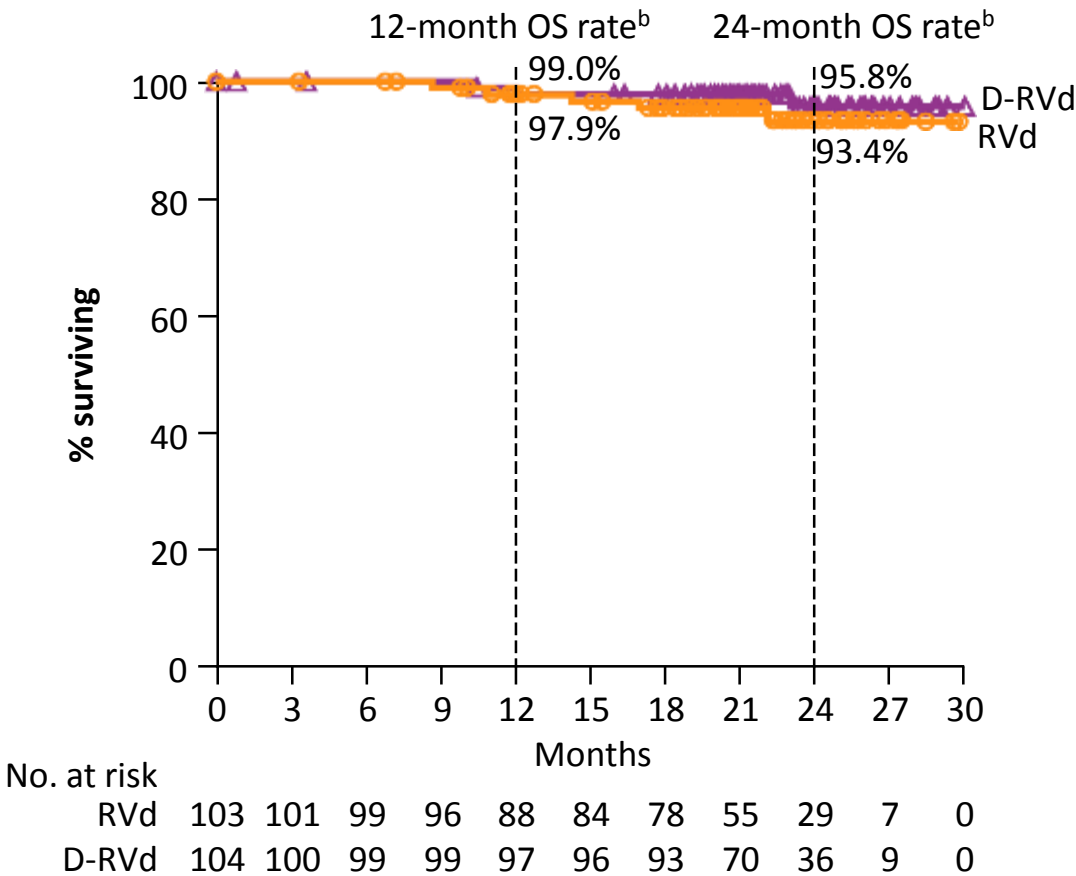
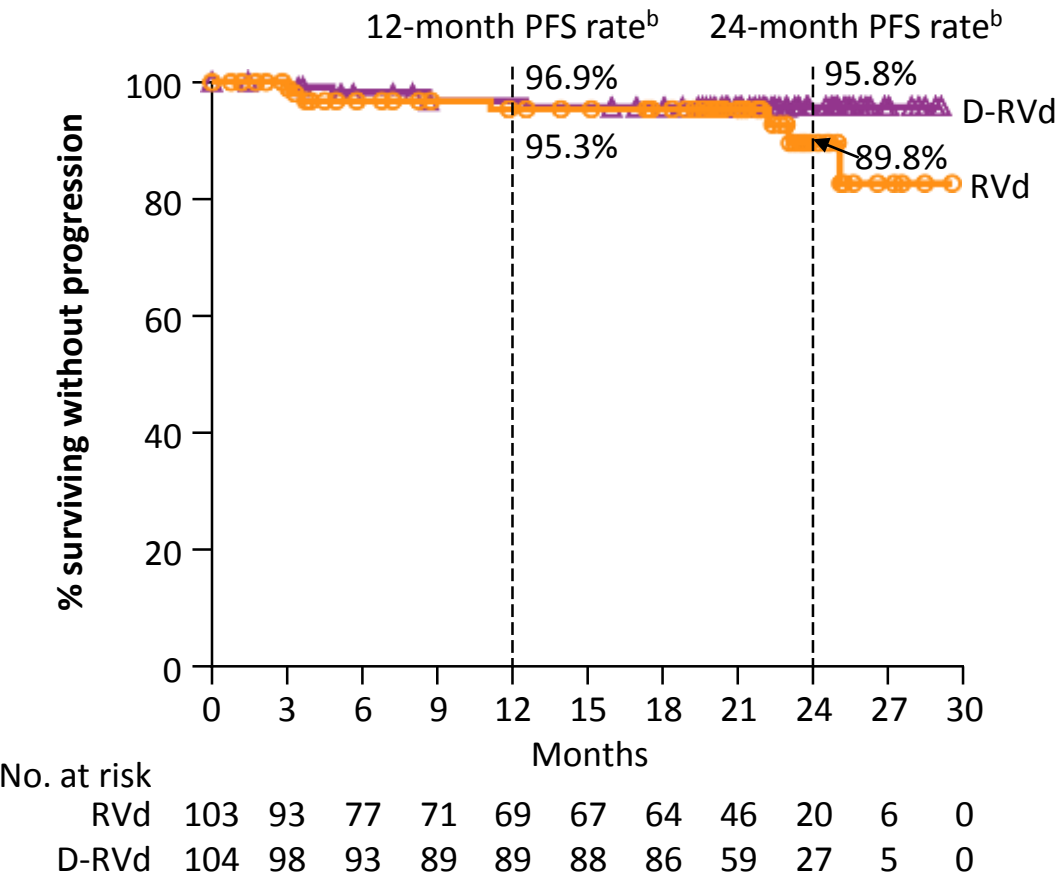
Experimenteller Arm: KRd-Elo SCT KRd-Elo Elo-Len

MRD-Negativität EOT: 65%

Ziel: PFS 10 Jahre !!

Quadruple Induktion mit Monoklonalem Antikörper

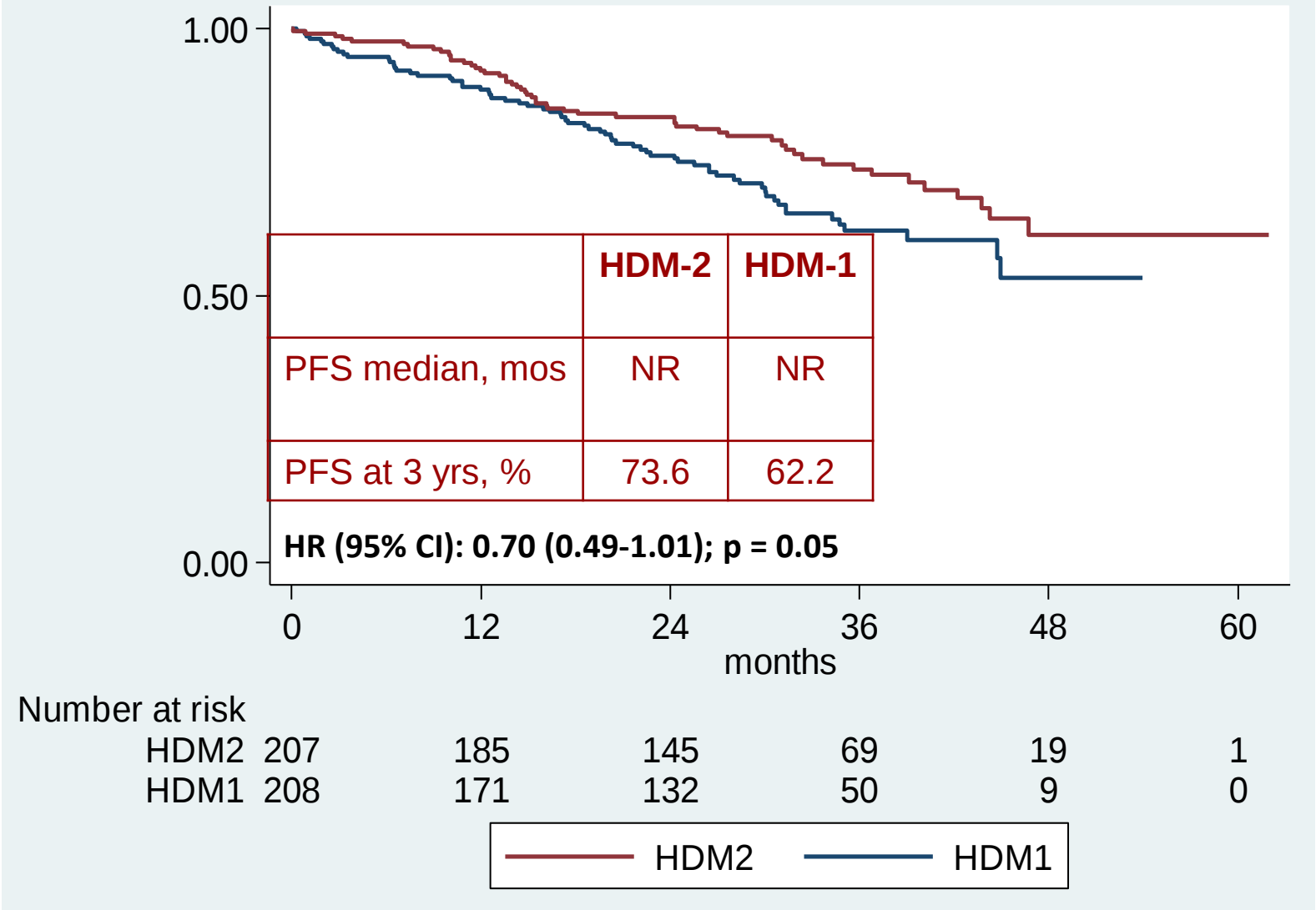
Median follow-up = 22.1 months



Overall safety profile of D-RVd is consistent with previous reports of daratumumab plus SOC

EMN02/HO95 Studie

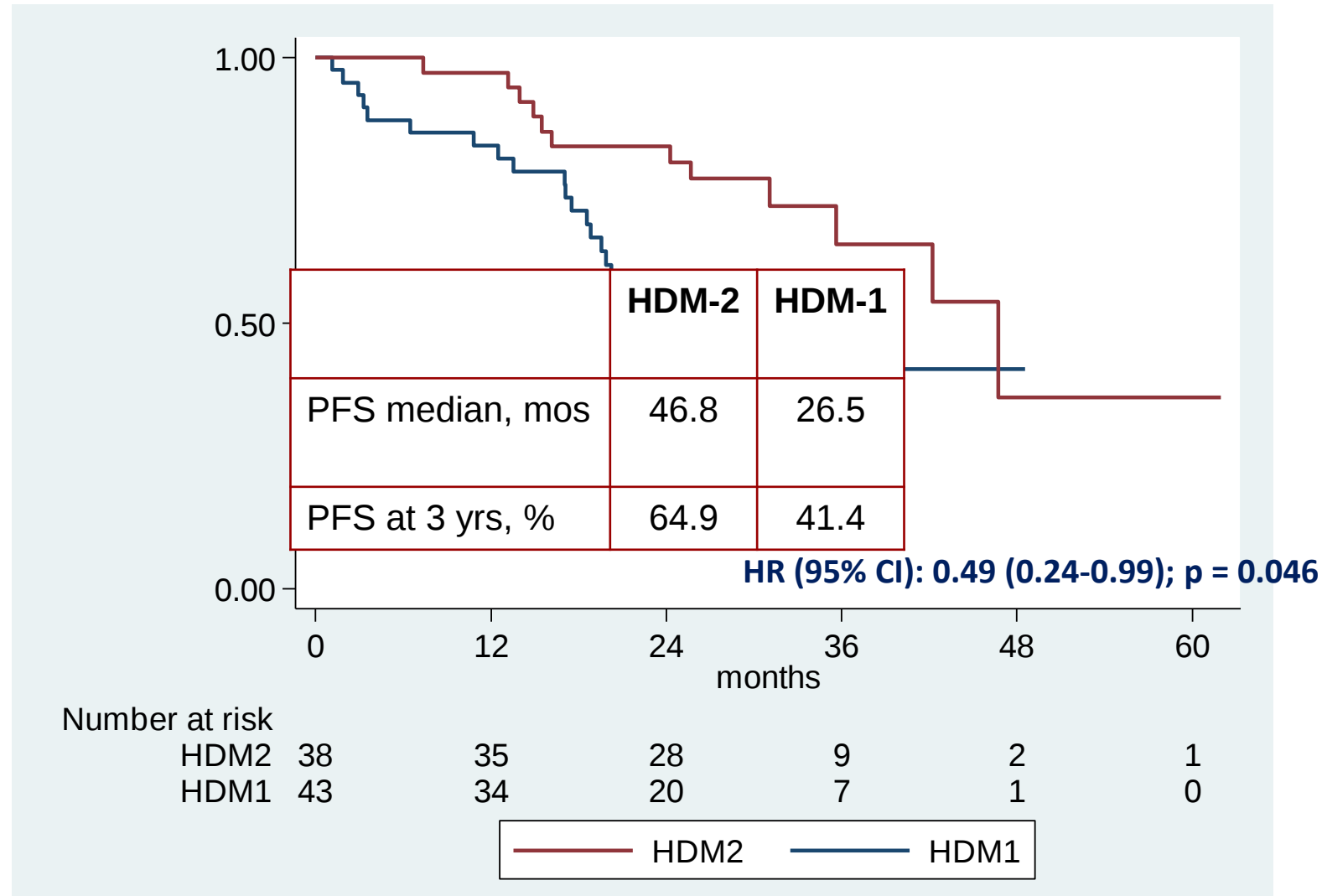
PFS Vergleich: Einfach vs Tandem SZT - Gesamtgruppe



Medianes Follow-up: 32 Months (IQR 26-41)

EMN02/HO95 Studie

PFS Vergleich: Einfach vs Tandem SZT – Hochrisiko-Zytogenetik



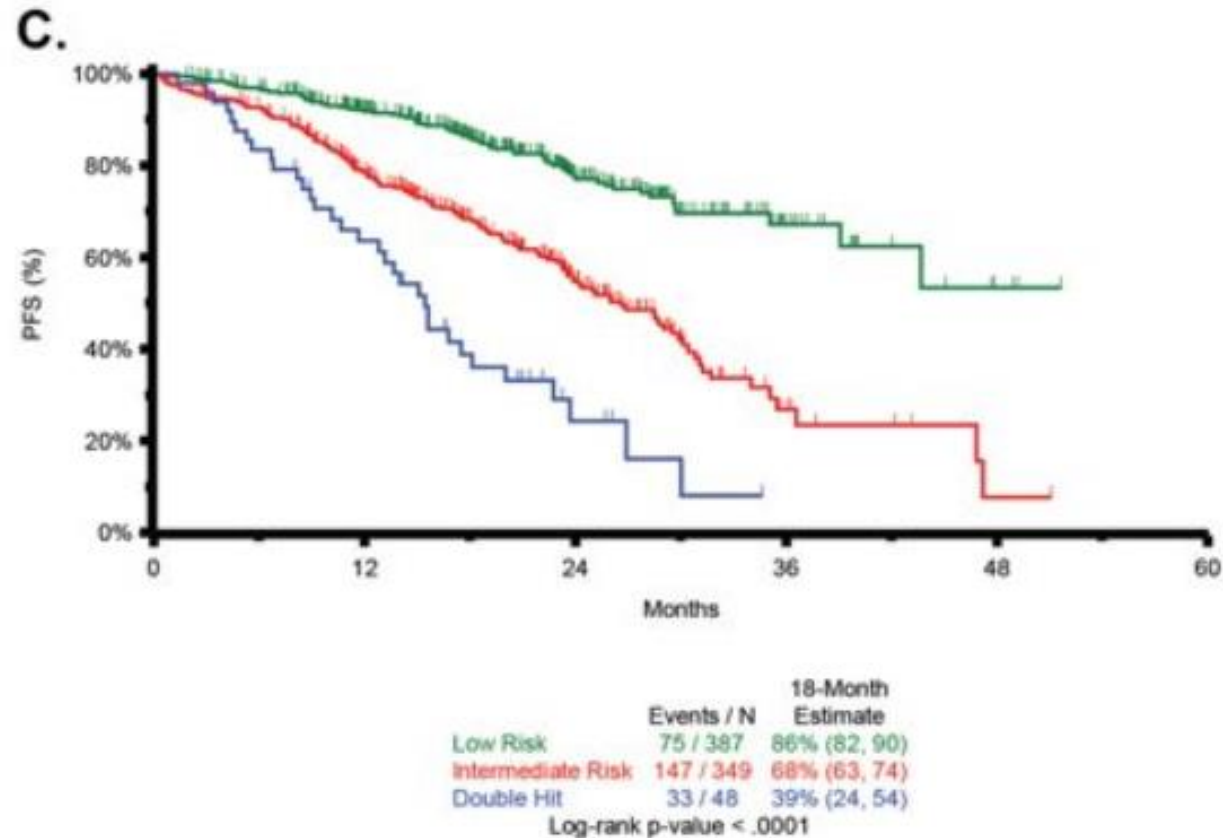
Was haben wir erreicht ?

Mit Therapien, die uns seit 10 Jahren zur Verfügung stehen !

Derzeit - noch ohne die neuen zielgerichteten Therapien und vor Immuntherapien - beträgt das mittlere Überleben eines Myelompatienten (Therapiestart vor 10 Jahren!)

- Nicht für Transplantation geeignet: 7 Jahre!
- Für Transplantation geeignet: 12 Jahre!

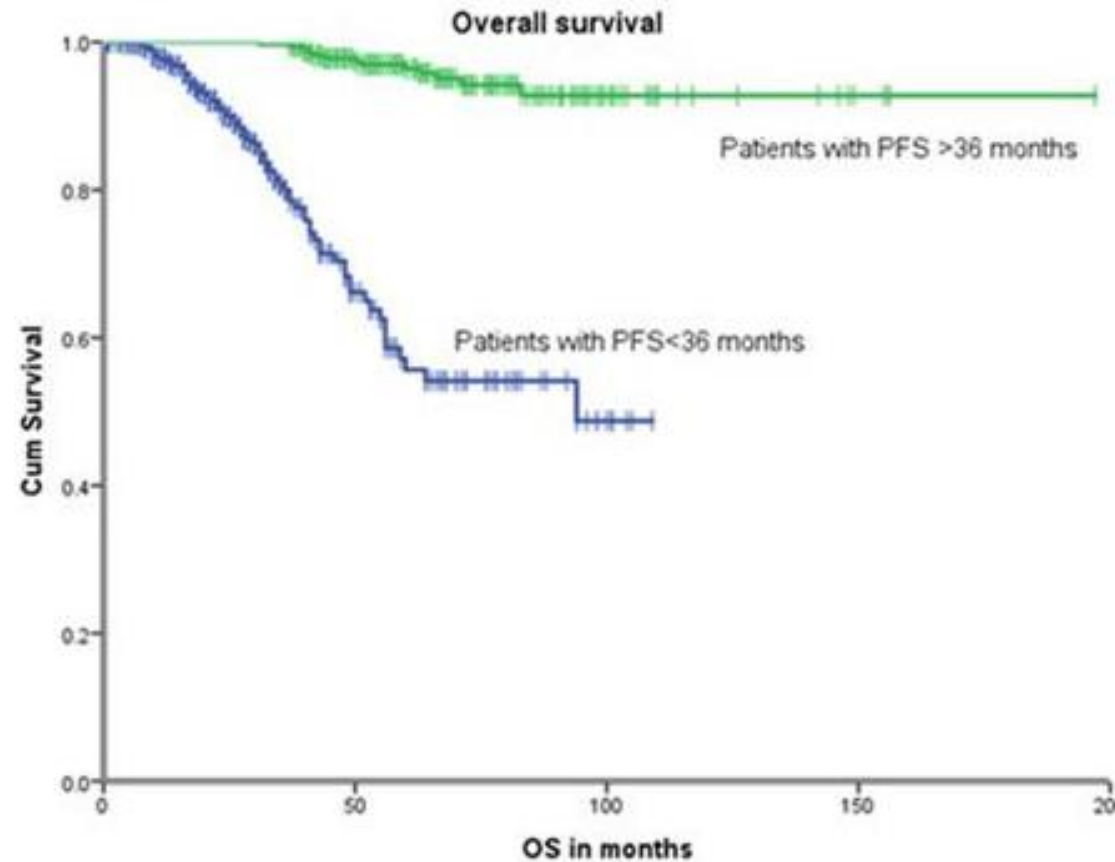
Ungelöstes medizinisches Problem: hohes Risiko, insb. Ultrahochrisikogruppe: Double-Hit-MM



Walker BA et al, Leukemia. 2018 Jul 2

Eigenschaften: Bi-allelische Inaktivierung von TP53 oder ISS III + Amplifikation von CKS1B
Medianes PFS = 15,4 Monate; OS = 20,7 Monate
→ Kandidaten für eine neuartige zelluläre Immuntherapie

Ungelöstes medizinisches Problem: Früher Rückfall nach Stammzelltransplantation



Ajay K Nooka et al, Blood 2018 132,
ASH 2018, abstract 3302

Problem:

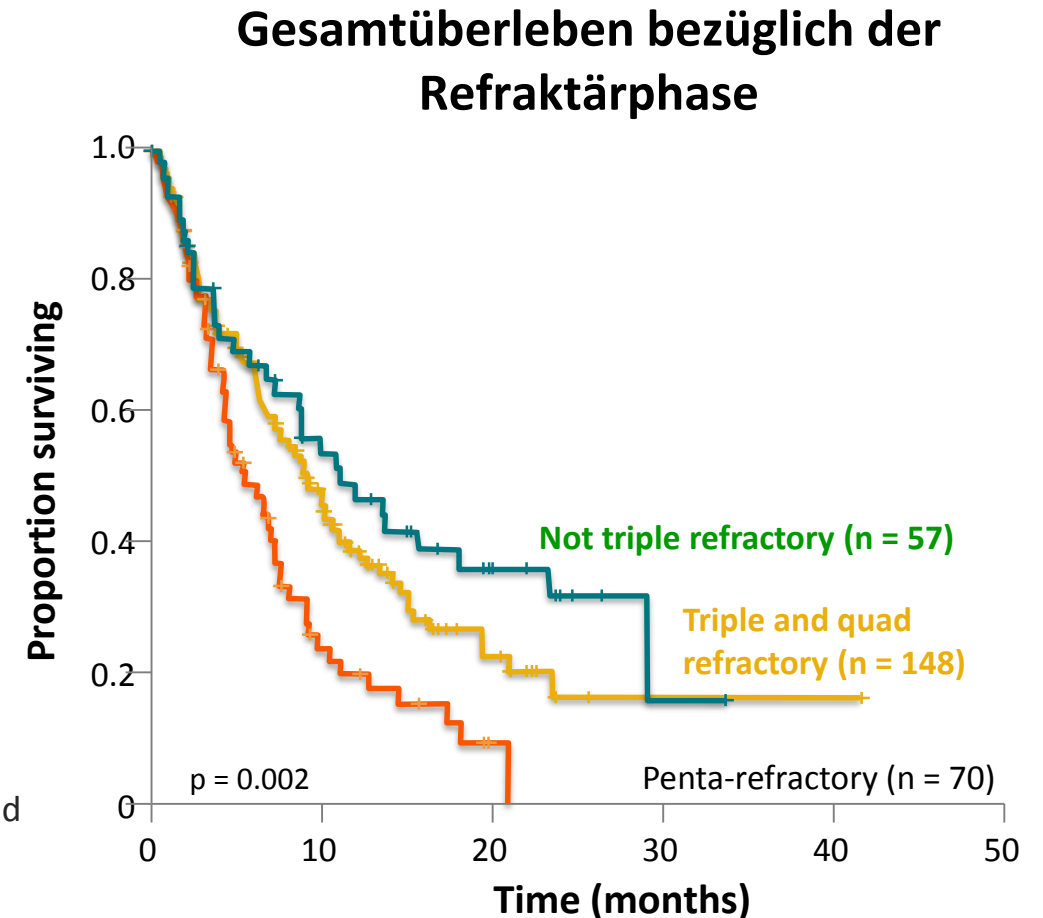
Patienten mit einem frühen Rückfall HD-Mel + ASZT haben eine sehr schlechte Prognose!

→ Kandidaten für neuartige Immuntherapien!

Ungelöstes medizinisches Problem: Patienten mit einem MM, welches auf Bortezomib/IMiDs und Daratumumab oder Isatuximab nicht mit ansprechen

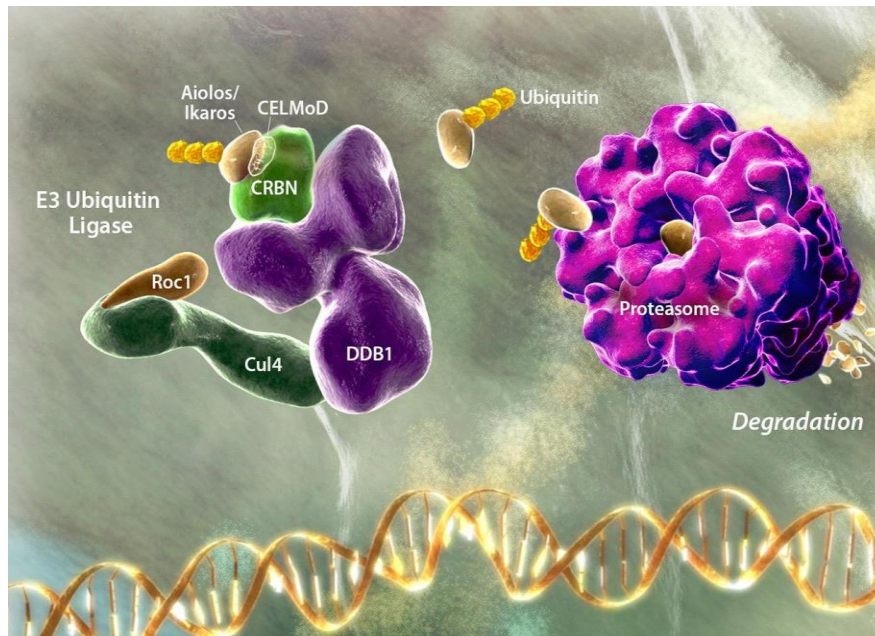
- 275 MM-Patienten, die auf Anti-CD38-mAbs nicht ansprechen
 - alle Patienten: 8.6 Monate
 - “nicht-3-fach-refraktär”: 11.2 Monate
 - “3- und 4-fach refraktär”: 9.2 Monate
 - “penta-refraktär”: 5.6 Monate
- 249 Patienten erhielten weitere Behandlungen
 - mPFS: 3.4 Monate
 - mOS: 9.3 Monate

Non-triple-refractory: refractory to 1 CD38 mAb, and not both PI and IMiD compound
Triple- and quad-refractory: refractory to 1 CD38 mAb + 1 IMiD compound + 1 PI;
or 1 CD38 mAb + 1 PI + 1 or 2 IMiD compounds; or 1 CD38 mAb + 1 or 2 PIs + 1 IMiD compound
Penta-refractory: refractory to 1 CD38 mAb + 2 PIs + 2 IMiD compounds



Weiterentwicklung von Pomalidomid: Entwicklung neuartiger CELMoD®-Compounds

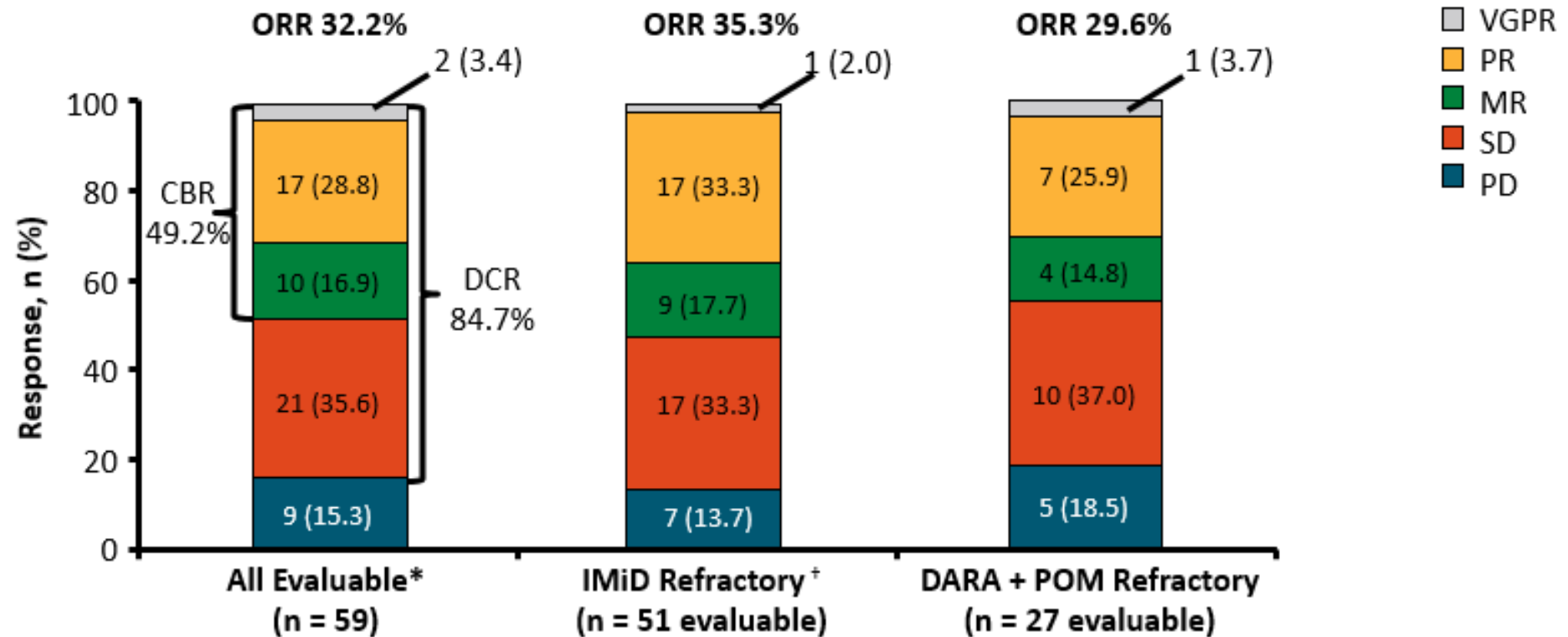
Protein



- Neue Cereblon-modulierende Substanzen mit der Möglichkeit, Resistenzen gegen Lenalidomid/Pomalidomid zu überwinden
- Zwei neue CelMoDs mit deutlich höherer Wirksamkeit
 - Iberdomide (CC-220)
 - CC-92480

Rupert Vessey, MA, BM, BCh, FRCP, DPhil
President, Research & Early Development
Celgene Executive Committee & Leadership

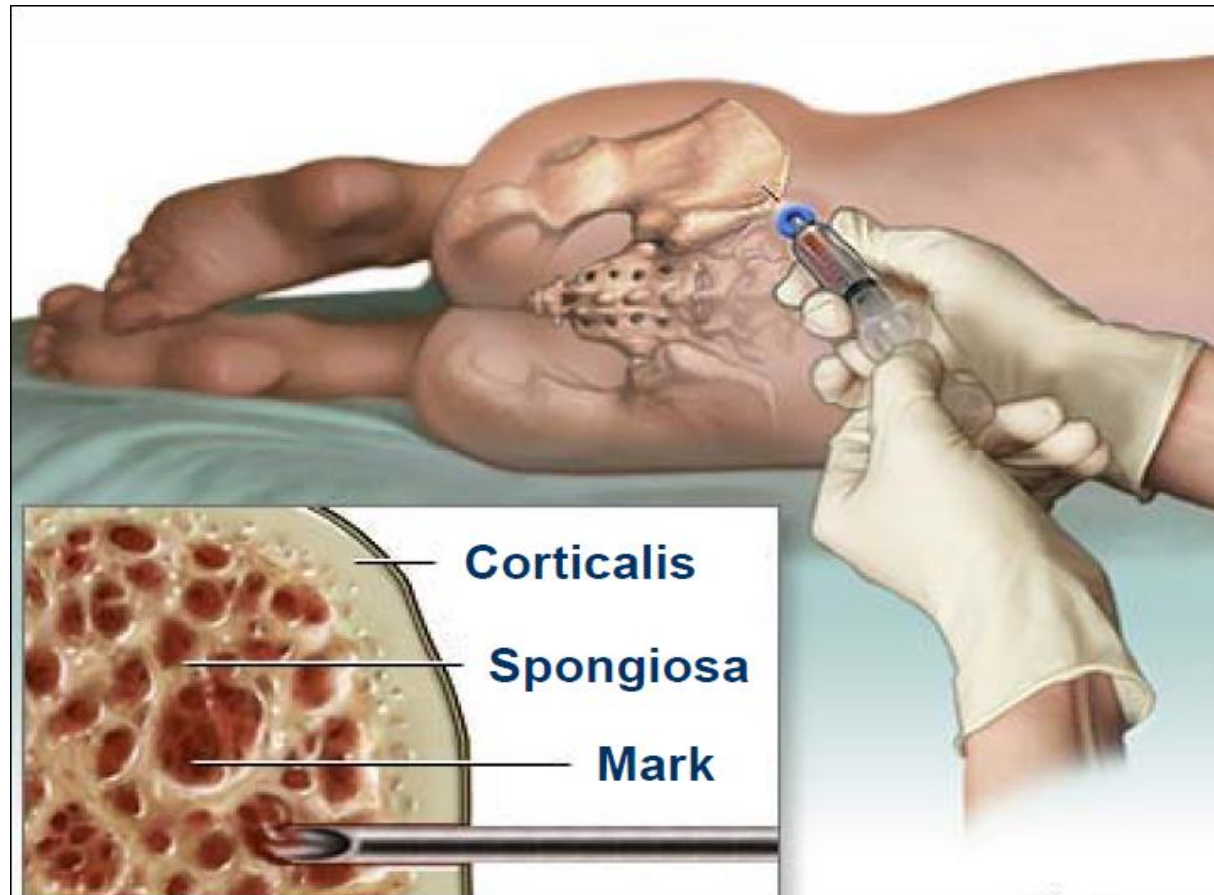
Iberdomid + Dexamethason in R/R Multiple Myeloma: Ansprechen



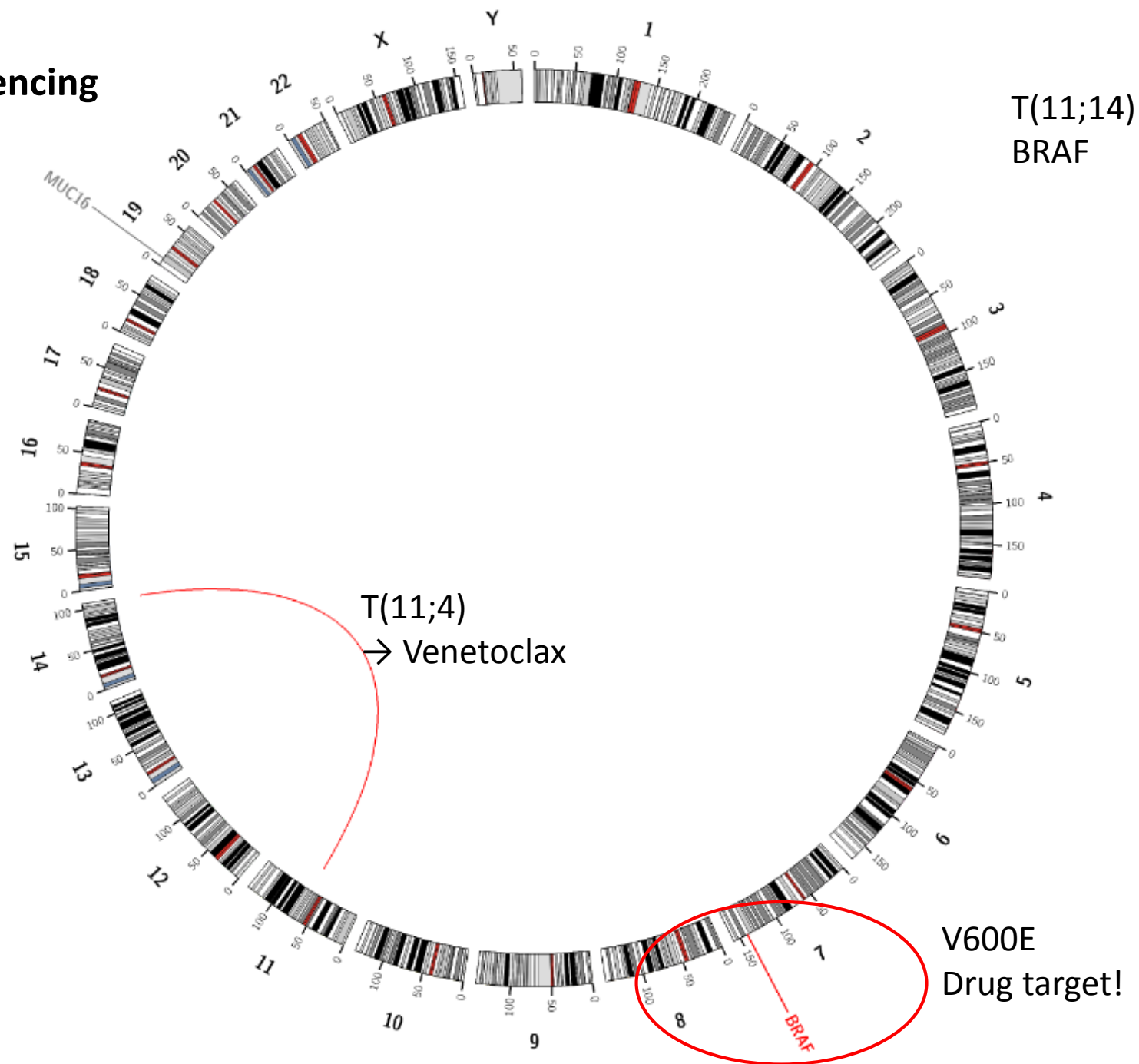
Warum sind Knochenmarkuntersuchungen wichtig?

Welche Erkenntnisse ergeben sich daraus?

- Muss ich behandeln?
- Prognoseabschätzung
- Welche Substanzen wirken?
- Gibt es neue Ziel-gerichtete Behandlungen?



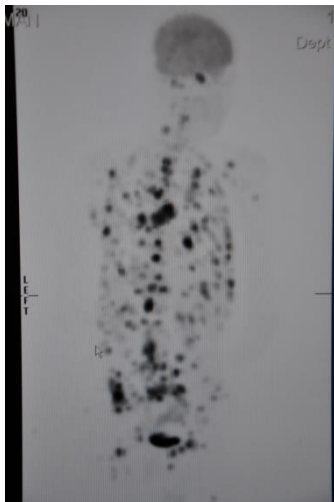
Whole Genome Sequencing - Circos Plot -



BRAF mutierter Patient

Screening auf Mutationen

300 Fälle: 4% mutiert



"n = 1" Experiment

Alter

60 Jahre

FISH

t(4;14)

Therapie

Velcade, Revlimid,
DTPACE, ASCT

Progress

3/12 post ASCT
pp 0 -> 54g/l
freie LK 1500

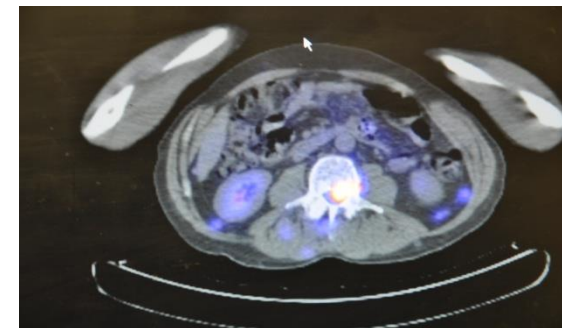
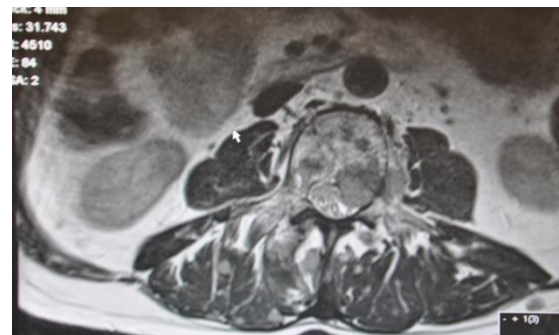
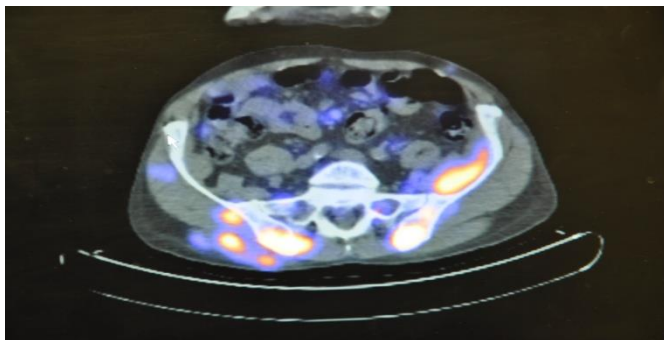
BRAF Mutation status

-> Vemurafinib

Ca ++

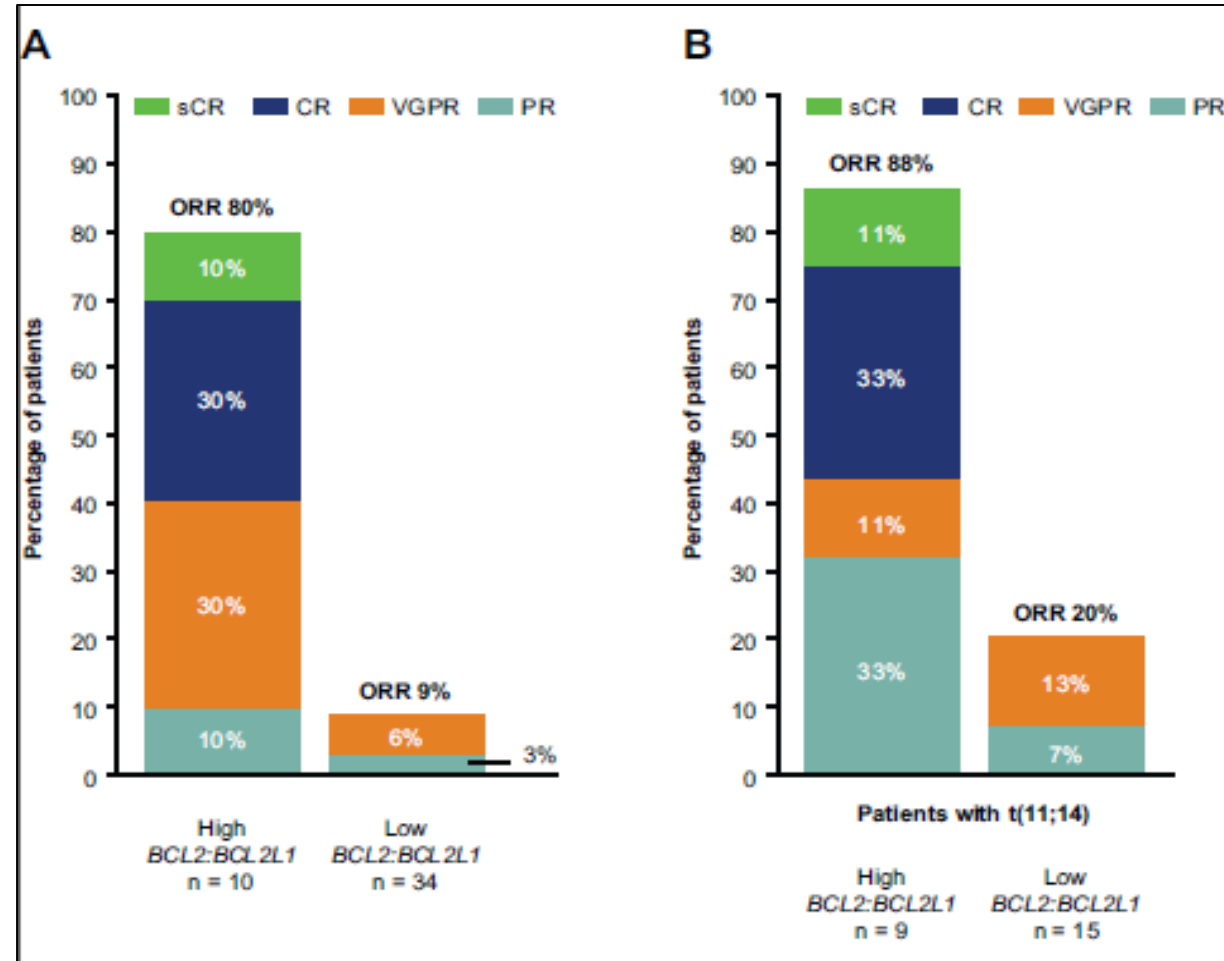
30% Plasmazellen im KM

V600E+



Gezielte Therapie bei MM

Wirksamkeit von Venetoclax als zielgerichtete Therapie beim rezidierten/refraktären t(11; 14) Multiplem Myelom



Kumar S et al., Blood 2017

Problem:

Nur eine kleine Untergruppe von Myelompatienten spricht auf Bcl2-Hemmer (wie Venetoclax) an

Ansprechen auf Venetoclax-Therapie

60 jähriger, männlicher Patient, MM, ISS-Stadium II, Osteolysen, Hyperkalzämie, Anämie, Niereninsuffizienz

Bisherigen Therapien:

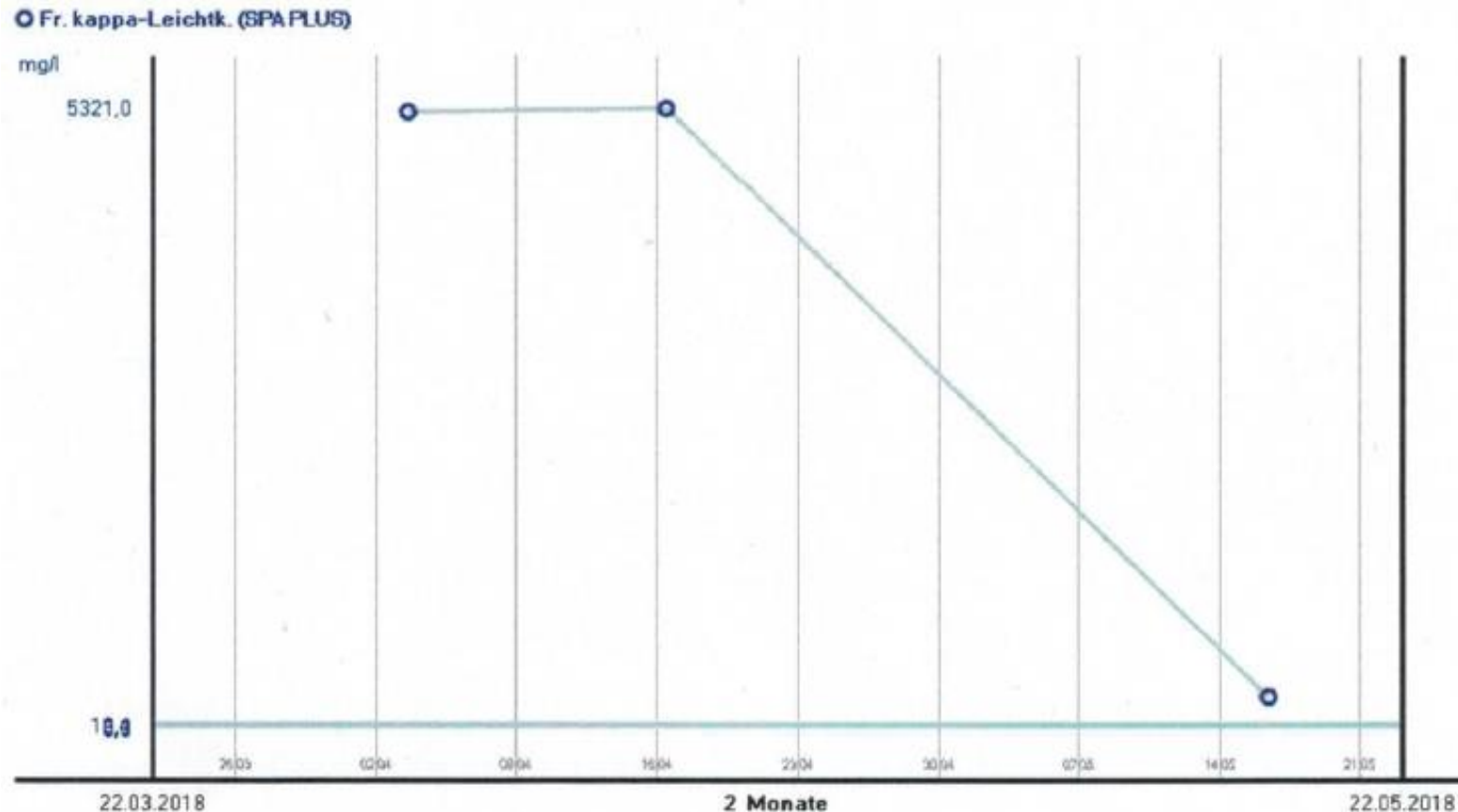
Induktionstherapie mit VCD – kein Ansprechen

Chemotherapie mit RAD + Bortezomib, 2 Zyklen – kein Ansprechen

Chemotherapie mit Daratumumab/Pomalidomid/Dexamethason, 3 Zyklen – geringes Ansprechen

Stammzelltransplantation – SD

Aktuell: Carfilzomib/Venetoclax/Dexamethason

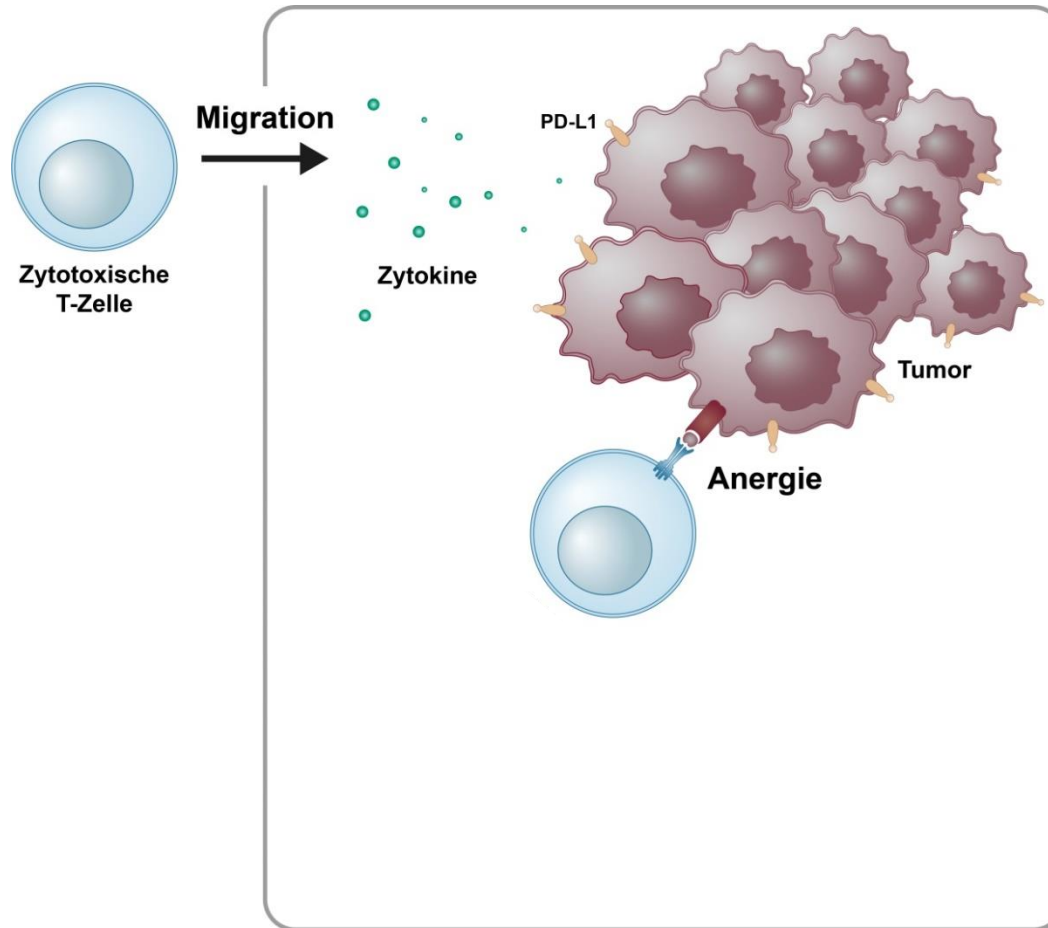


Ära der neuen zellbasierten Immuntherapie?



- Bispezifische Antikörper
- TCR-transduzierte T Zellen
- Angeborene Immunzellinfusion
- CAR T Zellen

Warum versagt das Immunsystem des Patienten in der Kontrolle des Tumors?

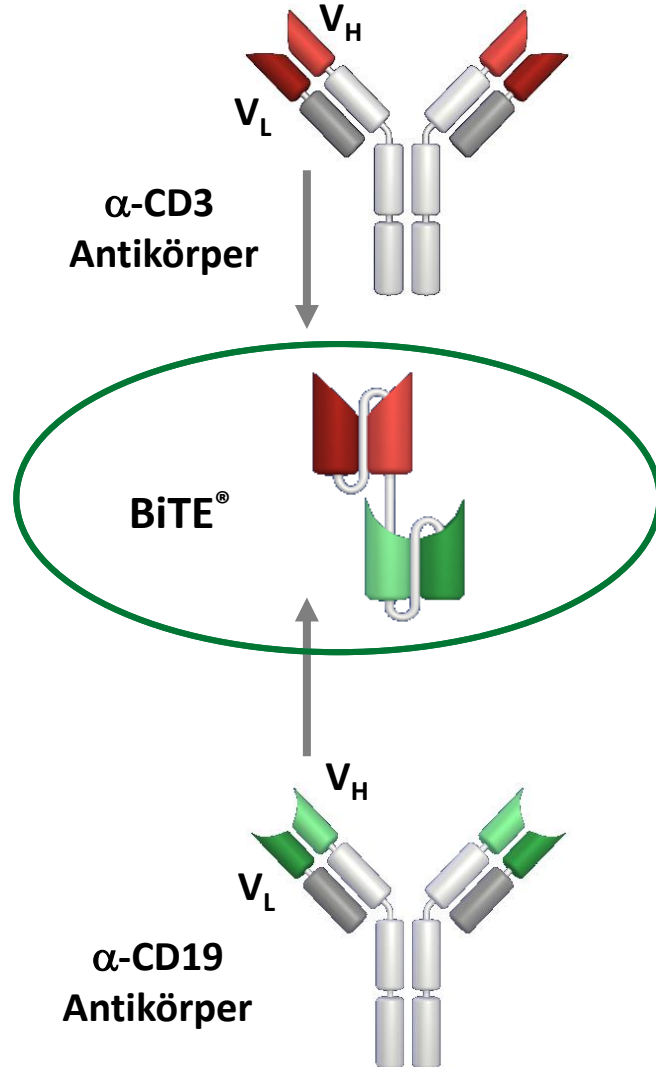


- **zu wenige funktionsfähige Immunzellen**, welche den Tumor erkennen können
- **insuffiziente T-Zell-Rekrutierung** in den Tumor
 - schwache Immunsignale
 - geringe Chemokin-Expression

Würzburger Erfolgsgeschichte:

BiTE[®] Moleküle: Bispezifische Single-Chain Antikörper

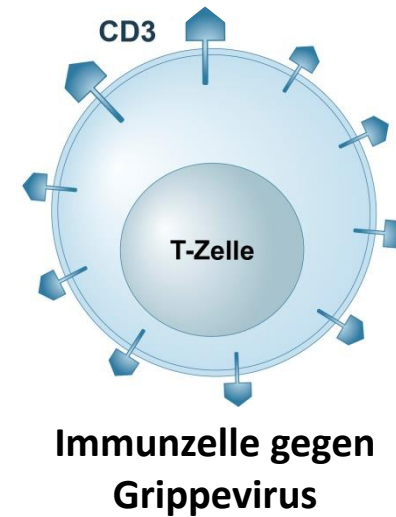
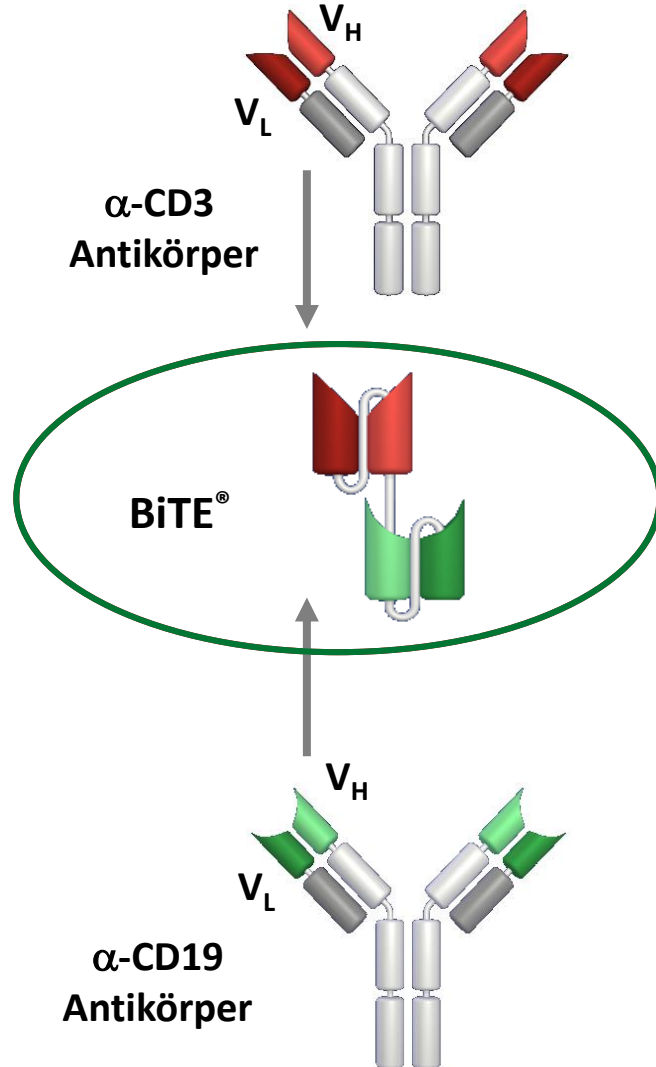
Ziel: Erhöhung der Frequenz von Tumor-reaktiven Immunzellen



Würzburger Erfolgsgeschichte:

BiTE[®] Moleküle: Bispezifische Single-Chain Antikörper

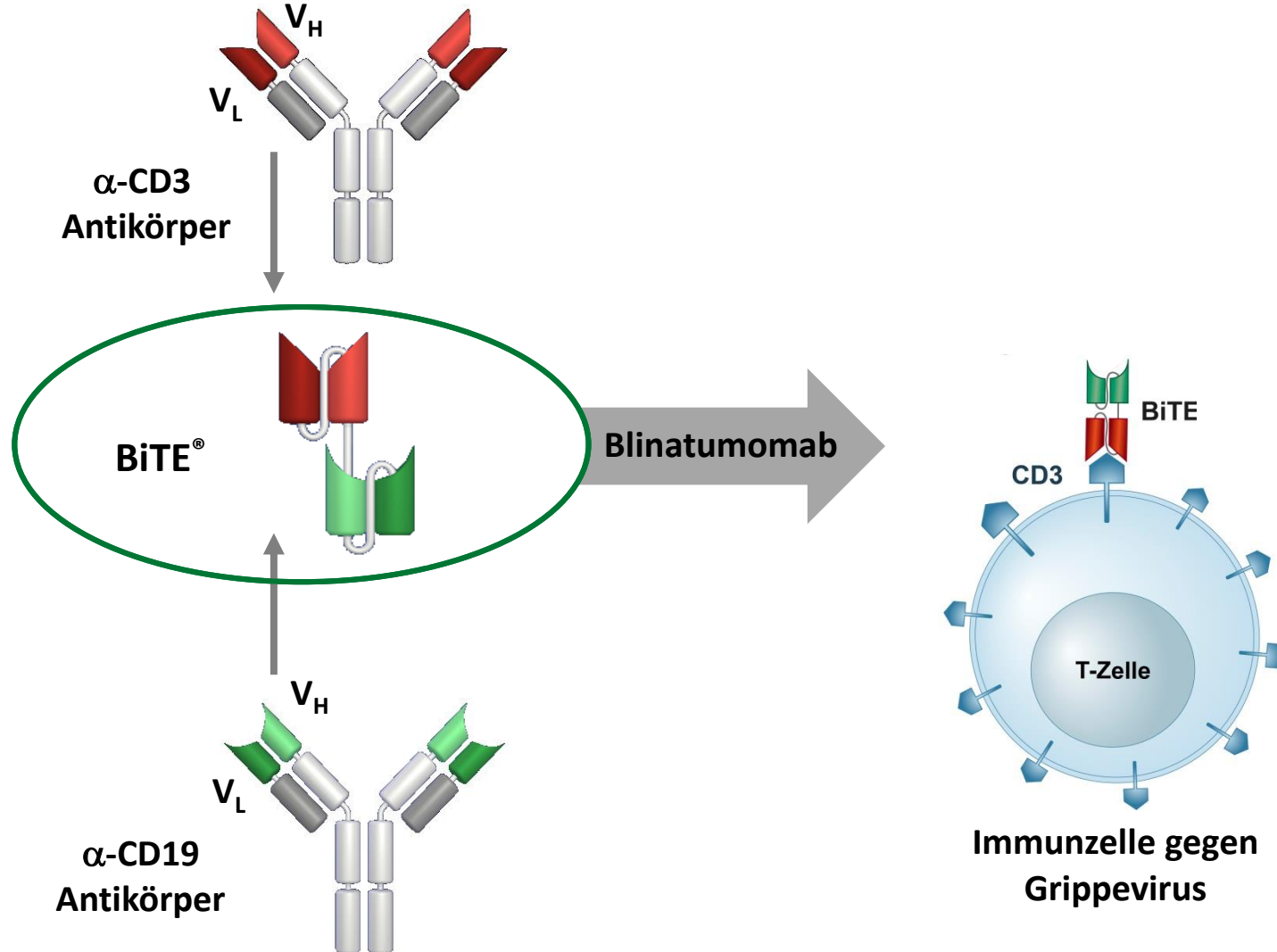
Ziel: Erhöhung der Frequenz von Tumor-reaktiven Immunzellen



Würzburger Erfolgsgeschichte:

BiTE[®] Moleküle: Bispezifische Single-Chain Antikörper

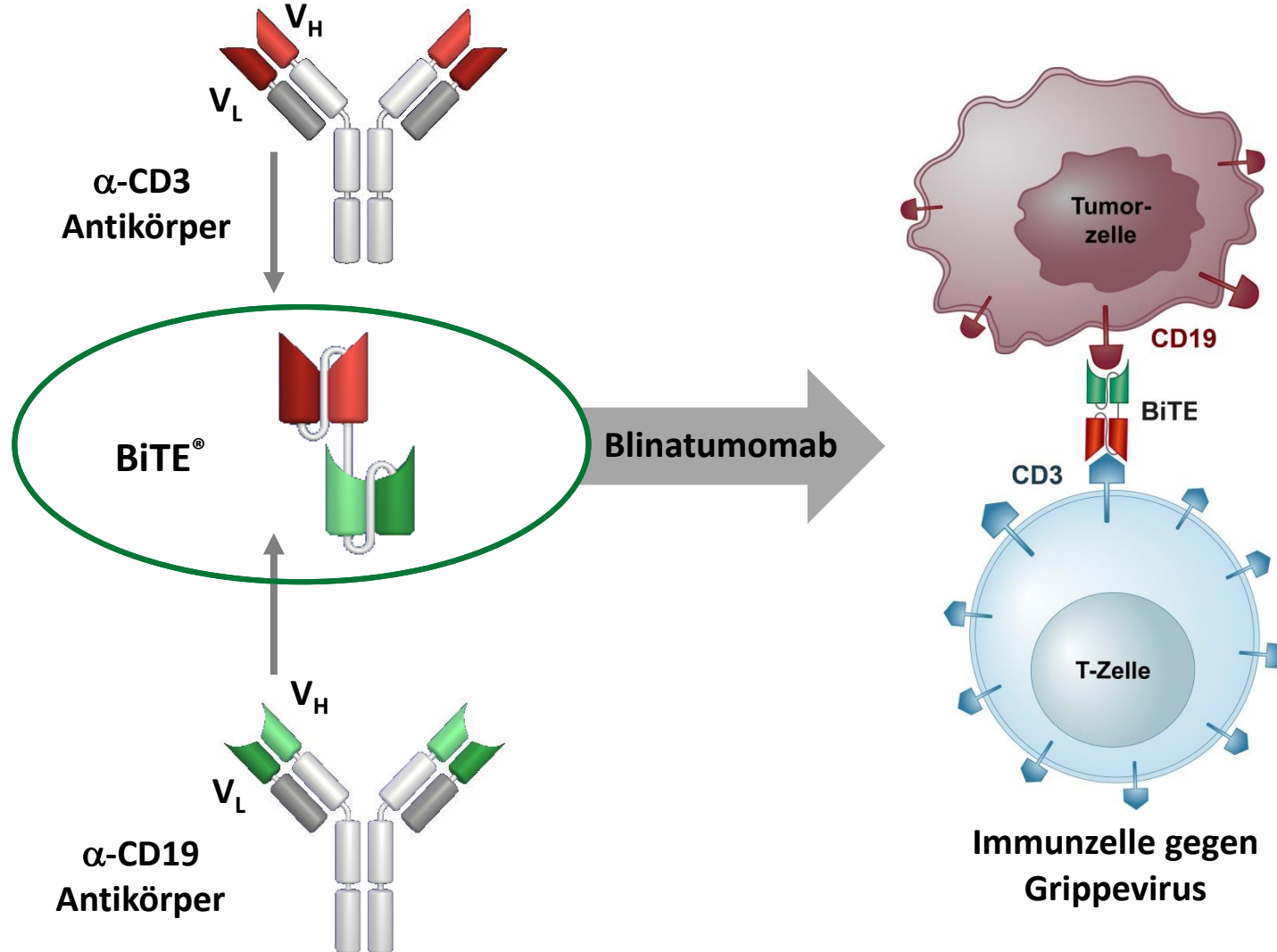
Ziel: Erhöhung der Frequenz von Tumor-reaktiven Immunzellen



Würzburger Erfolgsgeschichte:

BiTE[®] Moleküle: Bispezifische Single-Chain Antikörper

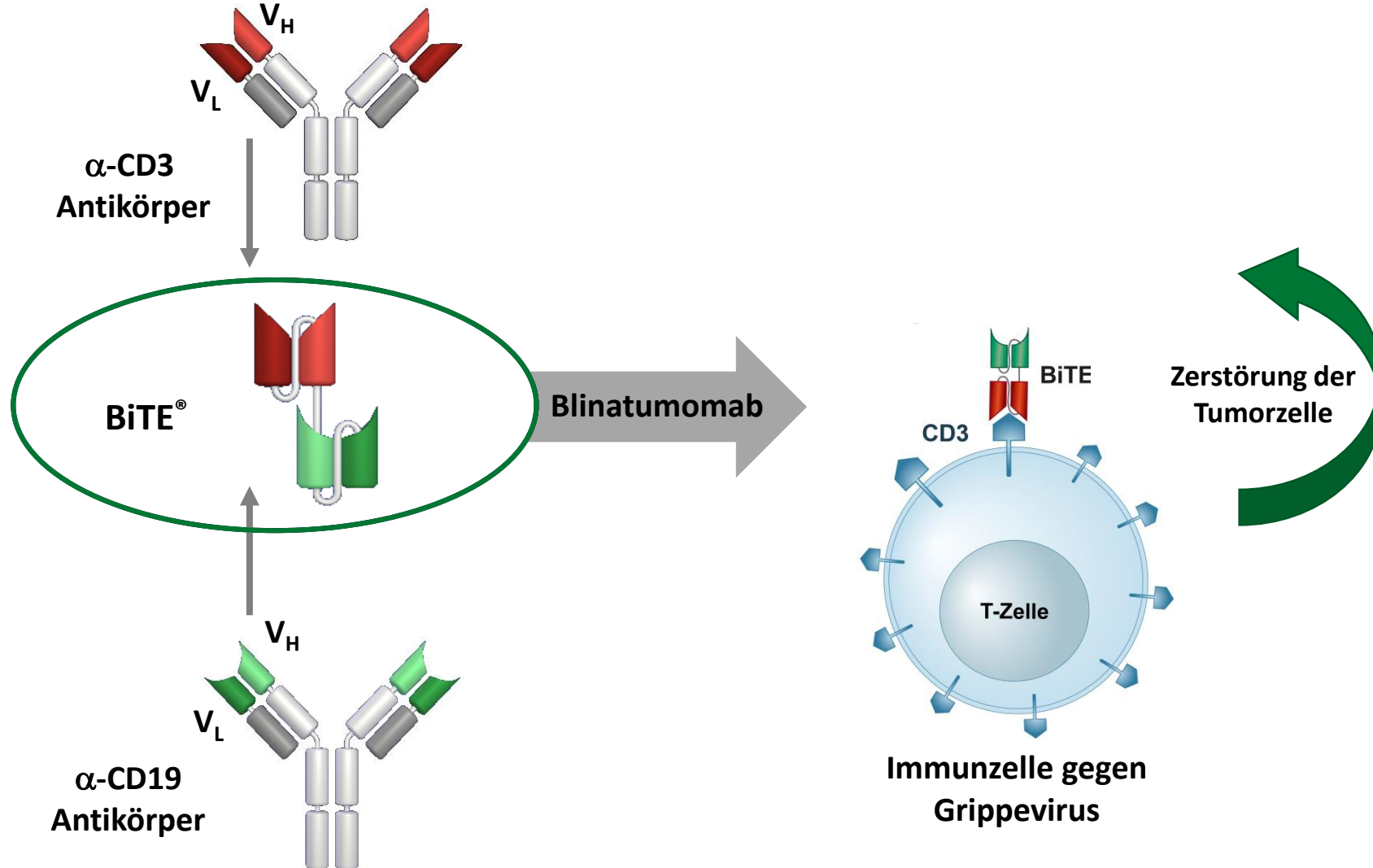
Ziel: Erhöhung der Frequenz von Tumor-reaktiven Immunzellen



Würzburger Erfolgsgeschichte:

BiTE[®] Moleküle: Bispezifische Single-Chain Antikörper

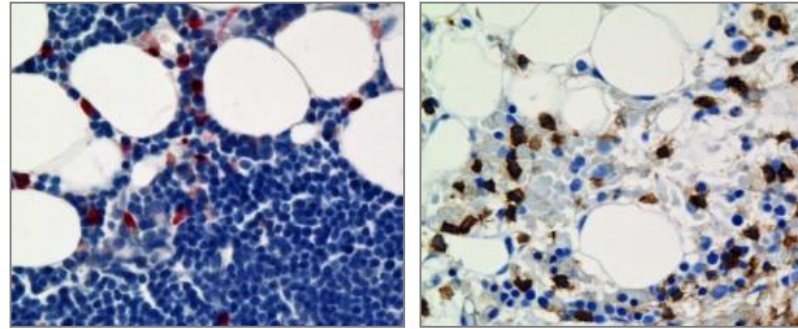
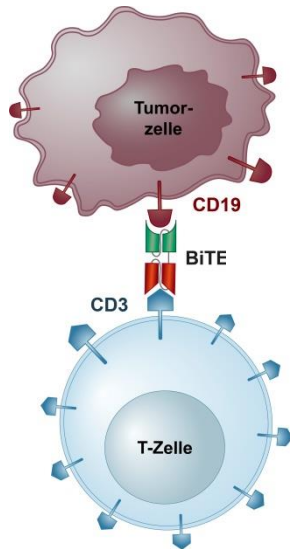
Ziel: Erhöhung der Frequenz von Tumor-reaktiven Immunzellen



Das BiTE® Programm in Würzburg – von der Pilotstudie bis zur Zulassung: CD19-BiTE

Präklinische
Entwicklung

Phase I, II, III



NHL and ALL (6 Phase I, II, III)

Bargou *et al.*, 2008 *Science*
Topp *et al.*, 2011 *J Clin Oncol*
Topp *et al.*, 2012 *Blood*
Topp *et al.*, 2014 *J Clin Oncol*
Topp *et al.*, 2015 *Lancet Oncol*
Kantarjian, ..., Topp, 2017 *New Engl J Med*

Approval by FDA/EMA for r/r B-ALL

Andere hämatologische
Neoplasien:

MM-BiTE
AML-BiTE

Entwicklung bei soliden Tumoren:

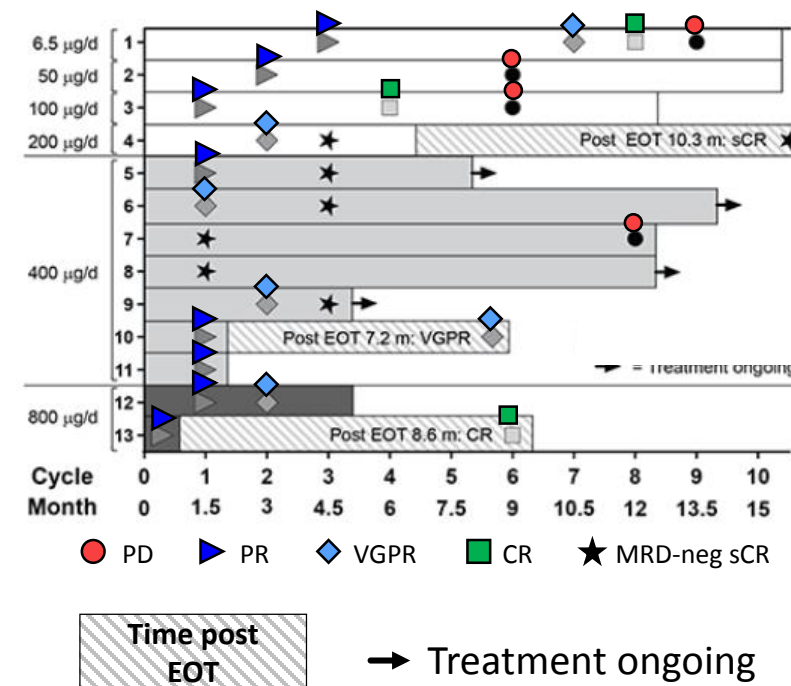
- EpCAM-BiTE
- Darm- und Magenkrebs
- Prostata-Karzinom
- serologisches Ansprechen,
2 PET-CT CR
- EGFRvIII-BiTE für Glioblastom
- BiTE für Lungenkrebs

AMG 420: Aktualisierte Ergebnisse einer FIH-Phase-1-Eskalationsstudie

Wirksamkeit

- Ansprechen
 - Insgesamt: 6 sCRs, 3 CRs, 2 VGPRs, 2 PRs
 - **Bei 400 µg / Tag: 70% Ansprechrates**
- 5 MRD-negative sCRs, 1 VGPR und 1 PR
- Mediane Zeit bis zum Ansprechen: 1 Monat, Ansprechen im ersten Zyklus bei 9 von 13 Pat.
- Dauer des Ansprechens: 5,6-10,4 Monate
- 4 Patienten in Behandlung
- Ab Februar 2019 bei einigen Patienten **Ansprechen von > 1 Jahr, anhaltend**

Patienten mit RRMM, die seit Februar 2019 auf AMG 420 ansprechen

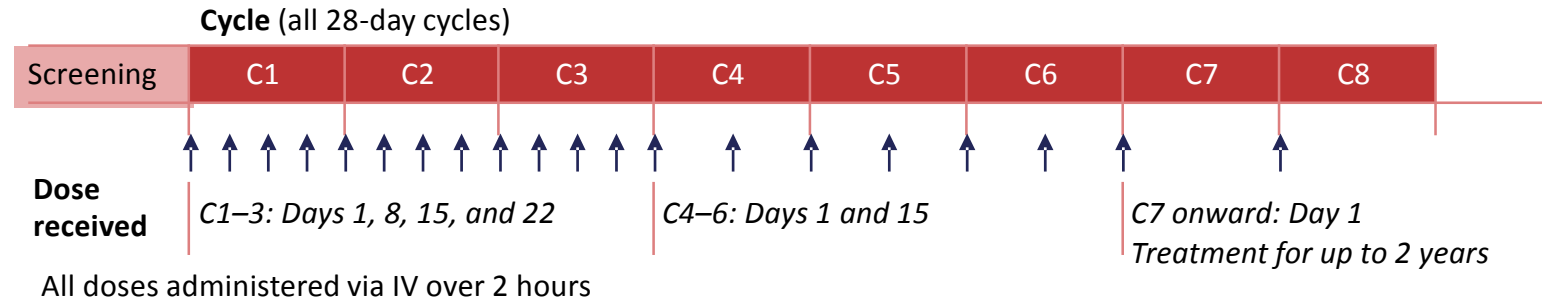


Bispezifische Antikörper und Applikation 1x/Woche, dann 1x/Monat CC-93269-MM-001 PHASE 1 TRIAL (NCT03486067): STUDY DESIGN

Key Eligibility Criteria

- RRMM after ≥ 3 prior regimens
- Progressive disease within 60 days of last regimen
- No prior BCMA-directed therapy

Dose Schedule



Part A: Dose Escalation

- Stage 1: Fixed doses
- Stage 2: Step-up in dose on C1D8

Part B: Cohort Expansion

Endpoints

Primary: Safety including DLTs, AEs, NTD, and MTD

Secondary: Preliminary efficacy including MRD, PK, ADA, and PD endpoints

ADA, anti-drug antibodies; AE, adverse event; DLT, dose-limiting toxicity; MRD, minimal residual disease; MTD, maximum tolerated dose; NTD, non-tolerated dose; PD, pharmacodynamics; PK, pharmacokinetics

CC-93269: Nebenwirkungen

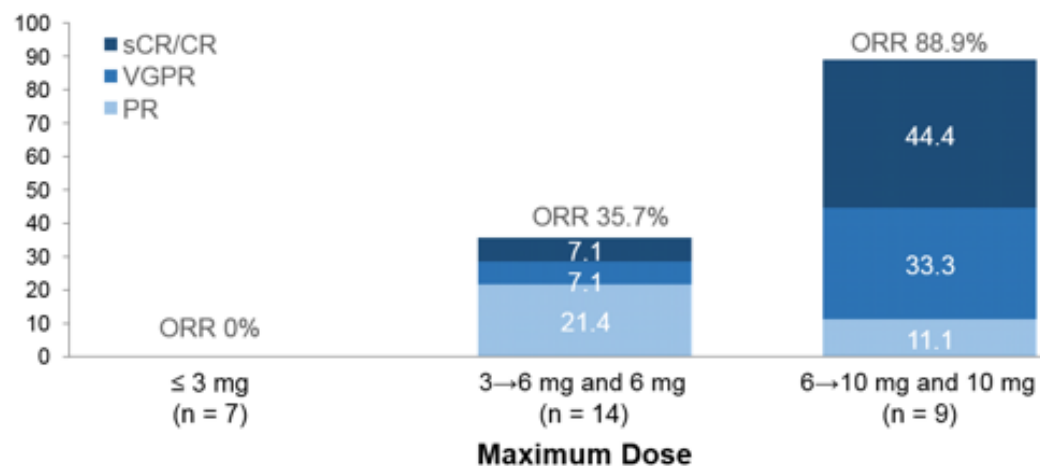
- 23 (77%) patients were refractory to PIs and 24 (80%) were refractory to IMiDs
- 24 (80%) patients were refractory to CD38 mAbs:
 - 23 (77%) to daratumumab
 - 2 (7%) to isatuximab
- **20 (67%) patients were refractory to PI, IMiD and CD38 mAb**
- 23 (77%) patients had received ASCT and 3 (10%) had received allogeneic transplantation
- Deaths (Grade 5 TEAEs) were reported in 4 patients during the treatment period:
 - Suspected to be related to CC-93269: cytokine release syndrome (n = 1)
 - Not suspected to be related to CC-93269: sepsis in the setting of advanced prostate cancer, sudden cardiac death (N=1), and general health deterioration due to progressive myeloma (n = 1)

Common (≥20% All Grade) TEAEs, n (%)	All Patients (N=30)	
	All Grade	Grade ≥3
Patients with ≥ 1 TEAE	29 (96.7)	22 (73.3)
Hematologic		
Neutropenia	14 (46.7)	13 (43.3)
Anemia	13 (43.3)	11 (36.7)
Thrombocytopenia	9 (30.0)	5 (16.7)
Non-hematologic		
Cytokine release syndrome	23 (76.7)	1 (3.3)
Infections and infestations	17 (56.7)	9 (30.0)
Diarrhea	8 (26.7)	1 (3.3)
Vomiting	8 (26.7)	0
Back pain	7 (23.3)	0
Fatigue	6 (20.0)	0
Infusion-related reaction	6 (20.0)	0
Nausea	6 (20.0)	0

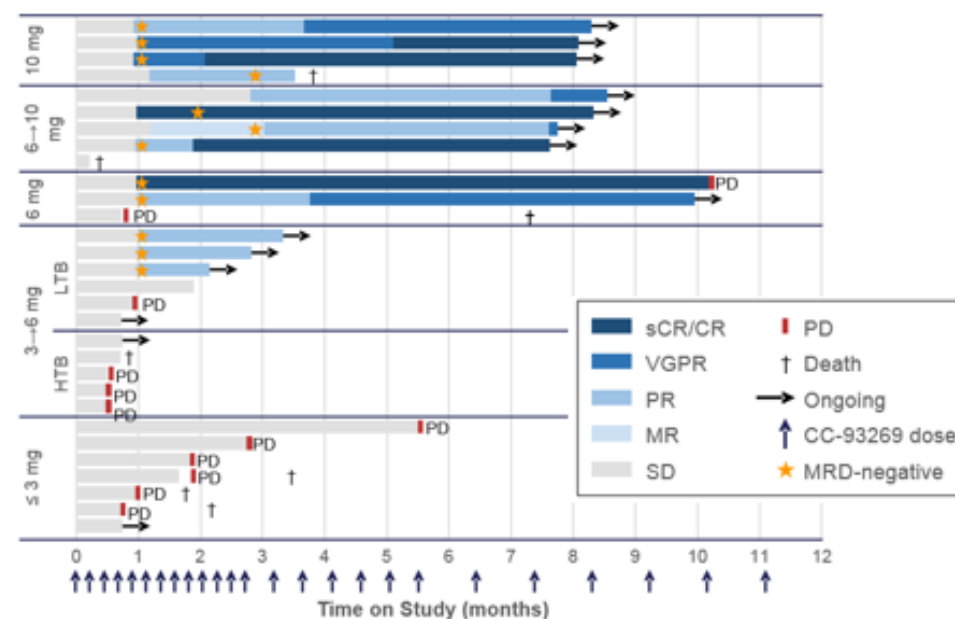
MM-001 Phase 1 Study of CC-93269 in RRMM: Wirksamkeit

- Median age 64 years; median (range) 5 (3–13) prior regimens

Best overall response



Response over time



- In all patients (N=30) ORR: 43.3%

- 5/30 (16.7%) patients achieved an MRD –ve (10^{-5}) sCR/CR

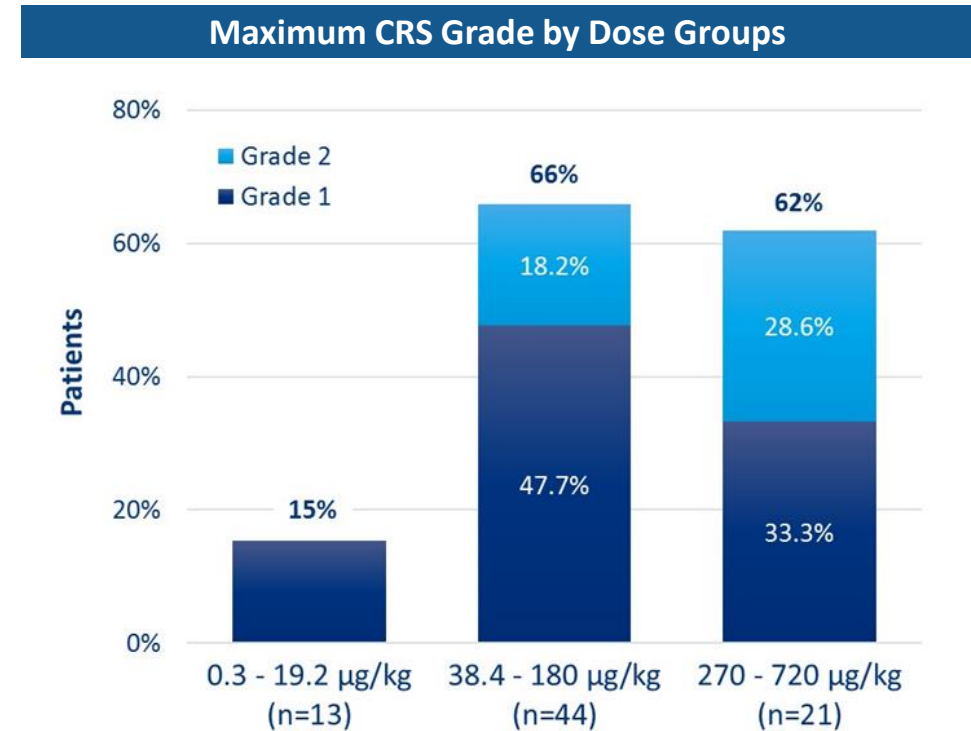
Phase 1 study of Teclistamab in RRMM: Nebenwirkungen

- Median (range) age: 62 (24–82) years
- Median (range) prior lines of therapy: 6 (2–14)

AEs (≥20%), n (%)	N=78	
	All Grade	Grade ≥3
Hematologic		
Anemia	45 (58)	28 (36)
Neutropenia	35 (45)	30 (38)
Thrombocytopenia	31 (40)	19 (24)
Leukopenia	22 (28)	10 (13)
Non-hematologic		
Cytokine release syndrome	44 (56)	0
Pyrexia	24 (31)	0
Cough	20 (26)	2 (3)
Diarrhea	18 (23)	1 (1)
Back pain	17 (22)	1 (1)
Headache	17 (22)	0
Fatigue	16 (21)	1 (1)

- Neurotoxic events in 2 patients:
 - Delirium (Grade 4 DLT)
 - Mental status change (Grade 3)

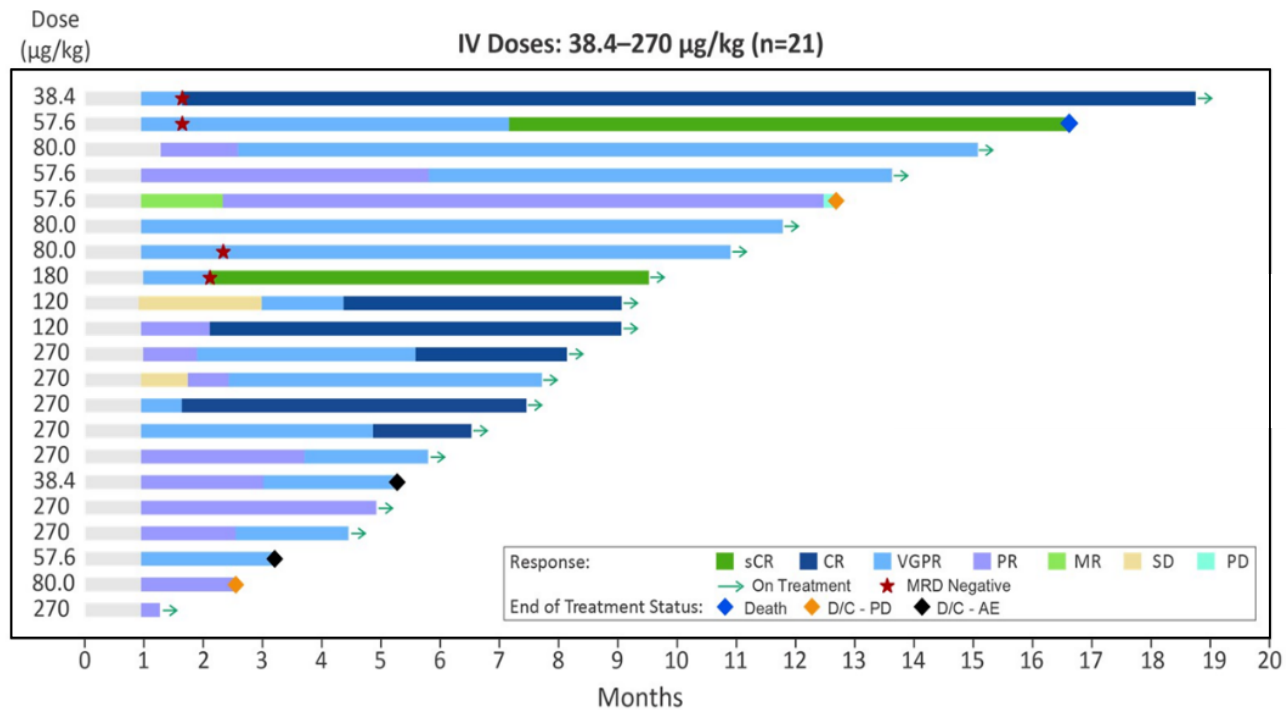
- Triple-class refractory: 62 (80%); penta-refractory: 32 (41%)
- Refractory to last line of therapy: 67 (87%)



- Median (range) time to CRS onset was 1 (1–3) day
- Median (range) duration of CRS was 1 (1–6) day

Phase 1 study of Teclistamab in RRMM: Wirksamkeit

Duration of response

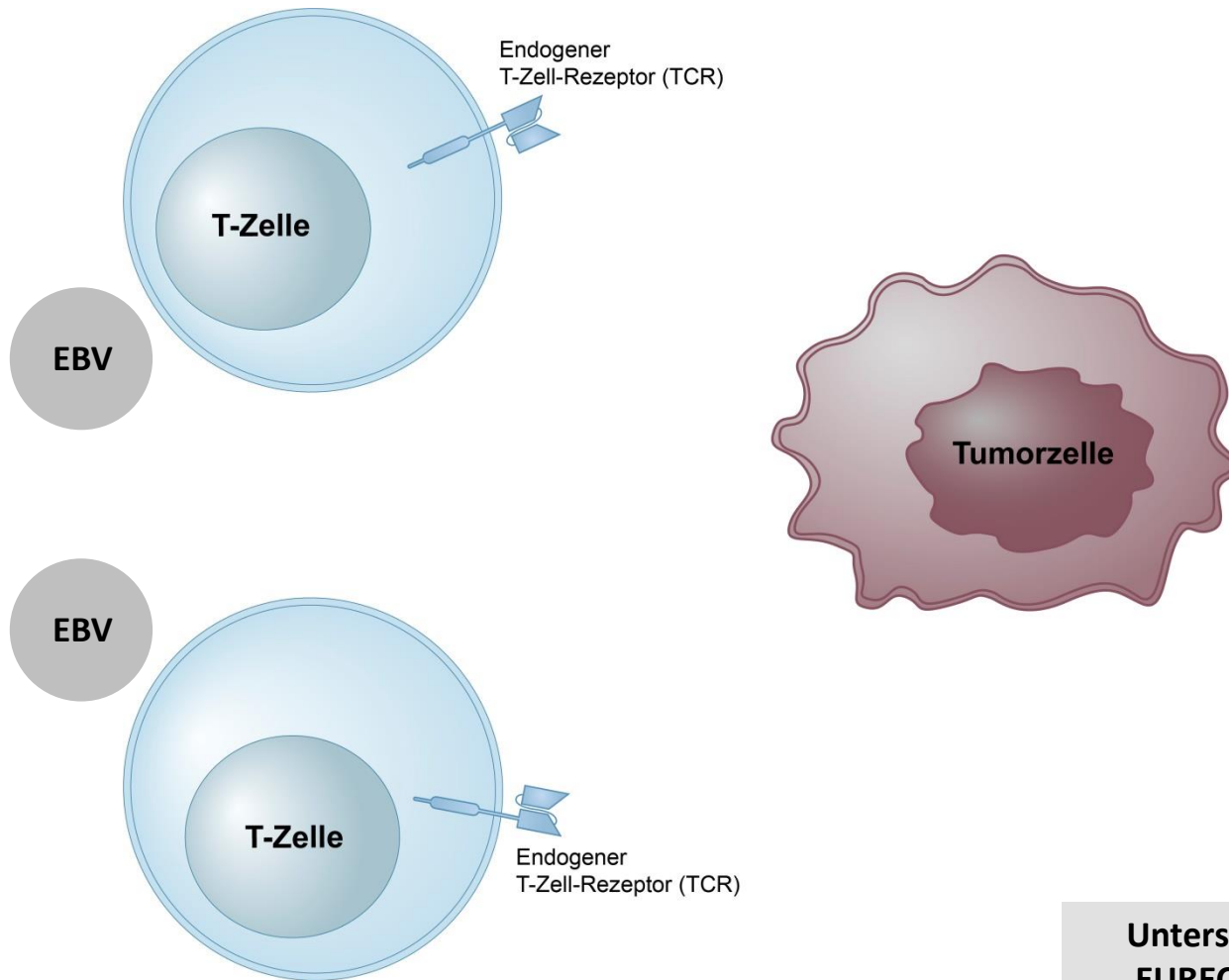


- Responses deepen over time
- 16/21 patients have ongoing response

ORR by dose

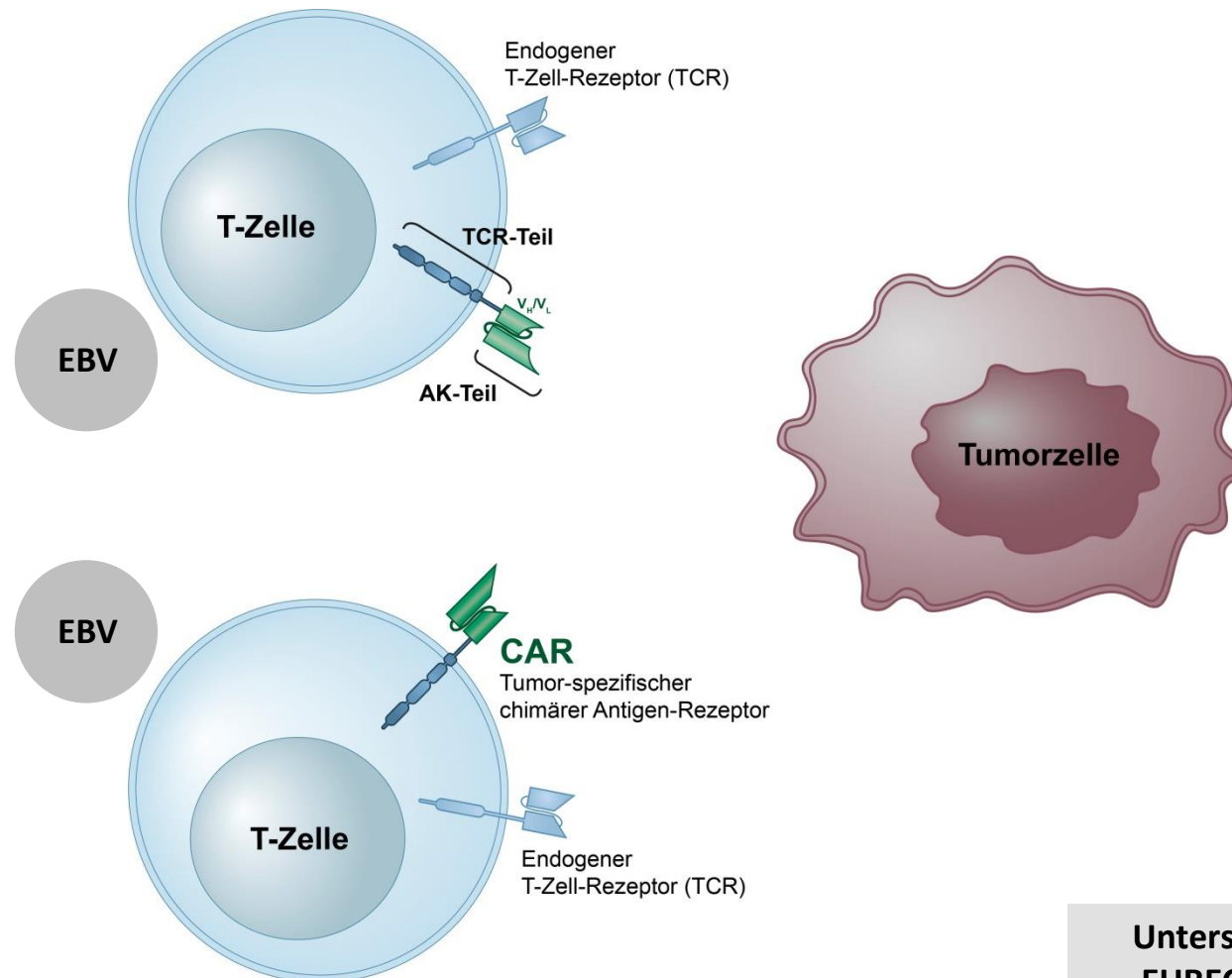
- 0.3–19.2 µg/kg (n=12): no response
- 38.4–180 µg/kg (n=44): 30%
- 270 µg/kg (n=12): 67%
- 7/8 responders triple-class refractory;
5/8 penta-refractory
- 4/5 evaluable patients were MRD negative (10^{-6})

Personalisierte Immuntherapie – Patienten-eigene veränderte Immunzellen zerstören den Tumor: CAR T-Zellen



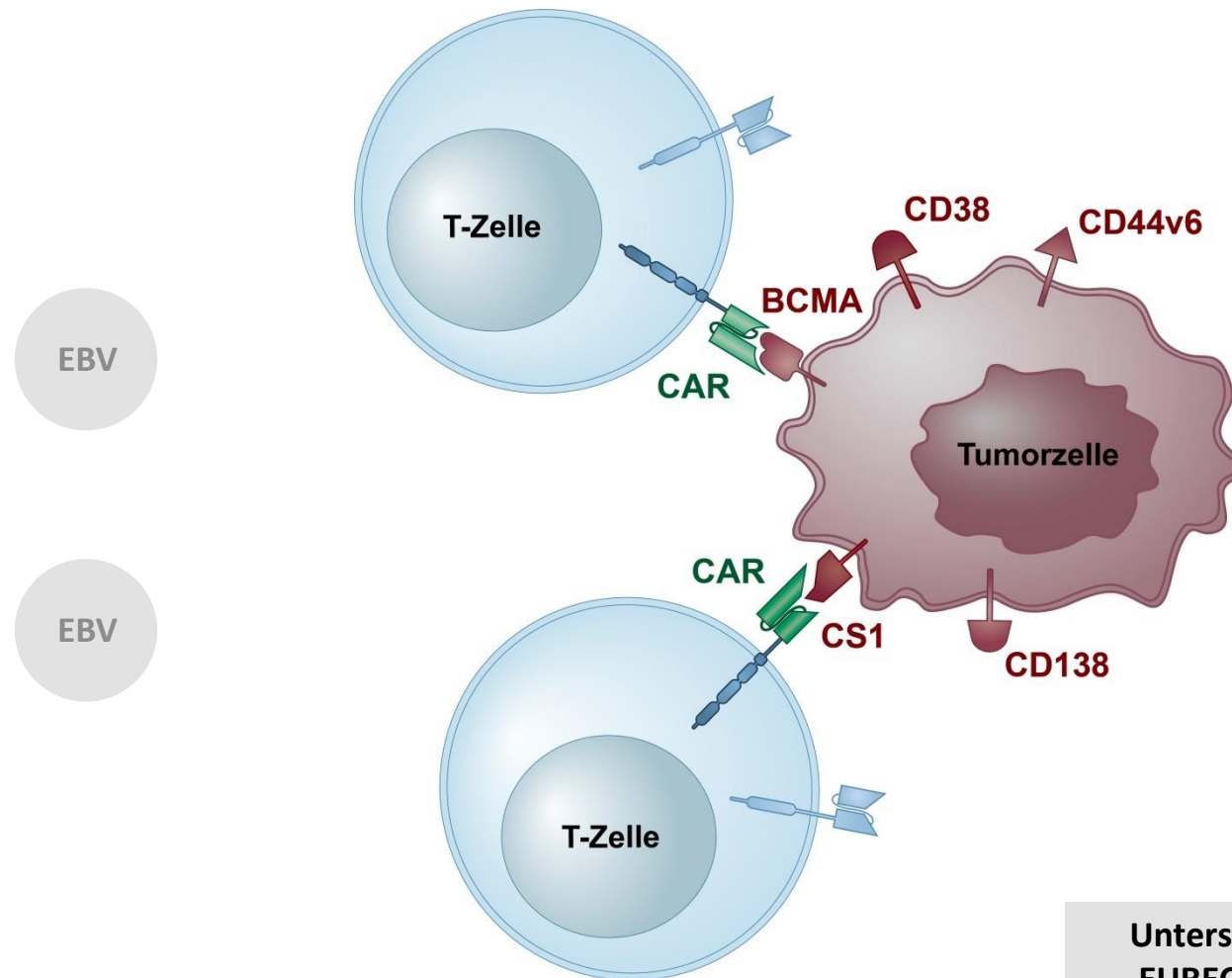
Unterstützt durch 2020:
EURECART, CARAMBA,
POC Programm, TR SFB221

Personalisierte Immuntherapie – Patienten-eigene veränderte Immunzellen zerstören den Tumor: CAR T-Zellen



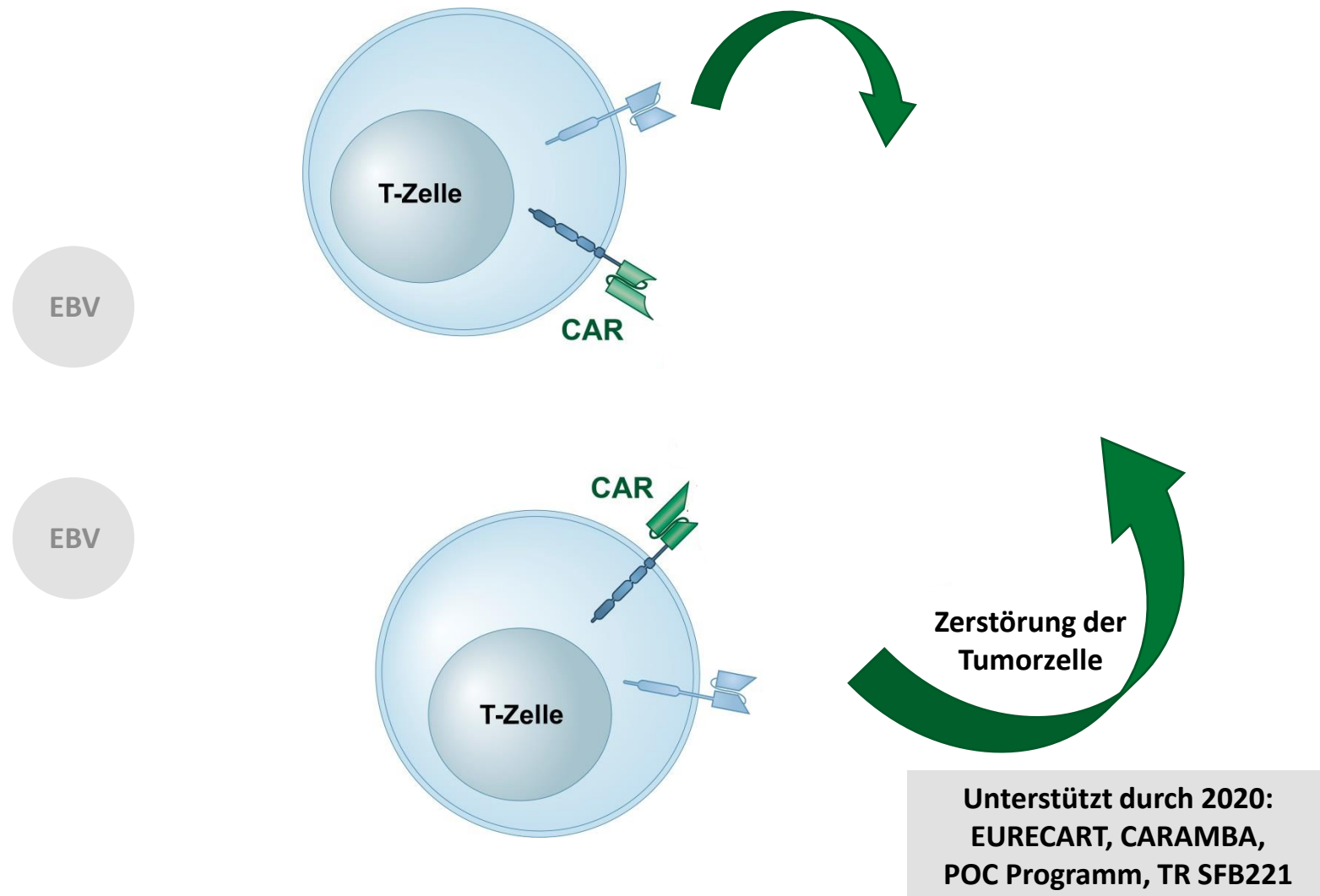
Unterstützt durch 2020:
EURECART, CARAMBA,
POC Programm, TR SFB221

Personalisierte Immuntherapie – Patienten-eigene veränderte Immunzellen zerstören den Tumor: CAR T-Zellen

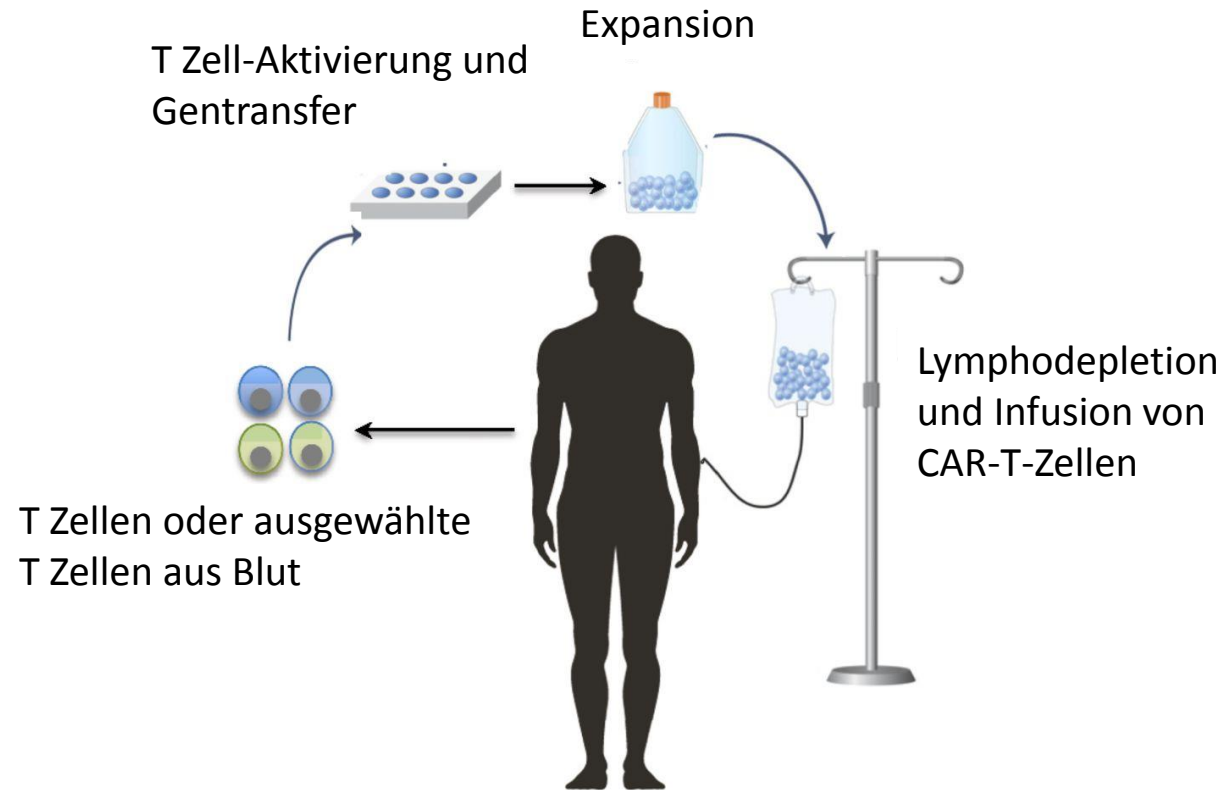


Unterstützt durch 2020:
EURECART, CARAMBA,
POC Programm, TR SFB221

Personalisierte Immuntherapie – Patienten-eigene veränderte Immunzellen zerstören den Tumor: CAR T-Zellen



Adoptive Zelltherapie mit CAR-modifizierten T-Zellen



„CAR T-cell therapy is the next big thing“

The New York Times

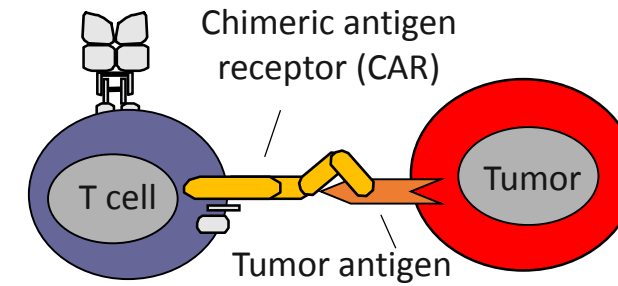
In Girl's Last Hope, Altered Immune Cells Beat Leukemia



Emma Whitehead, with her mother, Kari. Last spring, Emma was near death from leukemia. She had relapsed twice after chemotherapy, and doctors had run out of options.

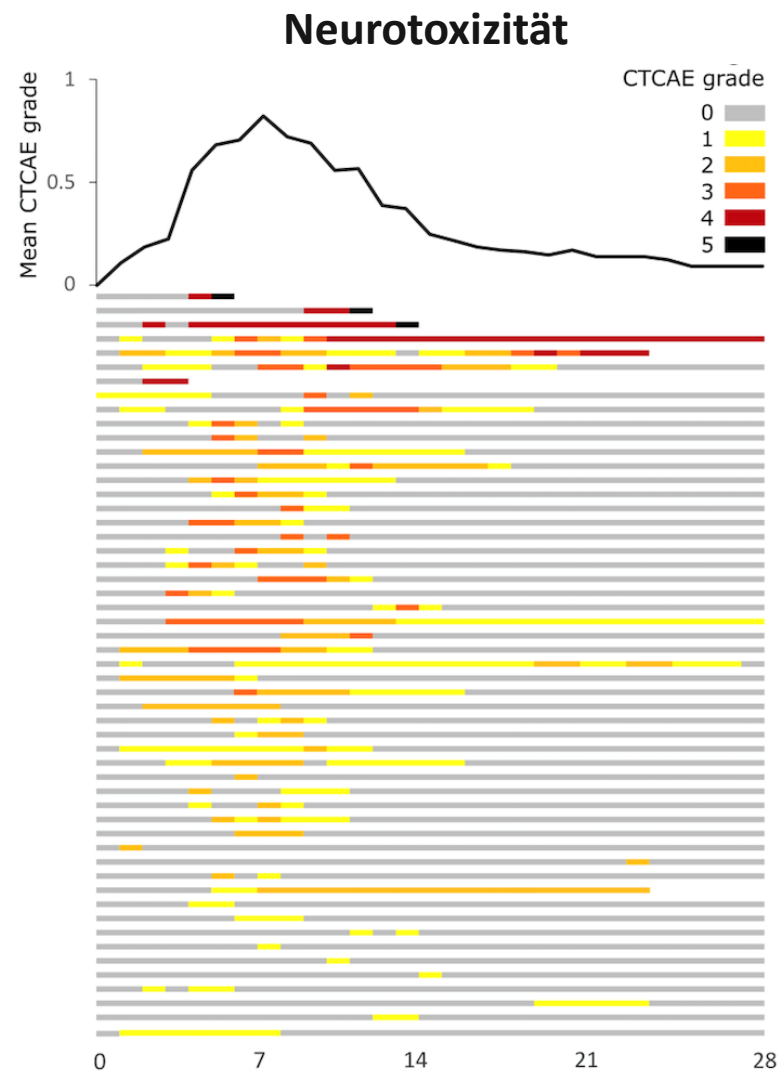
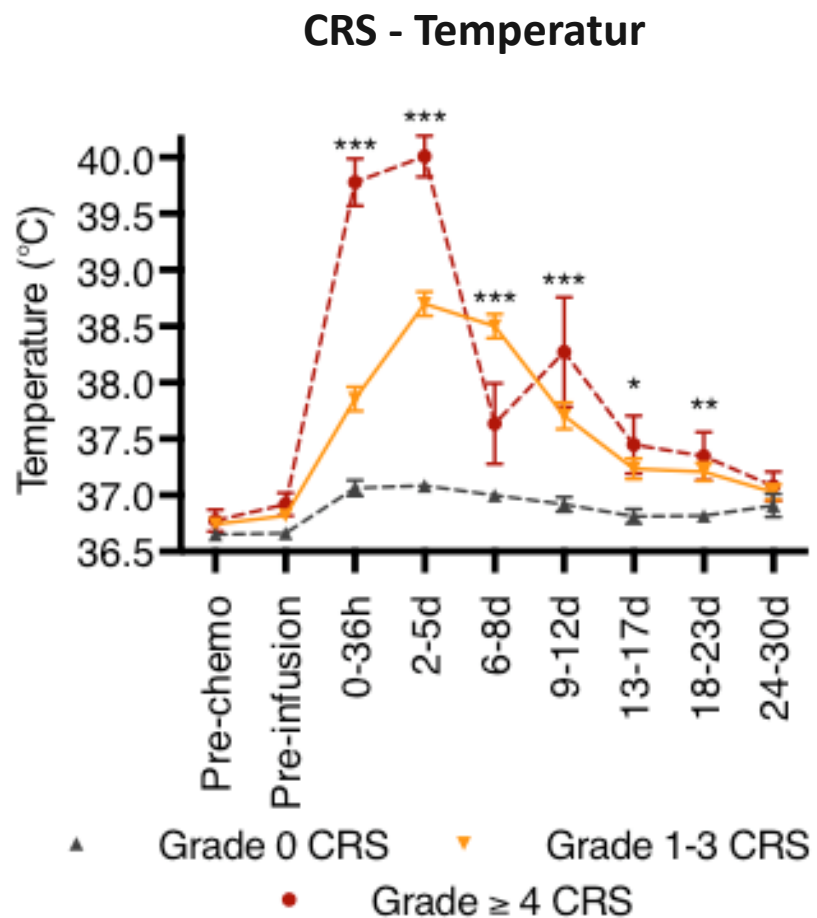
By DENISE GRADY
Published: December 9, 2012

It is hard to believe, but last spring Emma, then 6, was near death from leukemia. She had relapsed twice after [chemotherapy](#), and doctors had run out of options.

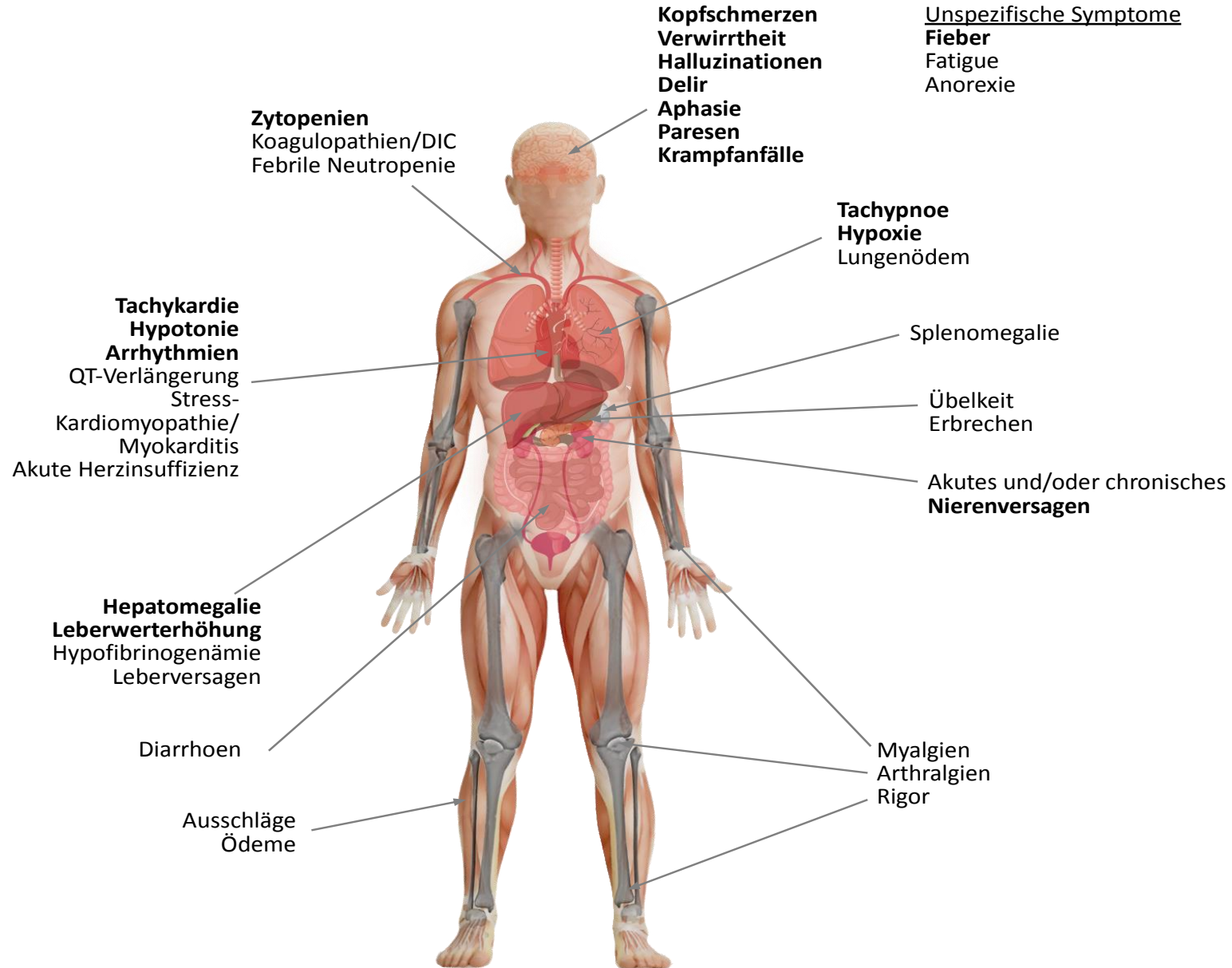


Krebs kann mit einer einzigen Behandlung geheilt werden!

Aber: Neue Immuntherapie auch mit Nebenwirkungen verbunden!



CRS = Zytokin-Release Syndrom



Zusammenfassung

CAR T Zell-Studien beim MM

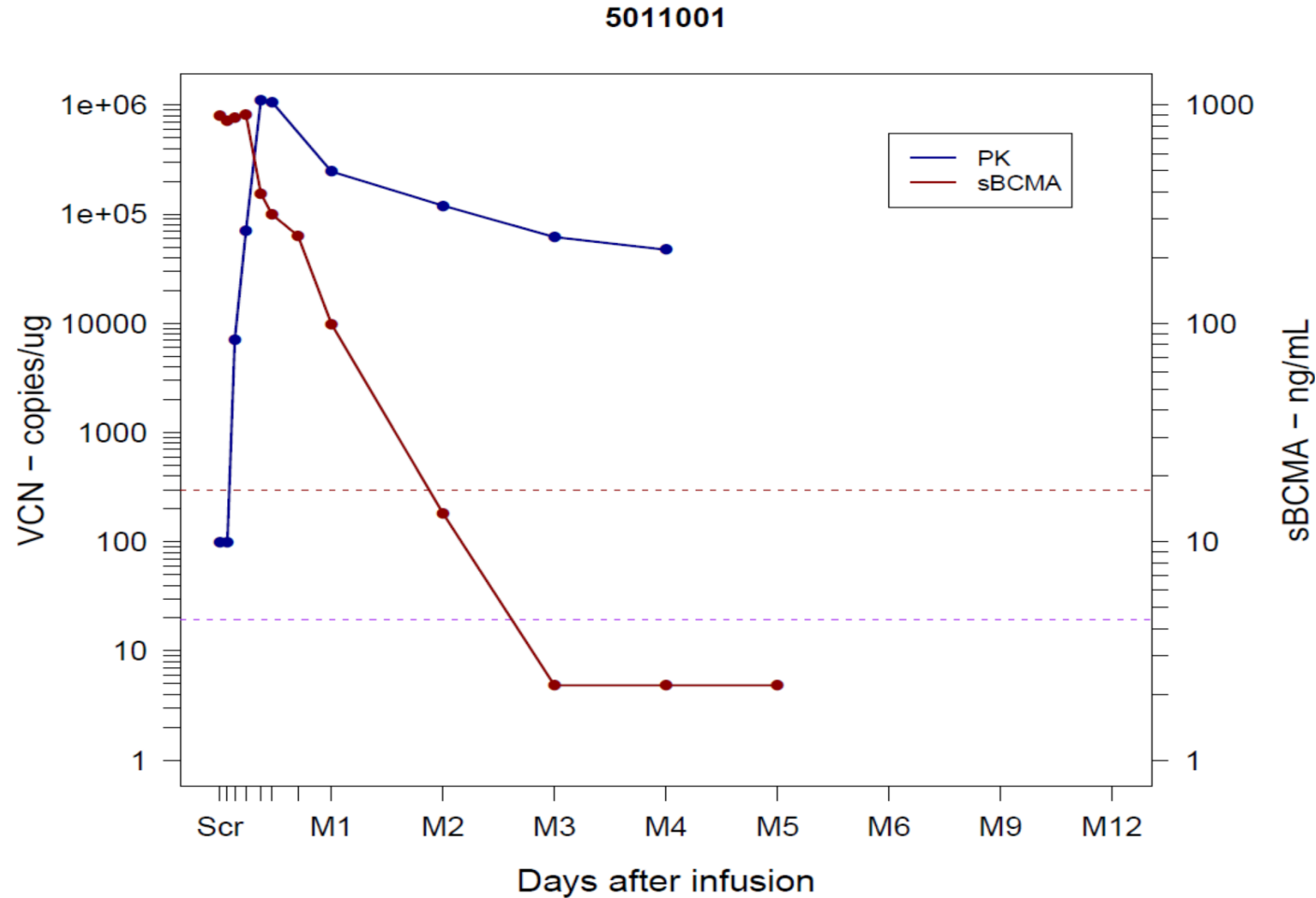
- Sicherheit der CAR T-Zelltherapie bei Patienten mit stark vorbehandeltem MM
 - besser im Vergleich zu B-ALL / B-NHL
 - Deutlich weniger CRS-Grad > 2 (7%) und Neurotoxizität (2%)
- Hohe CR / MRD-Negativitätsrate auch bei stark vorbehandelten Patienten / Hochrisikopatienten
- Aner bei vielen Patienten (auch unserem ersten Patienten und den meisten anderen Patienten in D) Rückfälle

Enorme Wirksamkeit der CAR T-Zellen

Patient Wü1 KarMMa3	
Previous to last therapy	Dara-VD → kein Ansprechen/Progression
Last therapy	KTD – PACE → kein Ansprechen/Progression
At the time of LD	4% circulating MM cells LC 7120 mg/L
CAR T infusion	
d+3-8	CRS grade 3 tocilizumab/dexamethasone
d+10	LC 4600 mg/L
d+14	LC 700 mg/L
d+16	LC 435 mg/L
d+18	BM: MRD negative CR

Hohe Wirksamkeit der CAR T-Zellen

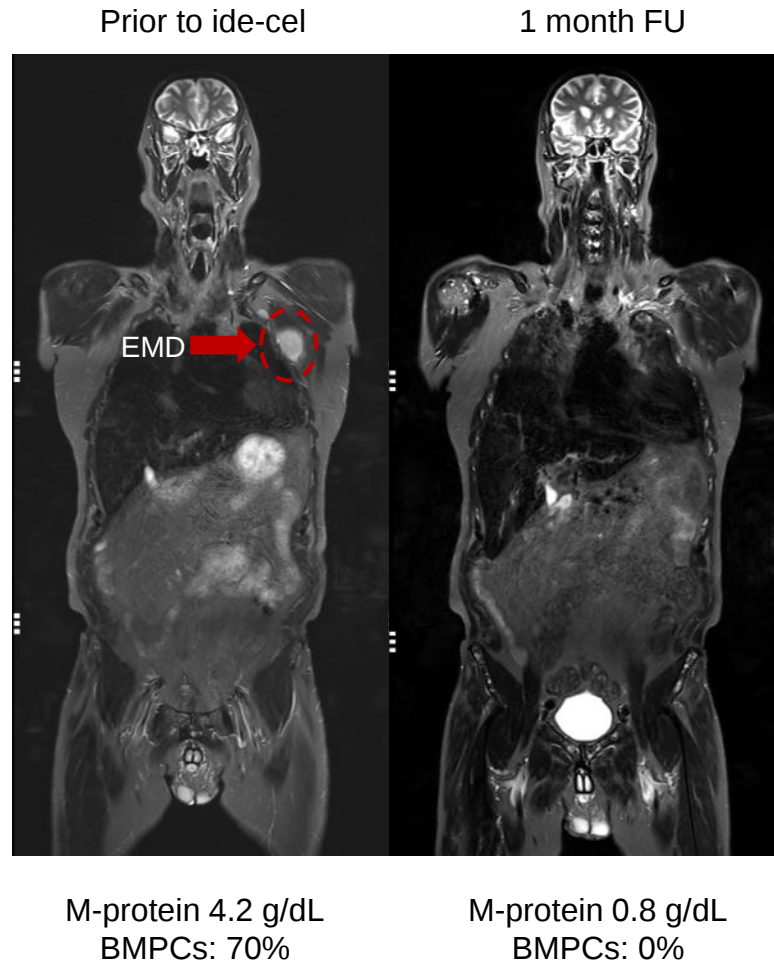
Ide-cel expansion and soluble BCMA levels over time



Rasche L, 2020

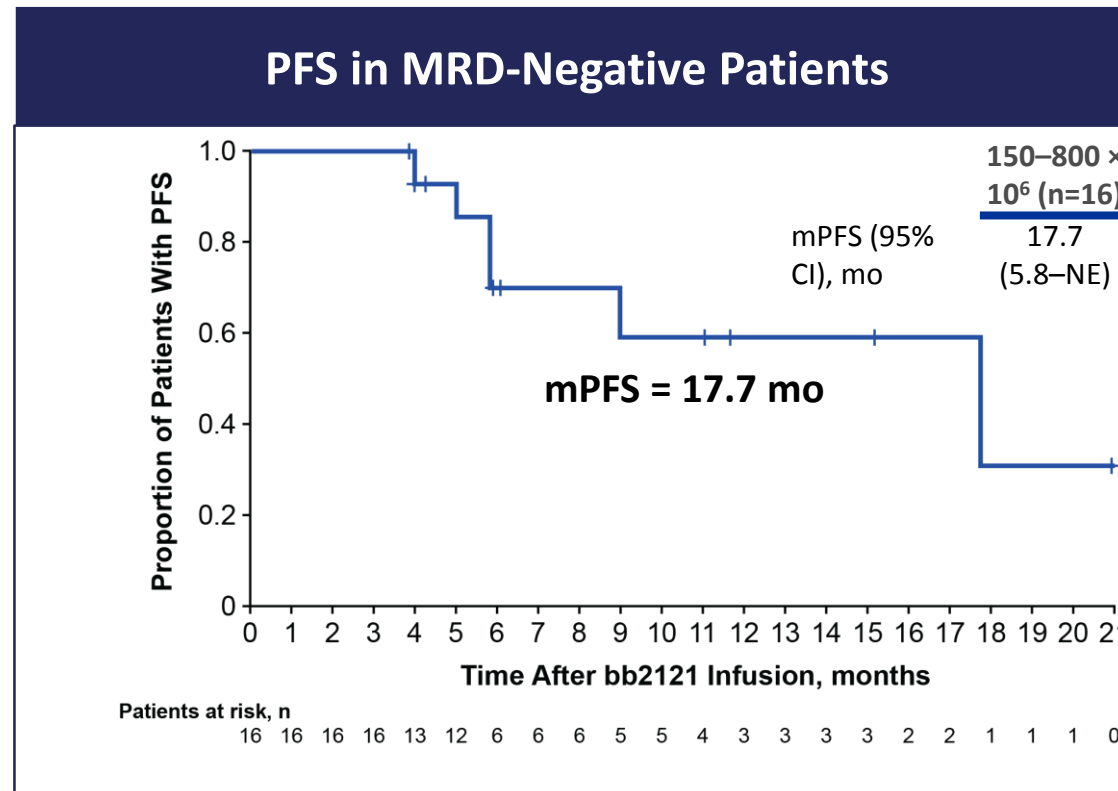
Vermehrung der CAR T-Zellen im Patienten nach Infusion und Verschwinden der Myelomzellen

Hohe Wirksamkeit der CAR T-Zellen



Erheblicher Forschungsbedarf

- Trotz Ansprechrate von 100% und > 50% CR
- Bei vielen Krebserkrankungen auch nach CAR T Zell Therapie
-> hohe Rückfallrate !



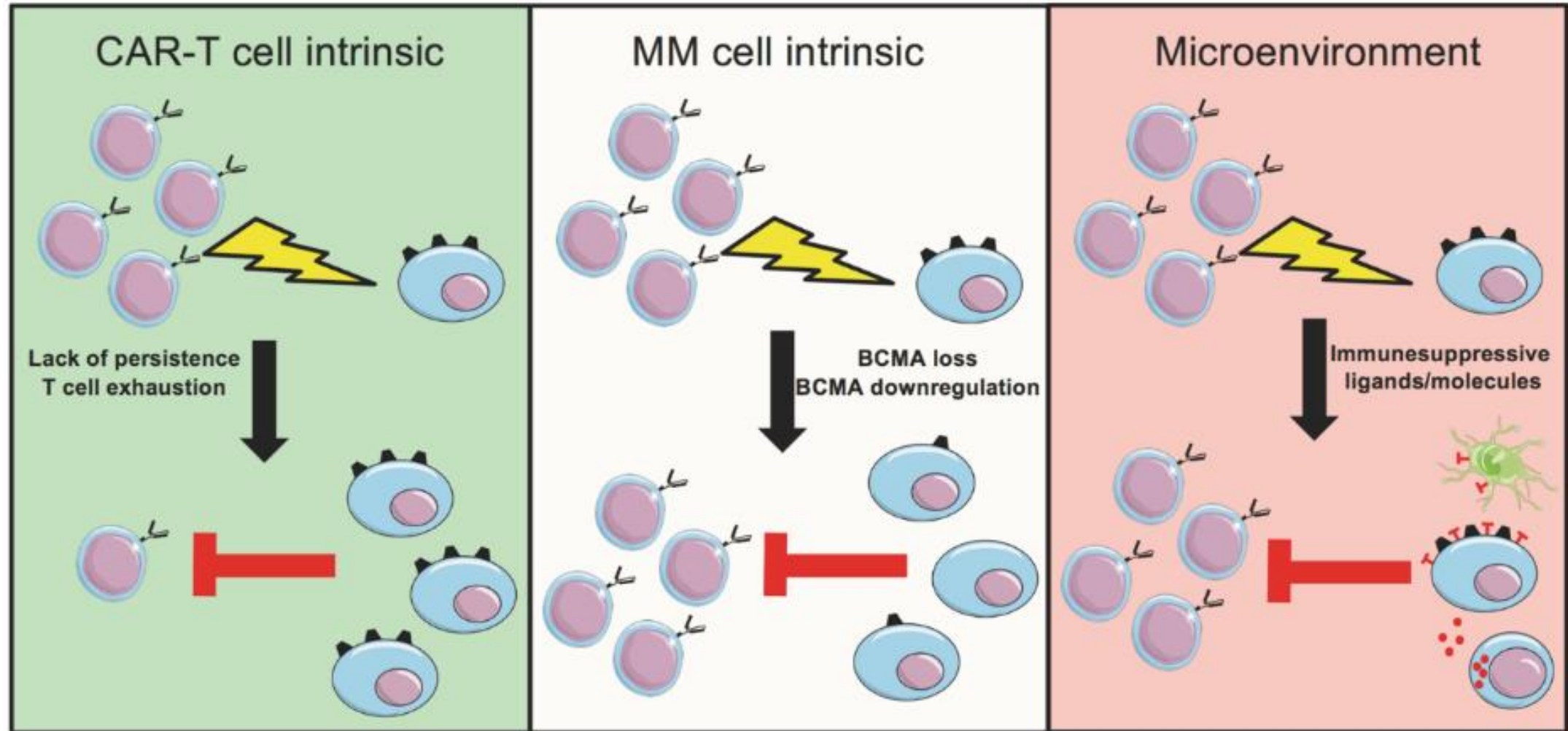
Raje et al. ASH meeting. 2018; June 1-5; Chicago, IL. Abstract 8007



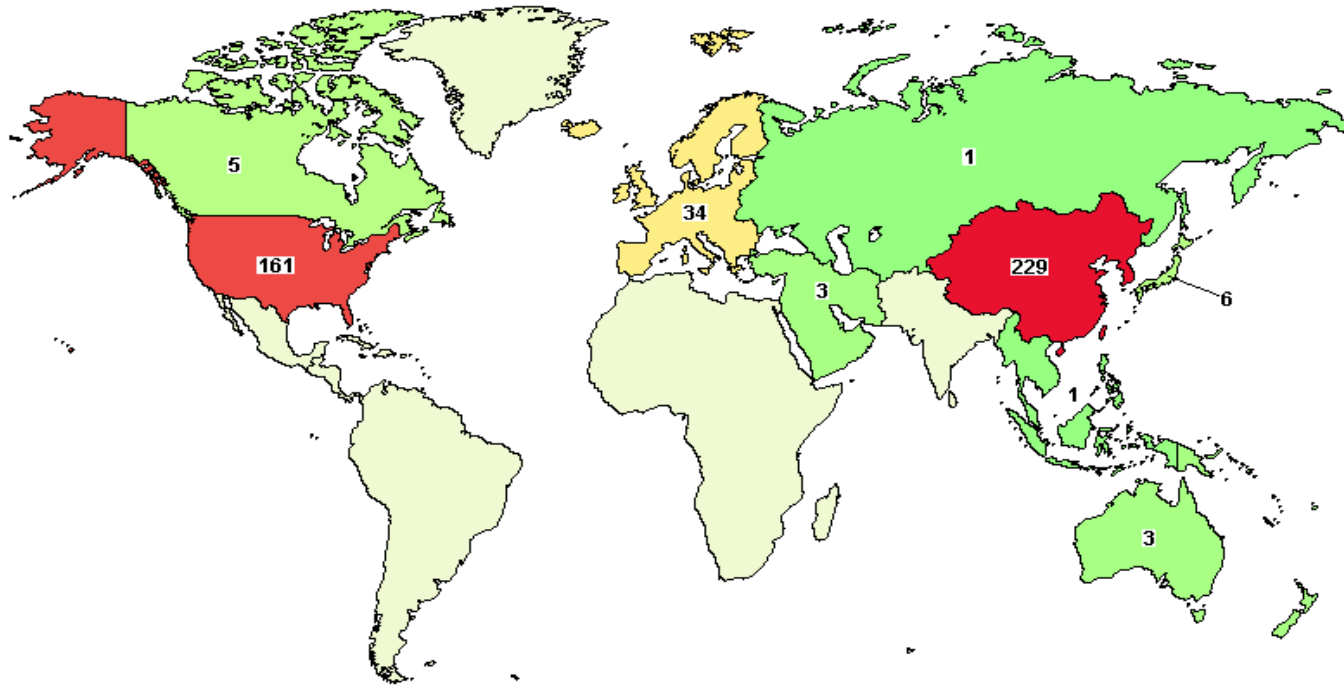
Wie kann die Nachhaltigkeit des Ansprechens auf CAR T-Zelltherapien verbessert werden?

Strategies to Improve CAR-T Cell Therapy

Anti-BCMA CAR T-cell therapy in multiple myeloma: can we do better?



CAR T Zellen – weltweite Studien

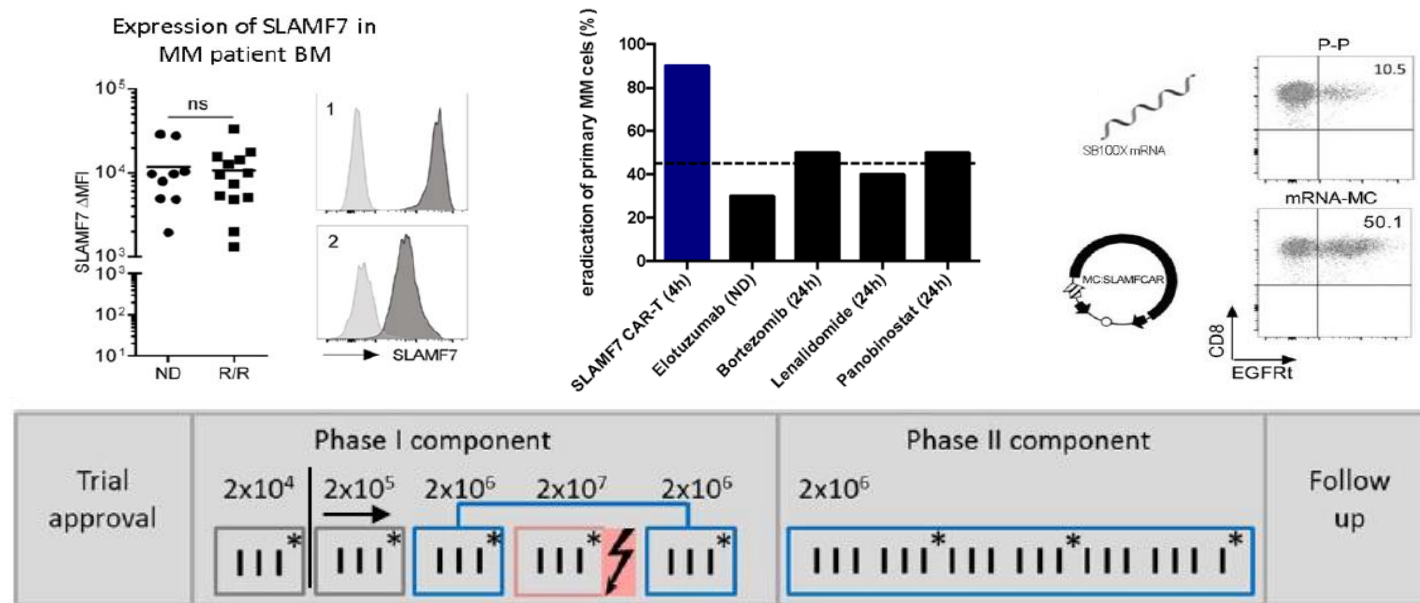


Region	Studien
Weltweit	435
Ost Asien	229
Japan	6
Europa	34
Mittlerer Osten	3
Nord Amerika	164
Kanada	5
United States	161
Nord Asien	1
Pazifischer Raum	3
Südost Asien	1

Clinical Trials with CAR T cells.
Source: clinicaltrials.gov, June 2019

Neues Target “Horizon2020”: CARAMBA – Klinische Studie mit SLAMF7 CAR T Zellen im Myelom

Expression von SLAMF7 auf Myelomzellen; Virusfreier Gentransfer von SLAMF7 CAR



CARAMBA: Phase I/IIa Studie mit SLAMF7 CAR T Zellen beim Multiplen Myelom

Zentren: Würzburg (GER), Milano (ITA), Lille (FRA), Pamplona (ESP)

Zusammenfassung

Derzeit - noch ohne die neuen zielgerichteten Therapien und vor Immuntherapien - beträgt das mittlere Überleben eines Myelompatienten (Therapiestart vor 10 Jahren!)

- Nicht für Transplantation geeignet: 7 Jahre!
- Für Transplantation geeignet: 12 Jahre!

 Die neuen zielgerichteten Therapien, v.a. die neuen Immuntherapien werden das Überleben und die Heilungschancen bereits in der nahen Zukunft dramatisch verbessern!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit





Stiftung zur Förderung der Krebsforschung an der Universität Würzburg

Das sinnvollste Mittel gegen Krebs ist eine
Spende für die Forschung!
Wir hoffen Ihnen haben die Vorträge gefallen.

Machen auch Sie mit und unterstützen Sie neue, erfolgversprechende
Forschungsansätze zur Vorbeugung, Diagnose und Therapie von
Krebs!

DE19 7905 0000 0000 0655 65

Danke!

Weitere Informationen zur Stiftung unter: www.forschung-hilft.de