



Mythen und Fakten in der Gynäkologischen Onkologie

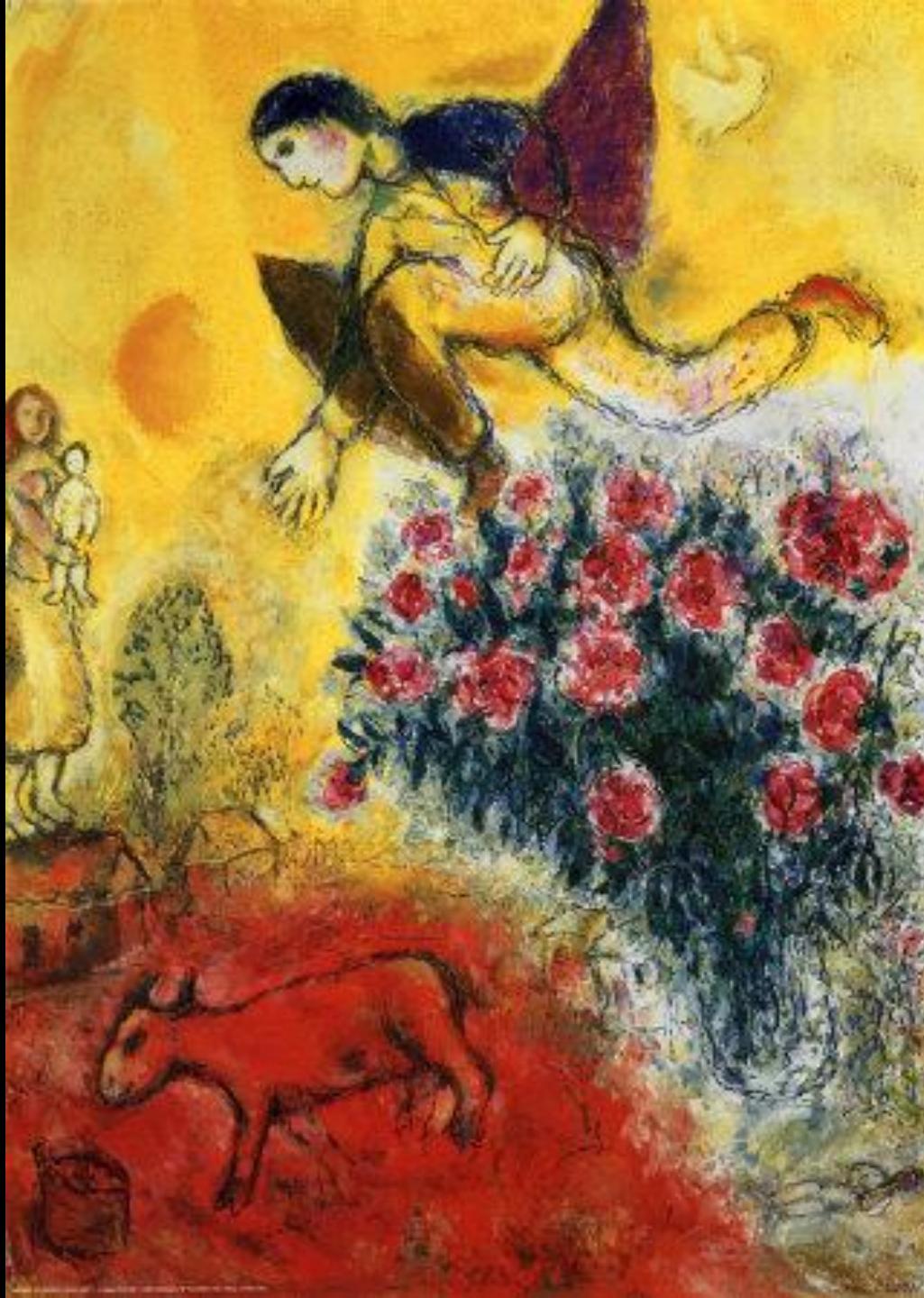
J. Sehouli

Direktor der Klinik für Gynäkologie
Charité Comprehensive Cancer Center

Europäisches Kompetenzzentrum für Eierstockkrebs (EKZE)
Leiter des Gynäkologischen Tumor Zentrums der Charité
Charité/ Campus Virchow-Klinikum und Campus Benjamin Franklin

Universitätsmedizin Berlin





Vorlesungen über
Pathologie und Therapie
der Geschwülste.
V.D. IV.

Die

krankhaften Geschwülste.

Dreissig Vorlesungen,

gehalten

während des Wintersemesters 1862—1863 an der Universität zu Berlin

Von

Rudolf Virchow,

ord. öff. Professor der pathologischen Anatomie, der allgemeinen Pathologie und Therapie, Director
des pathologischen Institutes, stigendem Arzte an der Charité und Mitgliede der wissen-
schaftlichen Deputation für das Medicinalwesen.

Dritter Band. Erste Hälfte.

Strumen, Myome, Neurome, Angiome.

Berlin: v. Trötscher.

..schon vor
150 Jahren...

Dreiundzwanzigste Vorlesung.

28. Februar 1863.

Myome.

Einleitung. Die drei Geschwulstformen mit specifisch animalischen Geweben: Myome, Neurome, Angiome. — Das Myom (Muskel- oder Fleischgeschwulst):

1) *Myoma striocellulare* (Rhabdomyoma). Congenitales Vorkommen: Das Herz-Myom: knotige Form; kavernöse Art. Analog: Geschwülste anderer Muskeln. Die Makroglossie (*Hypertrophia s. prolapsus linguae*): anatomischer Bau, interstitielle Entwicklung, Beziehung zu Glossitis, erworbene und congenitale Form, Verlauf und Behandlung. — Zweifelhaft Natur der Myome willkürlicher Muskeln: Verwechselung von vielkernigen Riesenzellen mit jungen Muskelfasern. Das heteroplastische Myom (*Myosarcom*).

2) *Myoma leivicellulare* (Leiomyoma). Zusammensetzung aus glatter Muskulatur, Bindegewebe und Gefäßen. Weiche und harte Form; Fibromyom, fibromuskuläre Geschwulst. Frühere Bezeichnungen als Skirrh, Steatom, Chondroid, Pilom, Fleischtuberkel, Corps fibrosum, Tumor fibrosus, Desmoid, Fibroid. Bau und Entwicklung: Muskelfasern, Gefäße (*M. telangiectodes s. cavernosum*), Erectilität, Wachsthum, Persistenz. Rückbildung: Helling (Resolution und Verkleinerung). Fibröse Induration (Verknorpelung); Verkalkung (Osteosarkom, fibrocalcäre Geschwulst). Erweichung (cystoide Umwandlung). Nekrose und Brand. Verhalten zur



*Ein schnell wachsendes Myom ist sicher doch
eher ein Sarkom!*



Psychische Bedeutung der Diagnose Myome

(nach Divakar 2008)

Viele Frauen haben bei Erstdiagnose keine Vorstellung bzw. kaum Informationen über Myome.

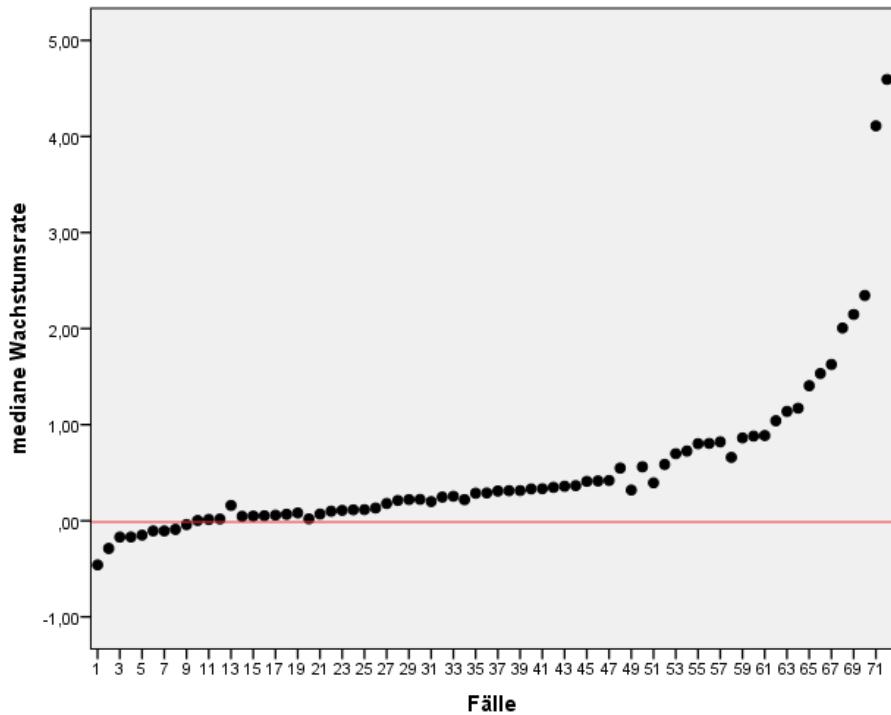
Die zufällig entdeckten Myome erzeugen „Tumor“-Ängste.

Zuvor asymptomatische Frauen beginnen, Symptome zu entdecken.

Die **Beratung** konzentriert sich auf **folgenden Punkten**:

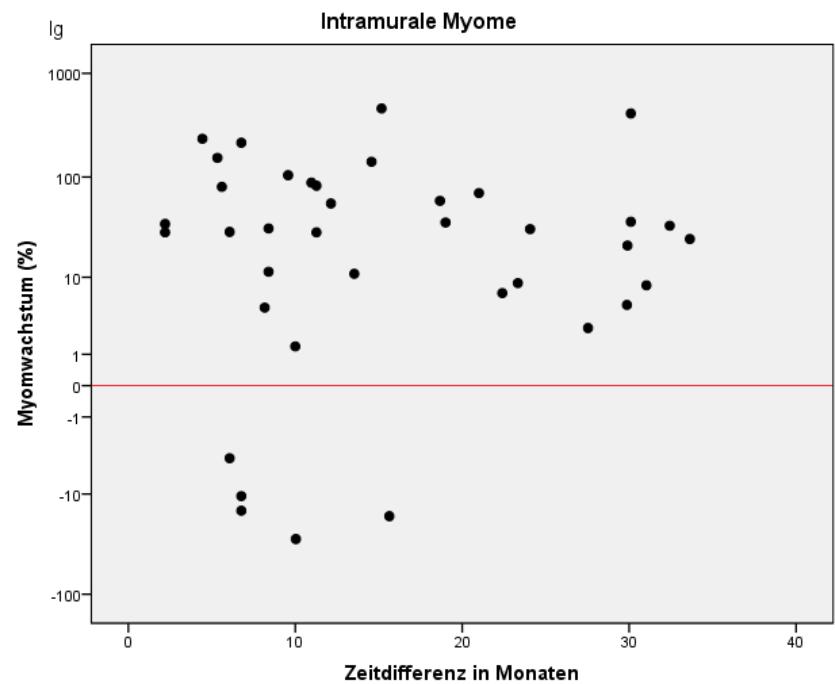
- **ob eine Möglichkeit der Malignität vorhanden ist,**
- ob die Notwendigkeit einer Hysterektomie besteht,
- ob die Myome Fertilität oder Schwangerschaftsausgang beeinflussen,
- ob Abwarten und Kontrollieren gefährlich sein kann,
- ob die Myome wachsen und welche Behandlungsmöglichkeiten dann bestehen.

Myomwachstum bei premenopausalen Frauen – eigene Daten aus der Myomsprechstunde Campus Virchow-Klinikum (n=72)



Patientinnen mit Wiedervorstellung
(geordnet nach medianer Myomwachstumsrate
nach 6 Monaten)

Wachstum von intramuralen Myomen
bei Pat. mit WV nach 4-34 Mo.



Myomwachstum - „Normkurven“ aus Langzeituntersuchungen

Erstautor/ Jahr Publikation	Anzahl Pat./ Lebensalter	Diagnostik/ Kontroll- intervall	Größen- entwicklung Myom(e)	
Ichimura et al. (1998)	n=45 24-53 J.	MRT 12 Mo.	mittlere Vol.zunahme 31% (- 30 bis +50%)	
DeWaay et al. (2002)	n=64	US 30 Mo.	Myomwachstum - 0,9 bis +6,8 cm (Mittel 1,2 cm / 2,5 Jahre)	
Davis u. Davis (2007)	n=120 20-54 J.,	MRT 12 Mo.	alle Myome gewachsen:	mittelgroße/große mehr als kleine, subseröse mehr als intramurale
Pedadda et al. (2008)	n=72, 24-54 J.	MRT 12 Mo.	Wachstum Median um 9% (-89% bis +138%),	7% aller Myome kleiner

REGSA

Nicht-interventionelle prospektive **R**egisterstudie zur **E**rfassung

der Behandlungspraxis von **G**ynäkologischen **S**arkomen in der
klinischen Routine

**Eine Initiative der NOGGO, AGO-
Studiengruppe, Organkommission Ovar, der
Organkommission Uterus, und ARO**



Sehouli 2012

Mythen und Fakten... (aus ärztlicher Sicht)

- Das Ovarialkarzinomrezidiv ist doch unheilbar, der ganze Aufwand lohnt sich doch nicht?
- Die Behandlungsergebnisse haben sich in den letzten Jahren nicht verändert!
- Die Tumorbiologie ist wichtiger als die Art und Qualität der Behandlung
- Die Patientin ist doch inoperabel und die „grossen Operationen machen keinen Sinn“
- Die Operation hilft immer, man muss es nur versuchen!
- Zielgerichtete Therapien sind wirksamer als klassische Chemotherapeutika
- Patientinnen nach mehr als 2 Therapielinien sind verloren
- Wenn ich Platin nicht sofort in der ersten Linie gebe, dann wirkt es später auf keinen Fall!



Mythen und Fakten...

(aus Sicht der Patientin und ihren Angehörigen)

- Mein Eierstockkrebsrezidiv ist aufgrund meiner psychischen Problemen entstanden
- Da mein Eierstockkrebs nun beim Rezidiv im Bereich der Leber beschrieben wird, brauche ich dringend einen „Leberexperten“
- Die erste Chemotherapie hat doch nicht gewirkt, die nächste wird sicher wieder ohne Nutzen sein
- Ich muss nur meine Ernährung verändern, dann wird der Krebs besiegt.

Die „Charité-Online“ Tumorkonferenz

Technische Ausstattung:

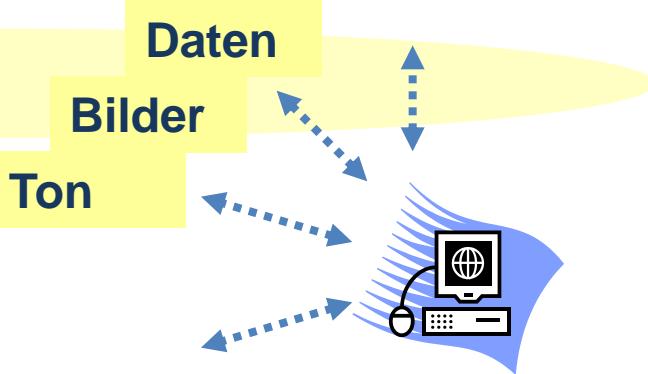
PC mit Internetzugang,
Web-Kamera und Mikrophon



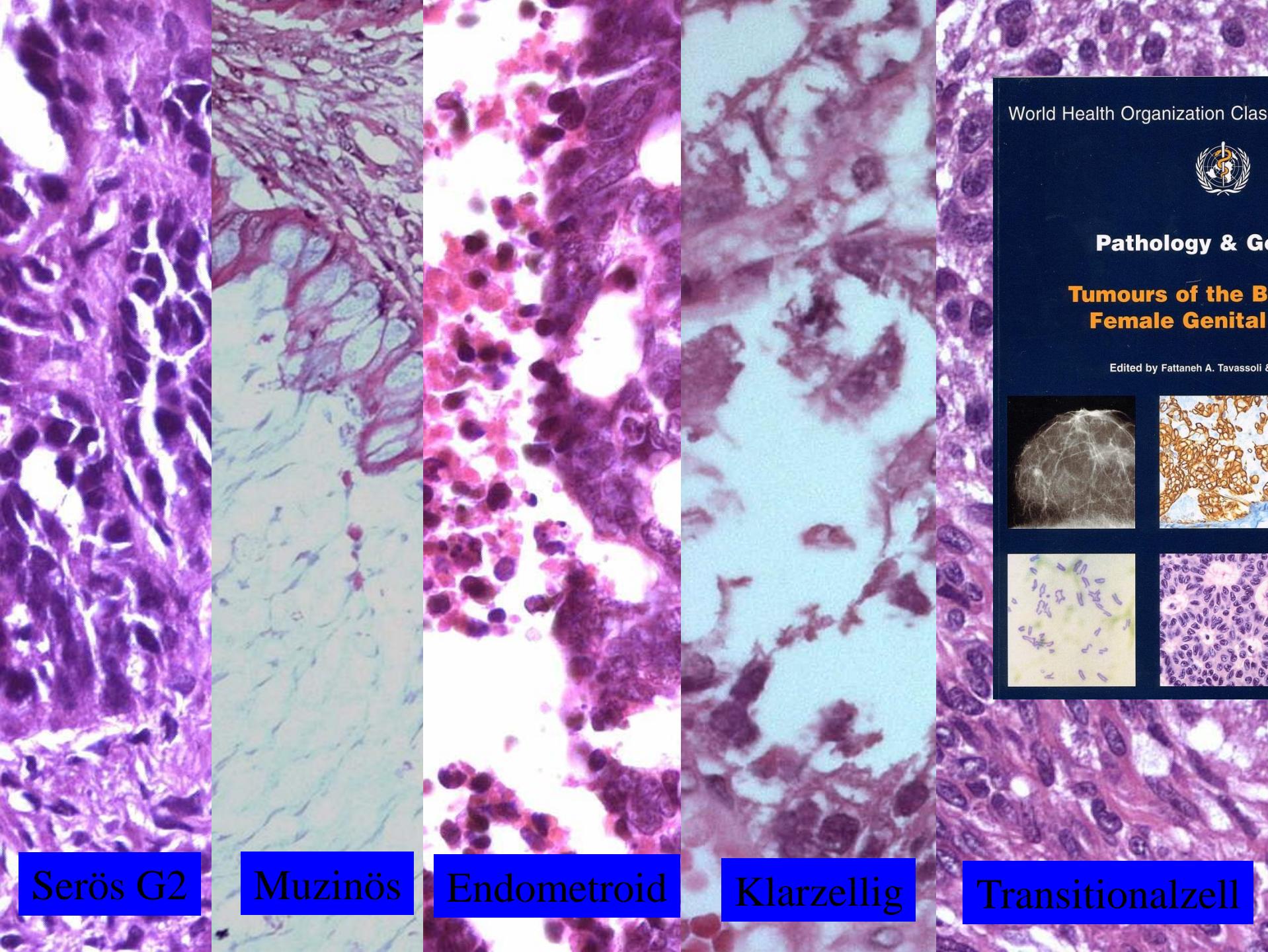
www.online-tumorkonferenz.de

Tel. 030-450664199

Dr. Schmidt







Serös G2

Muzinös

Endometroid

Klarzellig

Transitionalzell

World Health Organization Classifications of Tumours

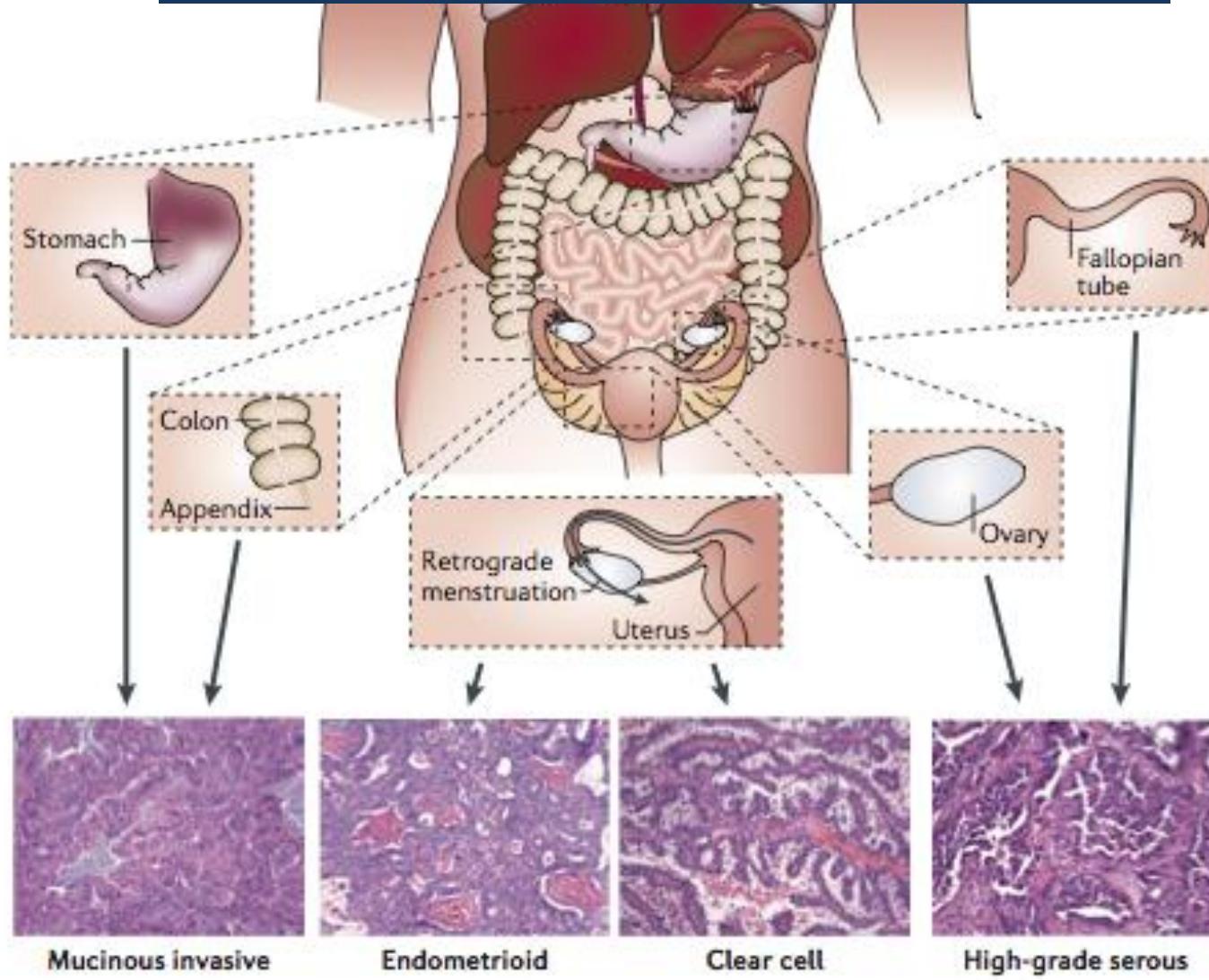


Pathology & Genetics

Tumours of the
Female Genitalia

Edited by Fattaneh A. Tavassoli 8

...mehr als nur 1. Krankheit!



Sebastian Vaughan

- Regelmässige Vorsorge (Sono/Tumormarker) kann den Eierstockkrebs früh erkennen!

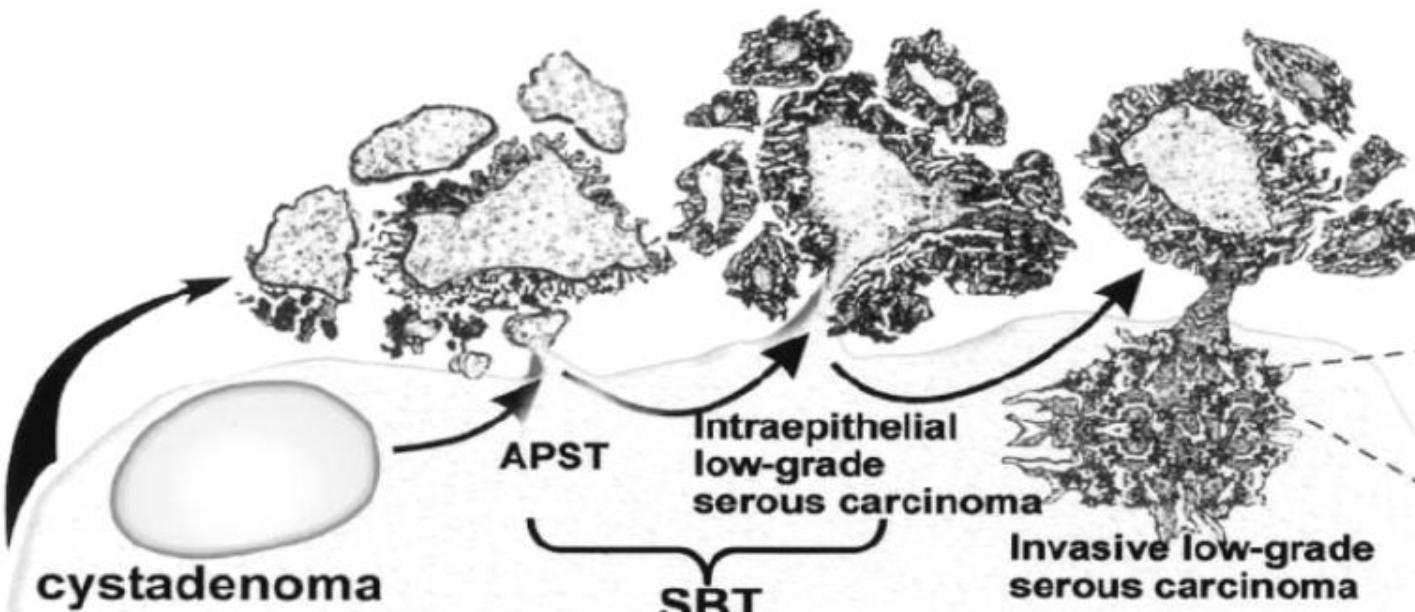


bungie.net

Artist Juan Ramirez for MYTH: The Fallen Lords (1997)

...der Eierstockkrebs entsteht unterschiedlich

Low-grade pathway

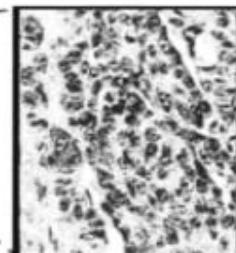
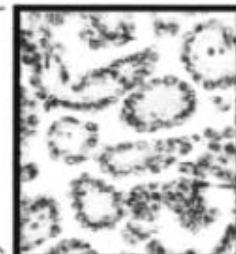


inclusion cyst



High-grade carcinoma

High-grade pathway



Einflussfaktoren für die Therapieentscheidung

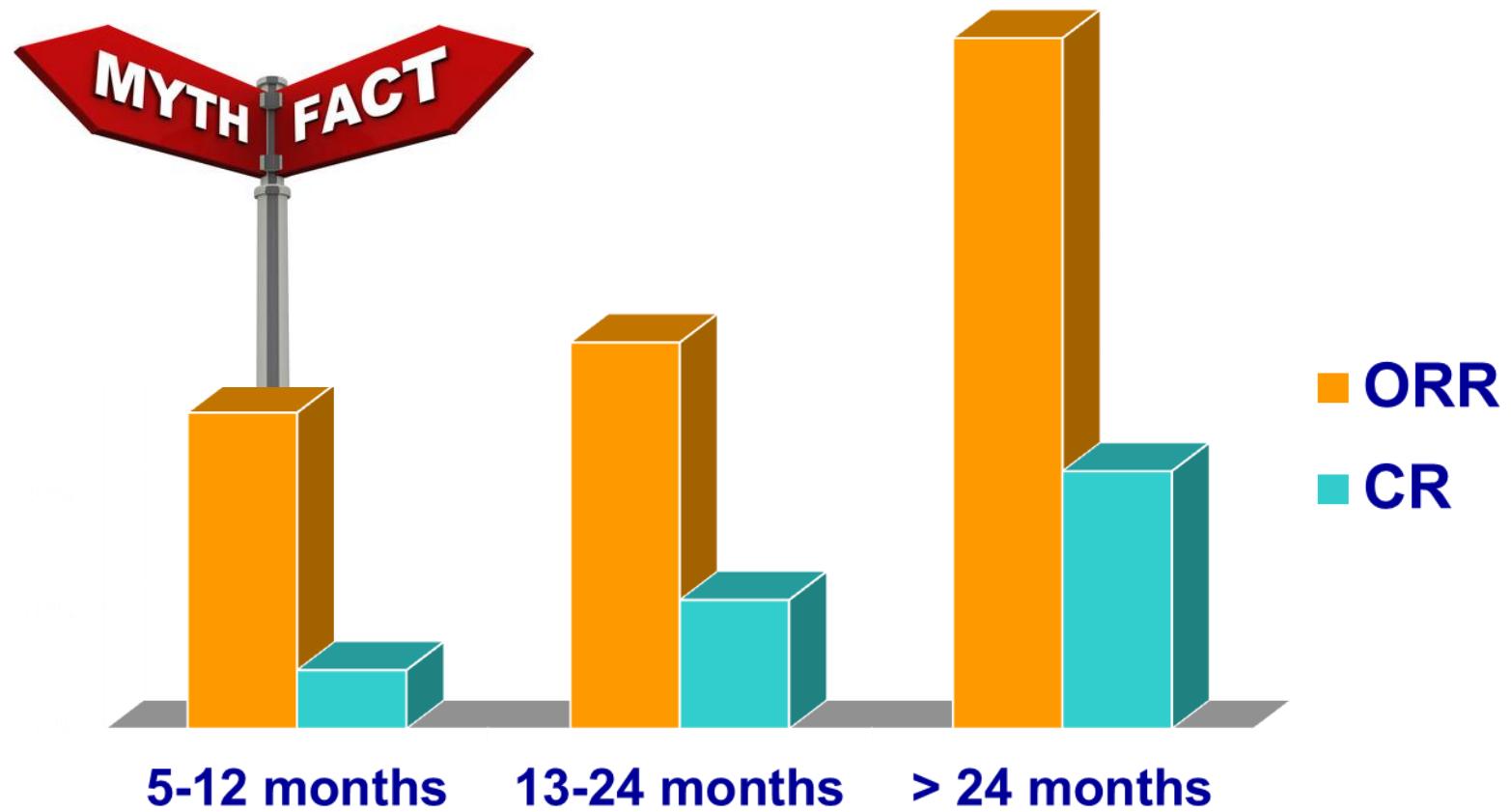
- AZ
- Alter
- Tumorbefallmuster
- Therapiefreies Intervall
- Nebenwirkungen bzw. Komplikationen der Erstbehandlung
- Qualität der operativen und zytostatischen Erstbehandlung
- Motivation der Patientin (Präferenz)
- Motivation des Therapeuten (Attitude)



Einflussfaktoren für die Therapieentscheidung zur medikamentösen Rezidivtherapie beim Ovarialkarzinom („das Charité-Denkmodell“)

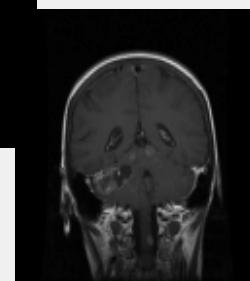
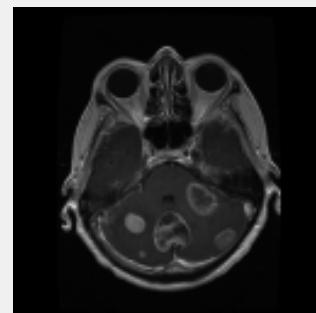
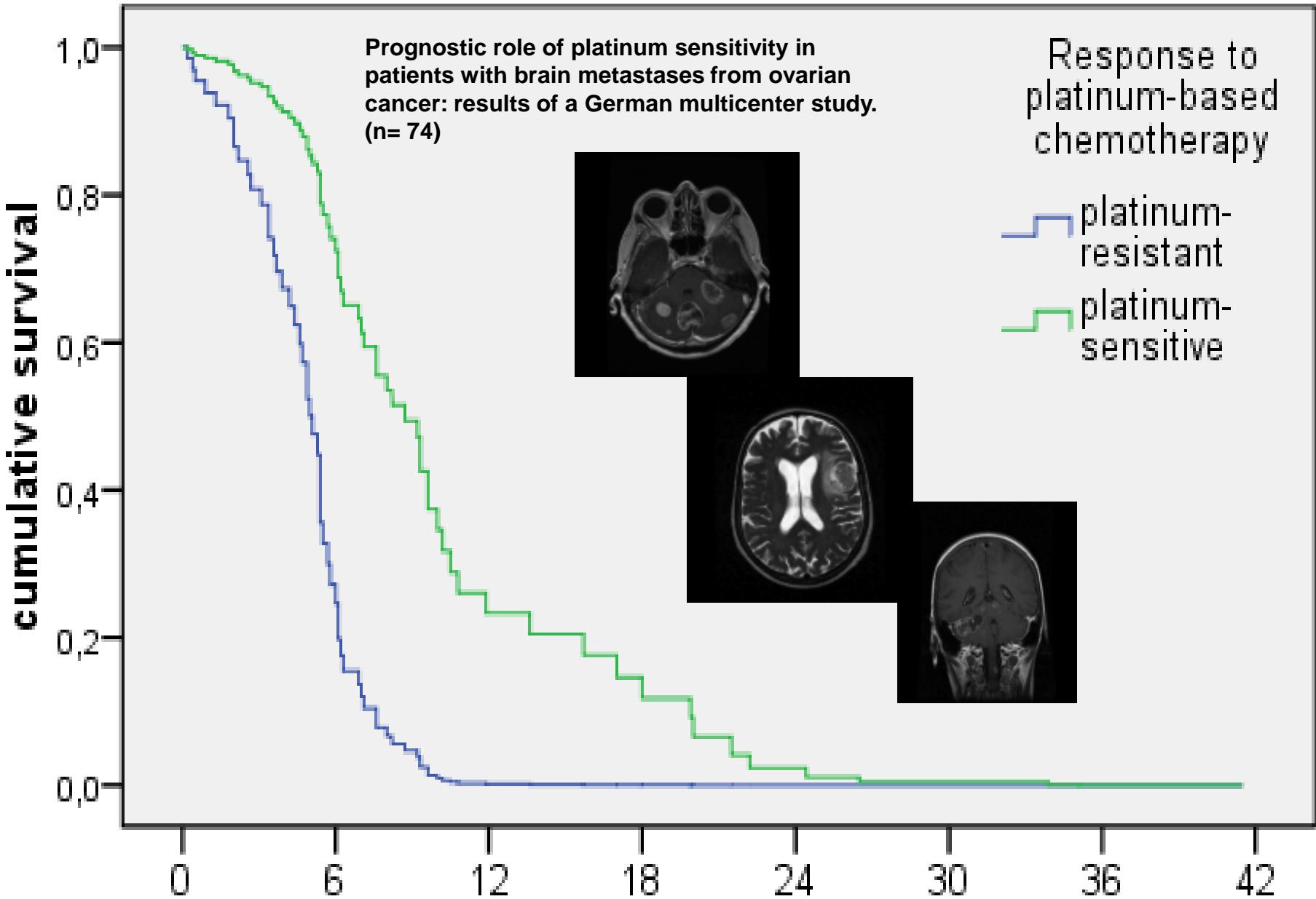
- Aktuelle Symptomatik?, Tumorbefallmuster?
- Therapiefreies bzw. Progressionsfreies Intervall? (platinrefraktär ja/nein, relativ oder absolut platinsensitiv?)
- Allgemeiner und funktioneller Status
- Qualität und Ergebnis der operativen und zytostatischen Erstbehandlung
- Bevacizumab vorbehandelt?
- **Tumorbiologie (BRCA-Testung erfolgt?)**
- Nebenwirkungen bzw. Komplikationen der Erstbehandlung
- Therapioptionen?
- Komorbiditäten? Komedikation?
- Kompensationsreserven bei Komplikationen?
- Studienteilnahme möglich?
- Motivation der Patientin (Präferenz)
- Studienteilnahme möglich?
- Therapioptionen mit welchen Therapieziel?

Was ist die Grundlage der Behandlung?

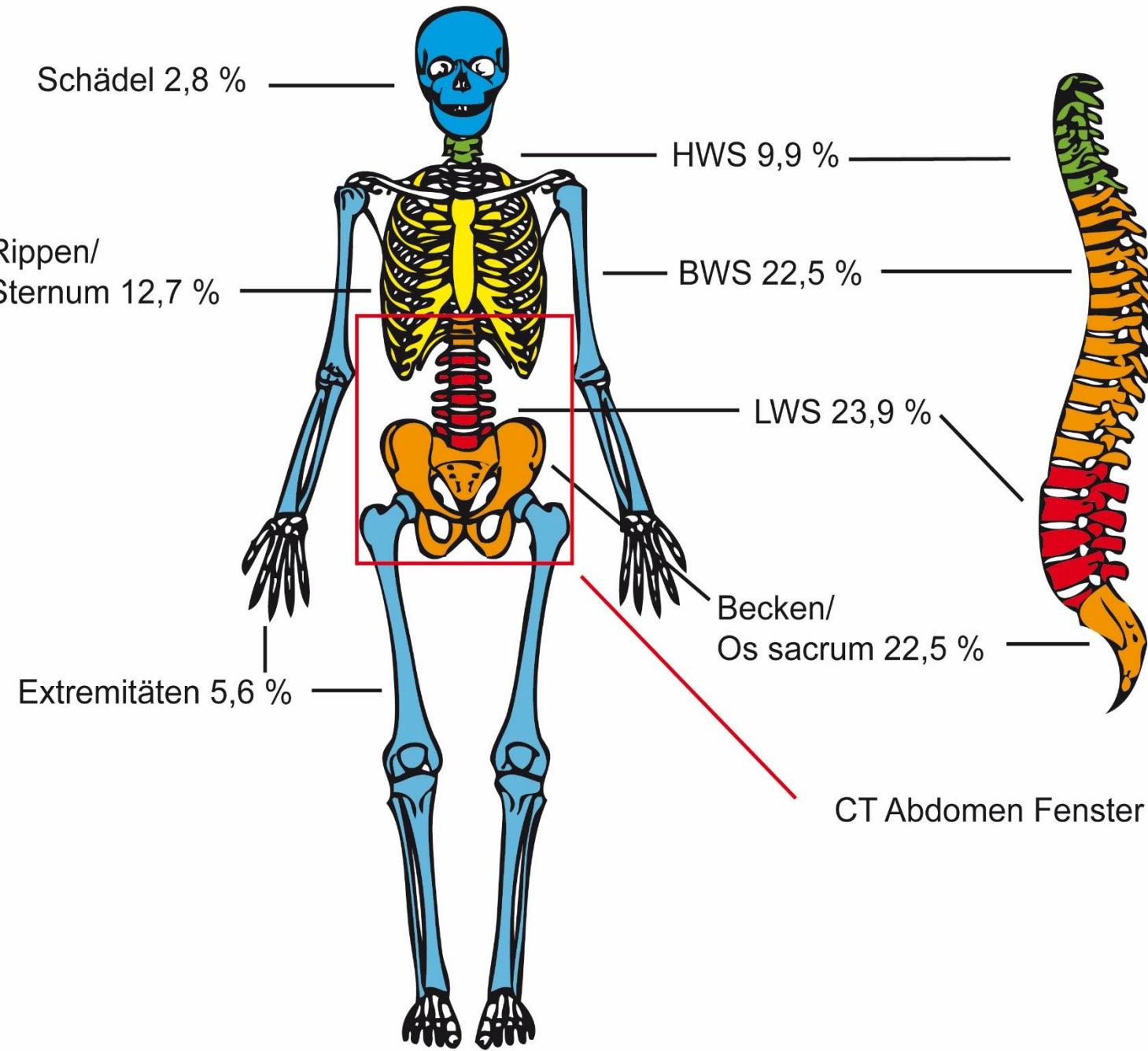


Markman, et al. *J Clin Oncol.* 1991;9:389-393.

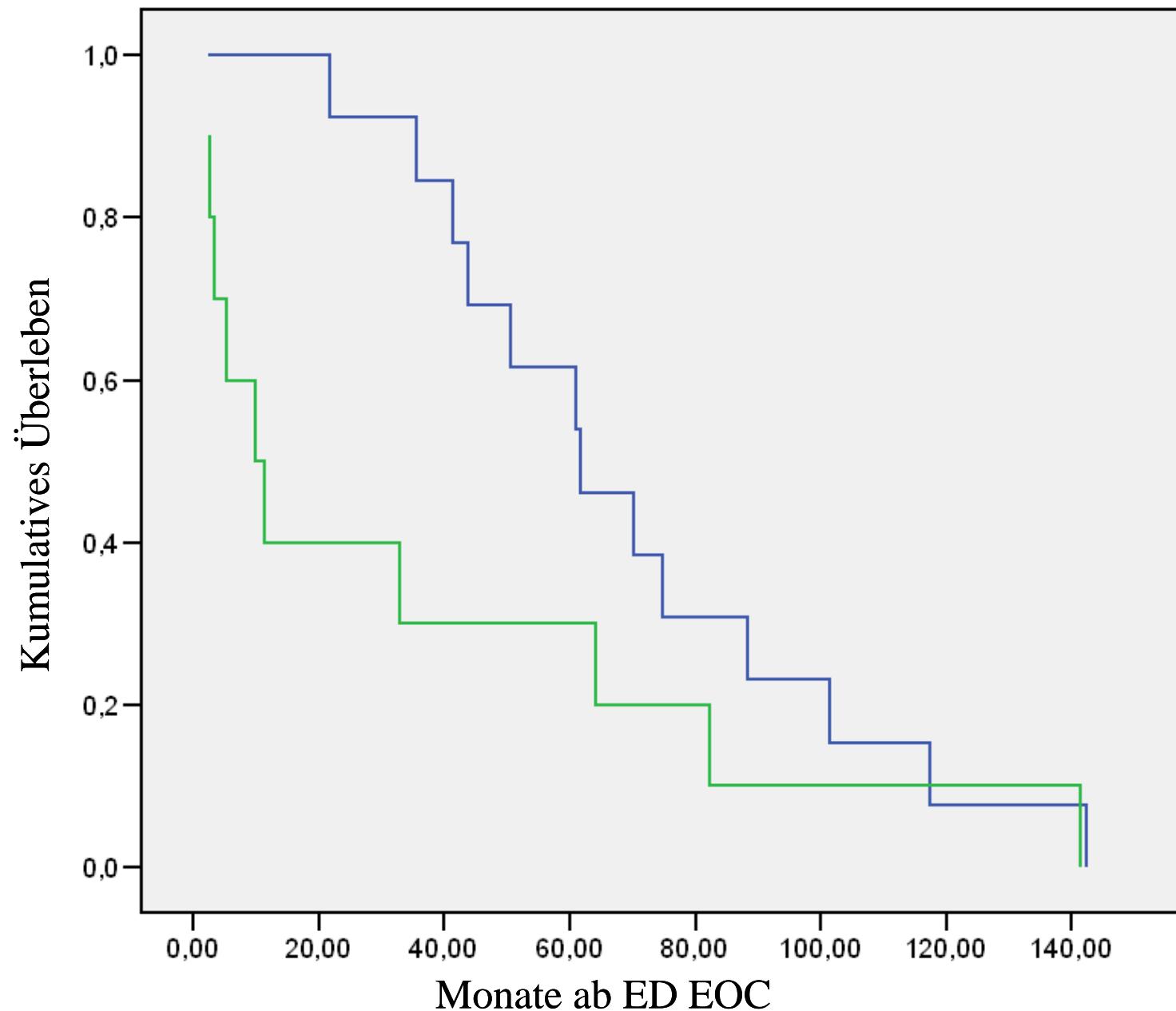




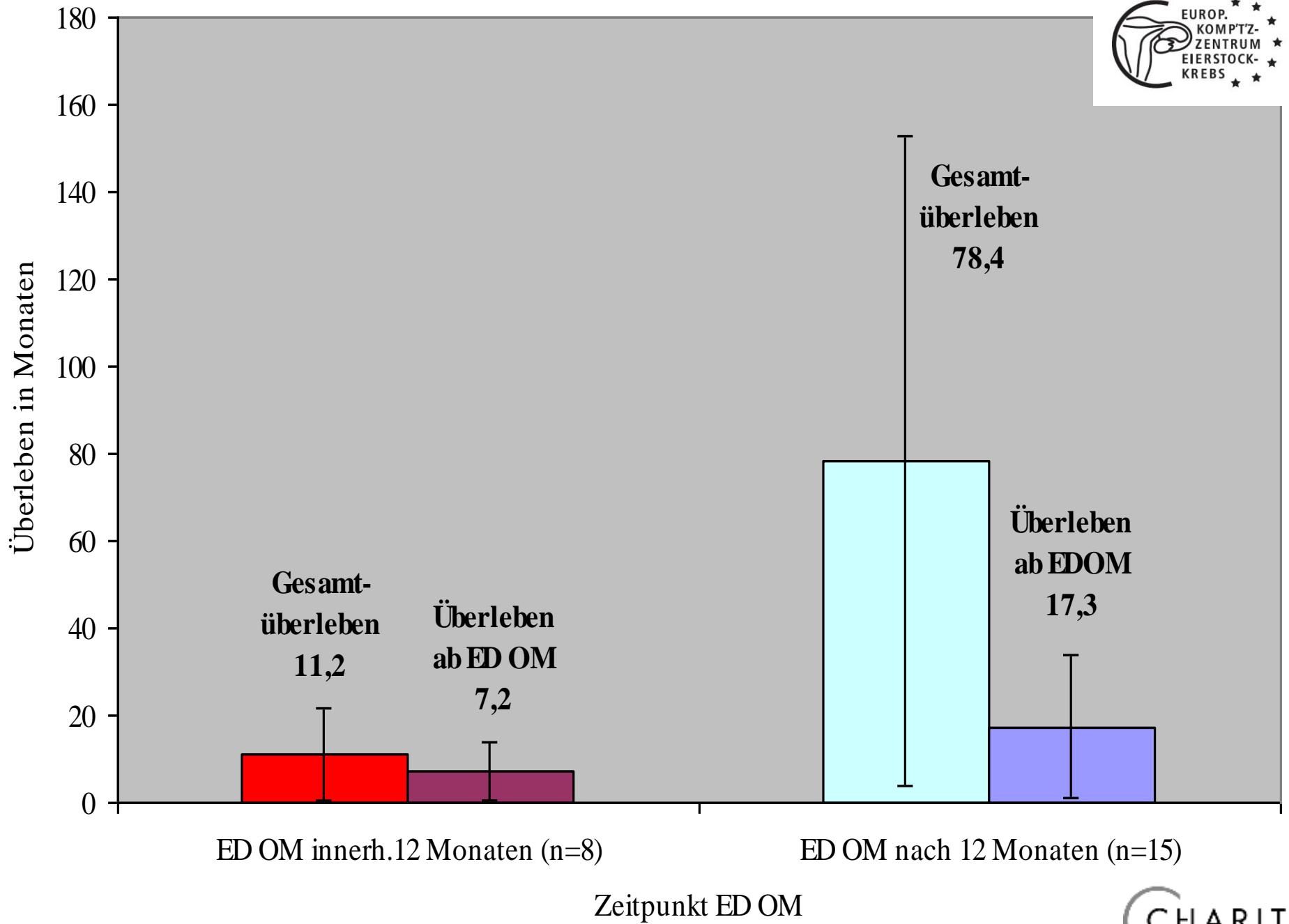
survival since diagnosis of brain metastases in months



Gesamtüberleben



Platinsensitivität
im 1. Rezidiv:
blau: ja (n=12)
grün: nein (n=10)



Es gibt keine Langzeitüberlebende!



bungie.net

Artist Juan Romano for MYTH: The Fallen Lands [1997]

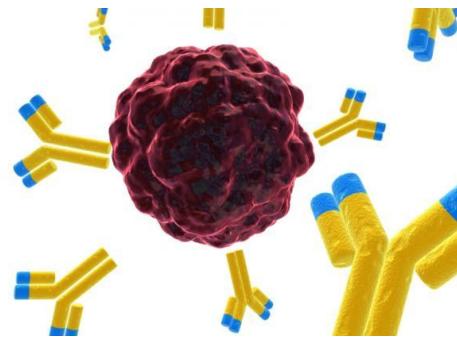


Caroline meets HANNA – Holistic analysis of longterm survivors with ovarian cancer”

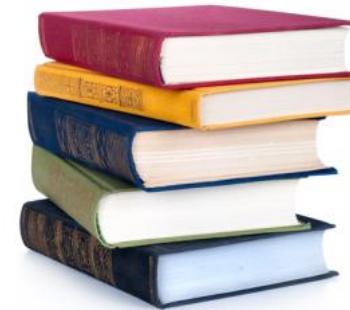
Expression VI

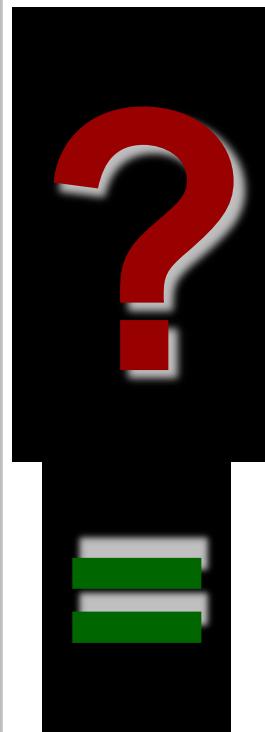
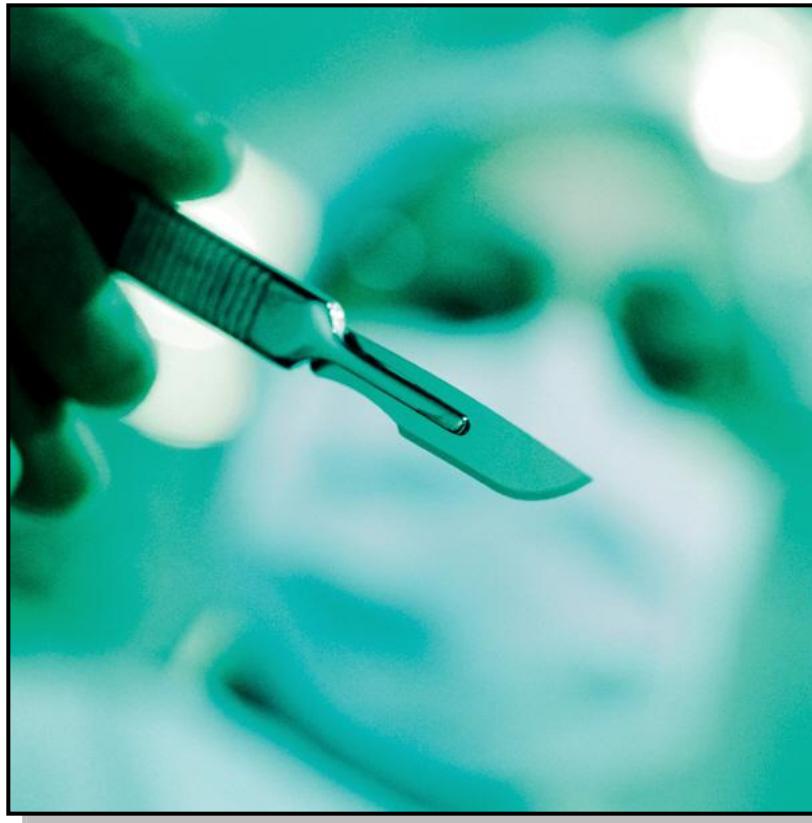


Jalid Sehouli, Hannah Woopen and Ioana Braicu



Why do some patients survive
more than 8 years?

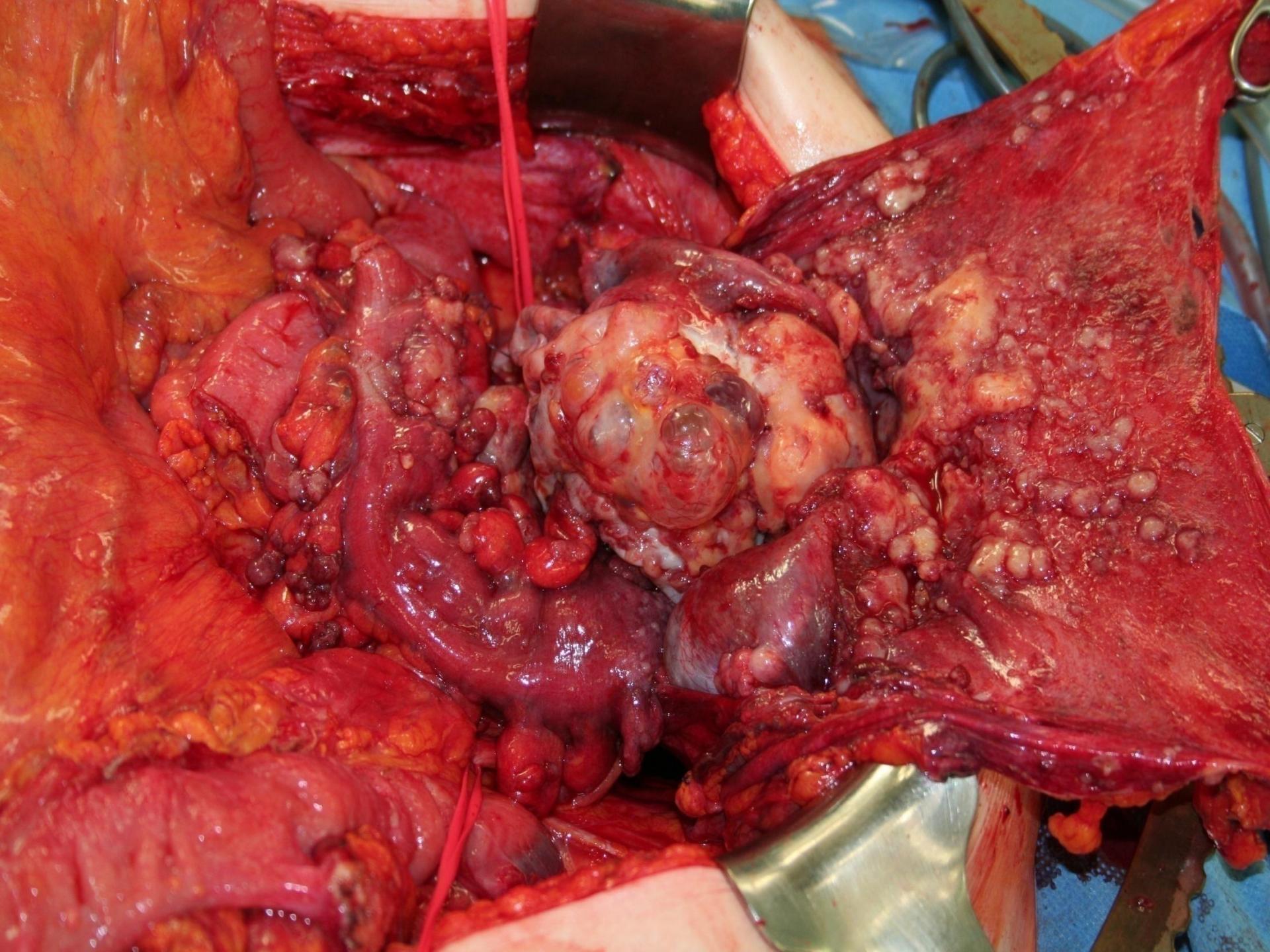


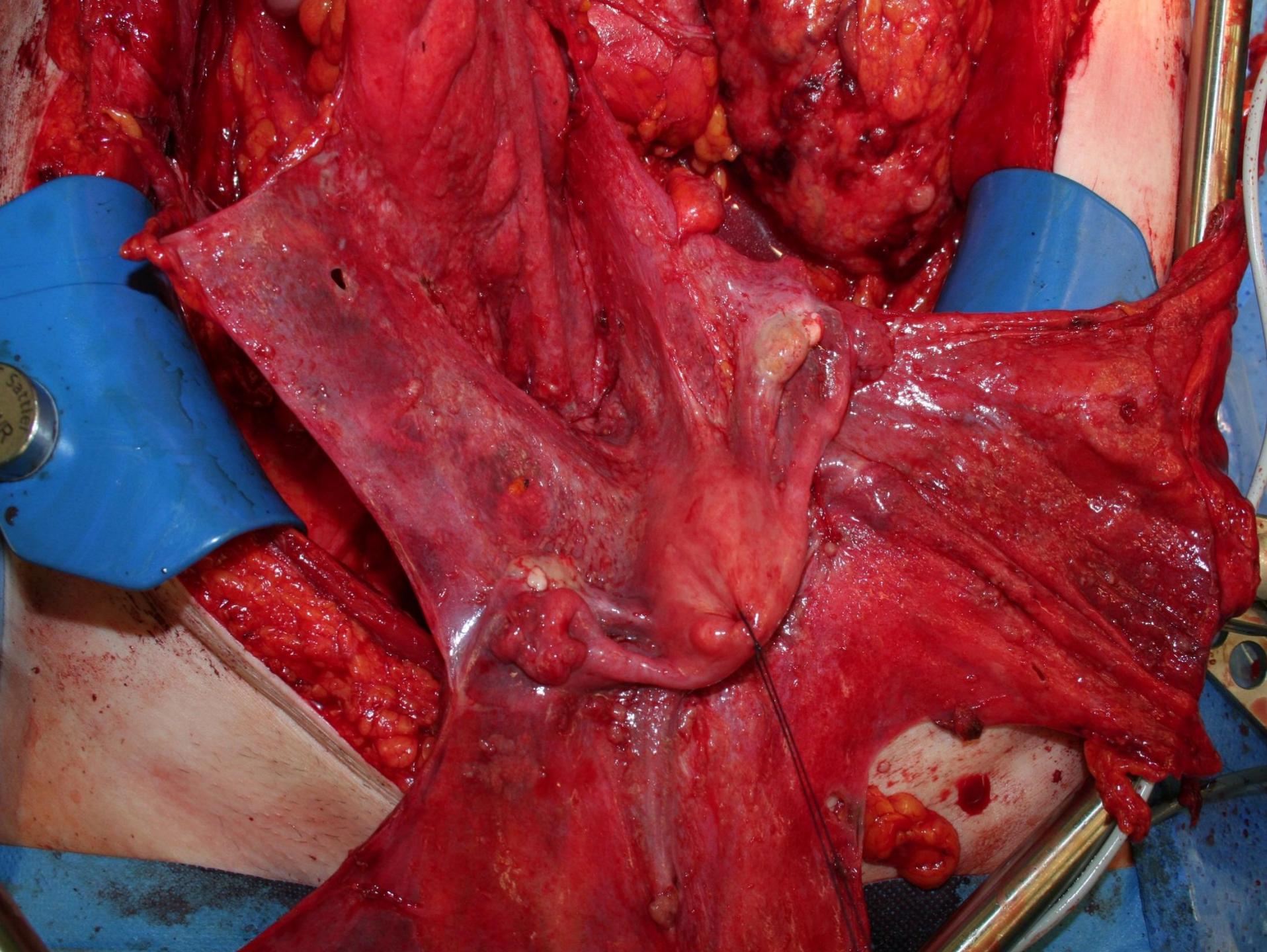


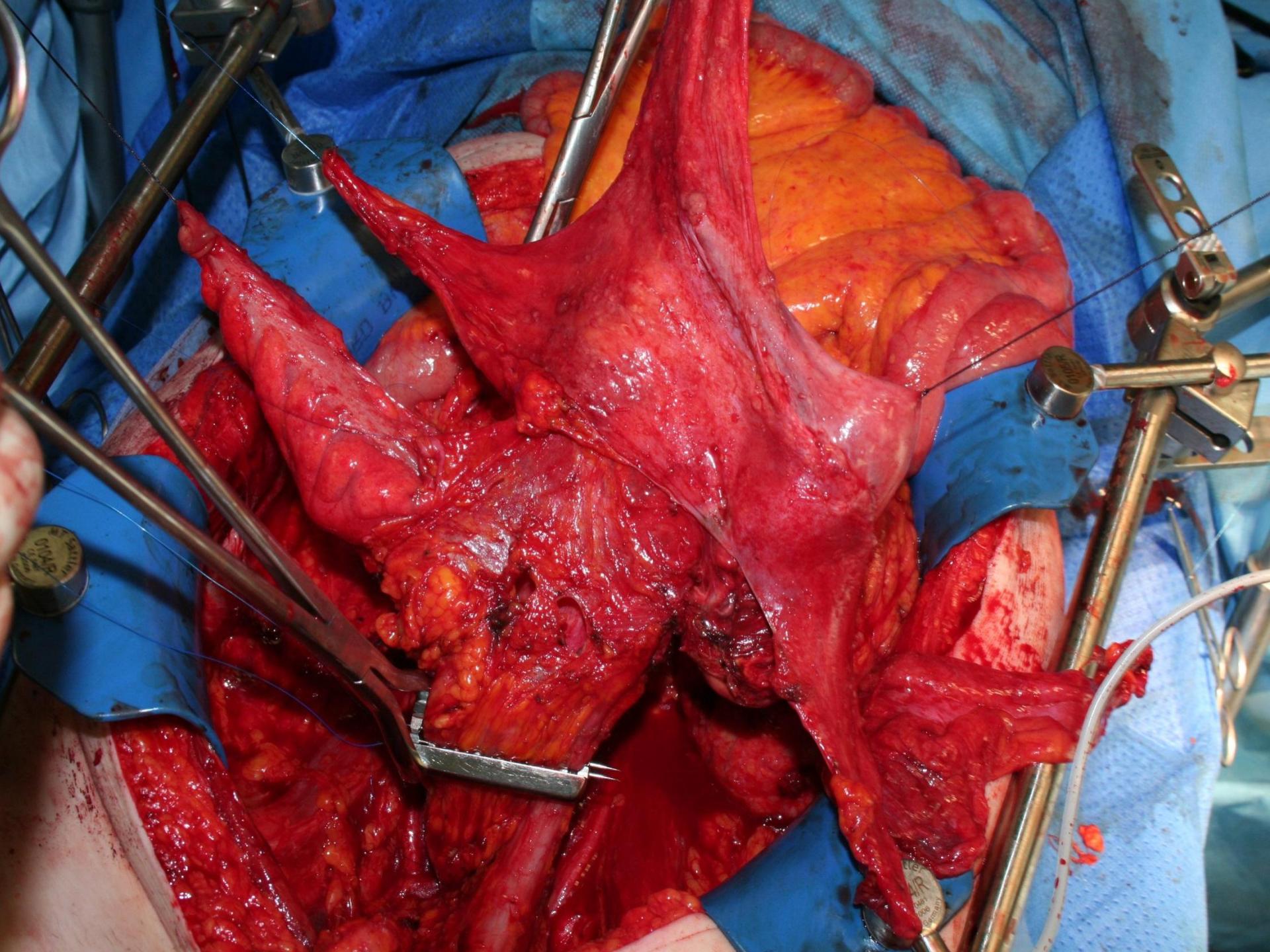
Role of Tumorbiology?

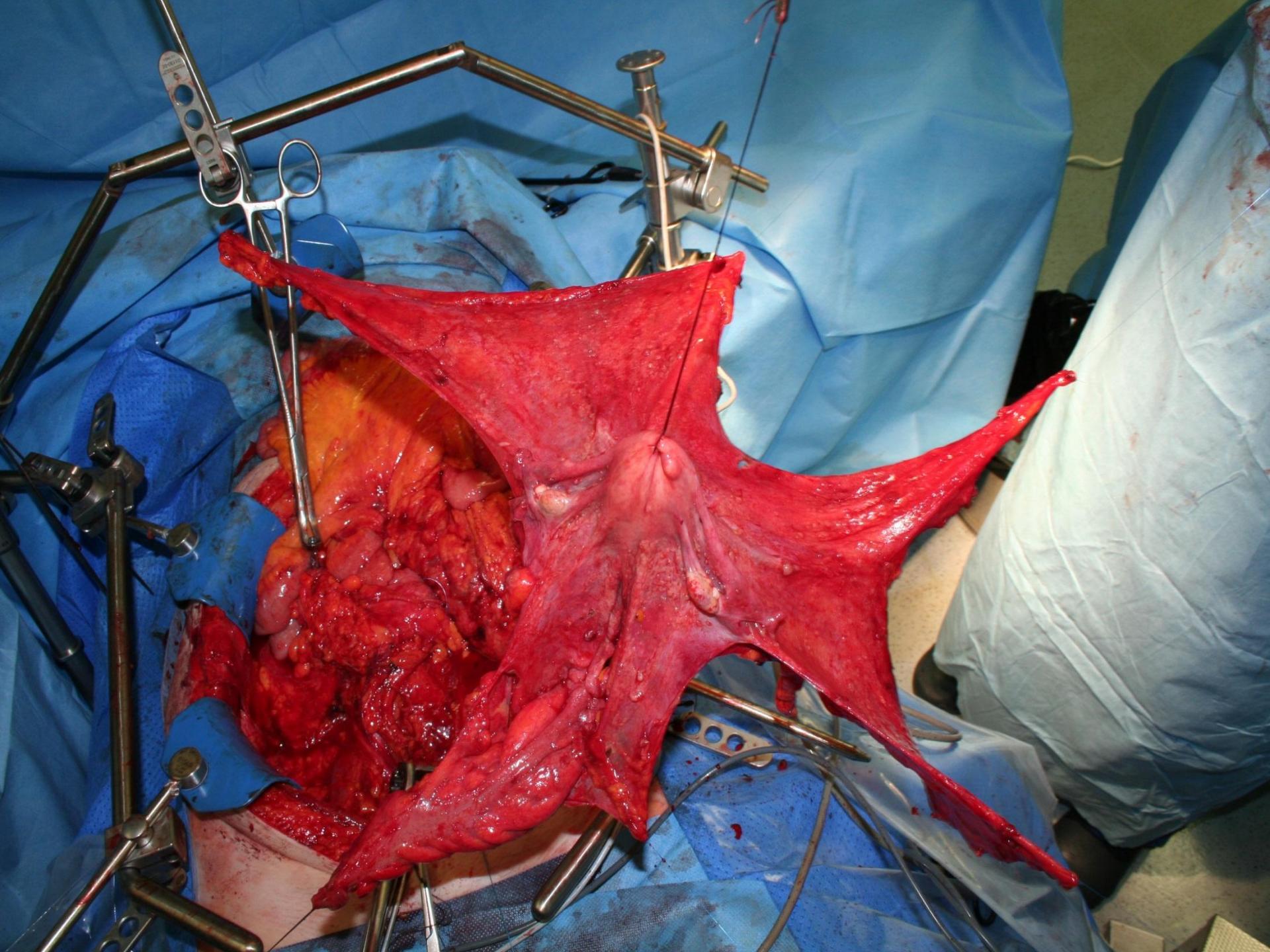
du Bois et al,
Cancer, 2009

A= OS	Serous histology			Mucinous histology		
Parameter	HR	95%-CI	p-value	HR	95%-CI	p-value
Age [10yrs]	1.15	(1.09, 1.22)	<.0001	1.18	(0.98, 1.43)	0.0773
ECOG 2 vs. 0-1	1.22	(1.05, 1.43)	0.0117	1.98	(1.01, 3.87)	0.0456
FIGO IIIC-IV vs. IIB-IIIB	1.50	(1.29, 1.75)	<.0001	1.10	(0.65, 1.88)	0.7131
grading G2/3 vs. G1	1.67	(1.26, 2.21)	0.0004	1.95	(0.99, 3.84)	0.0523
residual tumor 1-10 mm vs. 0 mm	2.16	(1.84, 2.54)	<.0001	2.40	(1.35, 4.29)	0.0031
residual tumor > 10 mm vs. 1-10 mm	1.16	(1.03, 1.31)	0.0141	1.01	(0.62, 1.65)	0.9559
Ascites yes vs. no	1.36	(1.20, 1.55)	<.0001	1.43	(0.85, 2.40)	0.1801
B = PFS						
Age [10yrs]	1.09	(1.04, 1.14)	0.0006	1.12	(0.95, 1.32)	0.1925
ECOG 2 vs. 0-1	1.06	(0.92, 1.23)	0.4325	1.52	(0.79, 2.92)	0.2144
FIGO IIIC-IV vs. IIB-IIIB	1.50	(1.32, 1.71)	<.0001	1.22	(0.74, 2.03)	0.4355
grading G2/3 vs. G1	1.60	(1.26, 2.03)	0.0001	1.69	(0.92, 3.12)	0.0915
residual tumor 1-10 mm vs. 0 mm	2.07	(1.81, 2.37)	<.0001	2.51	(1.46, 4.30)	0.0008
residual tumor > 10 mm vs. 1-10 mm	1.22	(1.10, 1.36)	0.0003	1.09	(0.69, 1.72)	0.7221
Ascites yes vs. no	1.25	(1.12, 1.40)	<.0001	1.42	(0.88, 2.31)	0.1488

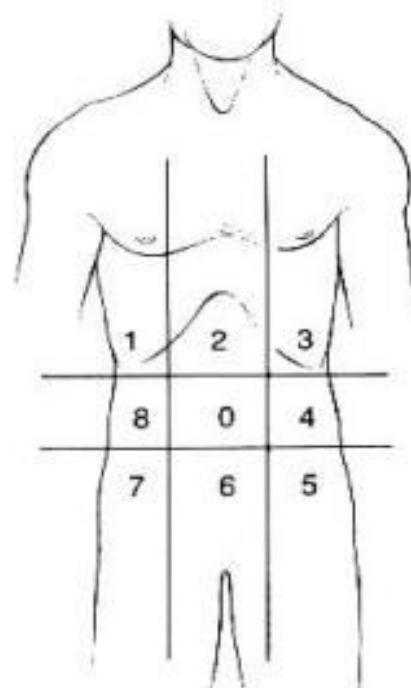








Peritoneal Cancer Index



Regions

- 0 Central
- 1 Right Upper
- 2 Epigastrium
- 3 Left Upper
- 4 Left Flank
- 5 Left Lower
- 6 Pelvis
- 7 Right Lower
- 8 Right Flank

- 9 Upper Jejunum
- 10 Lower Jejunum
- 11 Upper Ileum
- 12 Lower Ileum

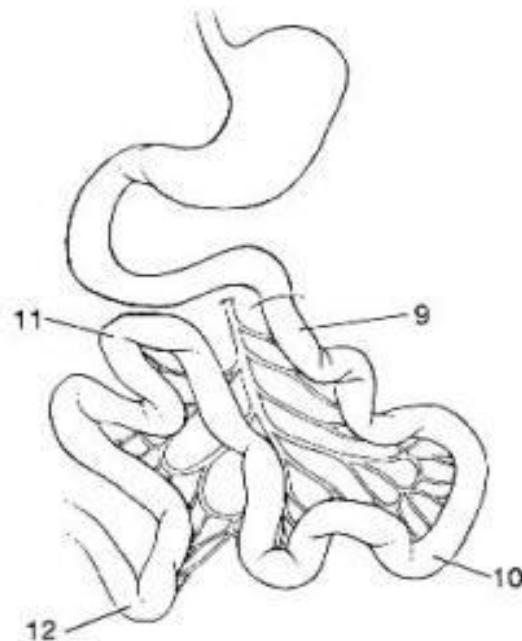
Lesion Size

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Lesion Size Score

- LS 0 No tumor seen
- LS 1 Tumor up to 0.5 cm
- LS 2 Tumor up to 5.0 cm
- LS 3 Tumor > 5.0 cm or confluence

PCI



Prognostic and predictive value of the Peritoneal Cancer Index (PCI) in primary advanced epithelial ovarian cancer patients after complete cytoreductive surgery. A study of the tumor bank ovarian cancer (TOC)

Khayal Gasimli, Elena Ioana Braicu, Rolf Richter, Radoslav Chekerov, Jalid Sehouli



TABLE 3 R Cox regression analysis of tumor-free operated patients with advanced primary ovarian cancer

Variable	OS			PFS			<i>p</i> value
	HR	95 % CI		Variable	HR	95 % CI	
The results of multivariate analysis of 80 patients							
PCI (≥ 18 vs. <18)	2.21	0.73–6.74	0.162	PCI (≥ 13 vs. <13)	2.43	1.30–4.54	0.005
Age	1.07	1.02–1.12	0.005	Age	1.03	1.00–1.06	0.110
FIGO (IV vs. III)	0.09	0.01–1.20	0.069	FIGO (IV vs. III)	1.60	0.18–14.17	0.674
Grade (I/II vs. III)	1.15	0.42–3.13	0.783	Grade (I/II vs. III)	1.12	0.56–2.23	0.749
pT (3c vs. 3b)	2.26	0.44–11.59	0.329	pT (3c vs. 3b)	1.75	0.71–4.31	0.226
cMx versus cM0	0.81	0.30–2.17	0.673	cM (x vs. 0)	1.37	0.66–2.82	0.397
cM1 versus cM0	7.29	0.57–94.03	0.128	cM (1 vs. 0)	1.01	0.11–9.04	0.997
pNx versus pN0	2.19	0.45–10.61	0.328	pN (x vs. 0)	2.00	0.69–5.79	0.202
pN1 versus pN0	3.39	1.09–10.52	0.034	pN (1 vs. 0)	2.13	0.95–4.75	0.067
The results of multivariate analysis of chemotherapy-performed 71 patients							
PCI (≥ 18 vs. <18)	1.36	0.33–5.50	0.663	PCI (≥ 13 vs. <13)	2.52	1.16–5.46	0.019
Age	1.09	1.02–1.16	0.004	Age	1.02	0.98–1.05	0.209
FIGO (IV vs. III)	0.02	0.01–0.54	0.018	FIGO (IV vs. III)	2.28	0.24–21.36	0.470
Grade (I/II vs. III)	1.54	0.36–6.51	0.556	Grade (I/II vs. III)	1.49	0.67–3.31	0.326
pT (3c vs. 3b)	1.70	0.27–10.50	0.568	pT (3c vs. 3b)			
cMx versus cM0	0.63	0.20–2.02	0.446	cM (x vs. 0)			
cM1 versus cM0	6.05	0.40–89.90	0.191	cM (1 vs. 0)			
pNx versus pN0	2.58	0.38–17.47	0.331	pN (x vs. 0)			
pN1 versus pN0	8.06	1.61–40.29	0.011	pN (1 vs. 0)			
Ascites versus no ascites	1168163	0.01–2, 385E+275	0.965	Ascites versus no ascites			
Non-responder versus responder	7.67	2.02–29.17	0.003	Non-responder versus responder			

HR hazard ratio, *CI* confidence interval

Bold values indicate significance

Predicting Platinum resistance
Cut off Sensitivity Specificity
 ≥ 10 100% 42,2%
 ≥ 15 57,1% 76,6%

Left
diaphragm

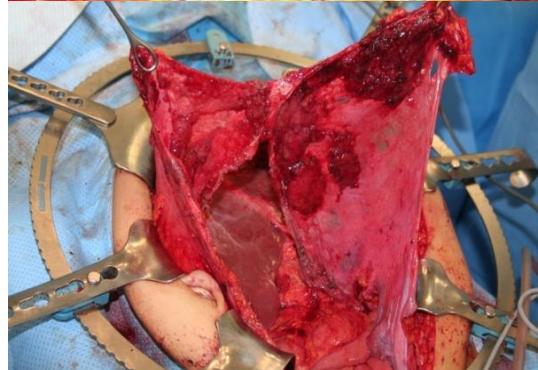
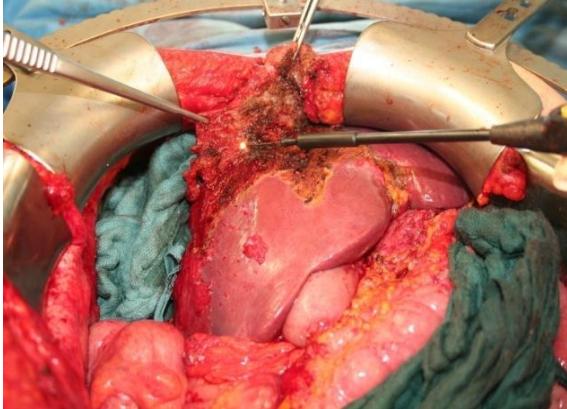
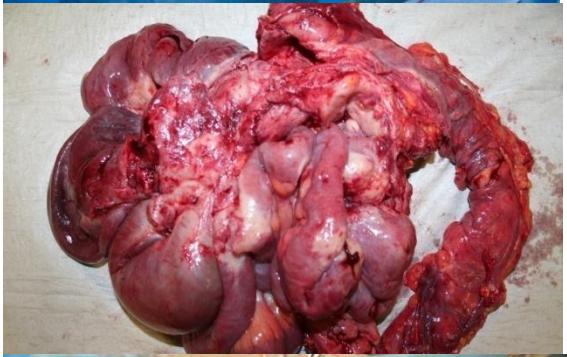
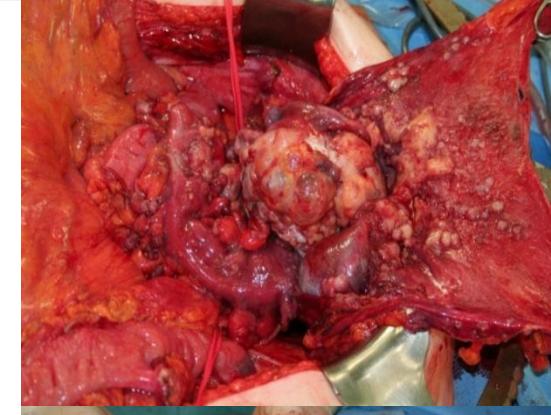
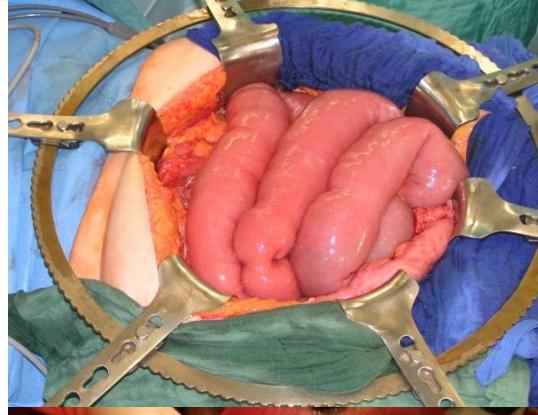
Uterus

Right
diaphragm

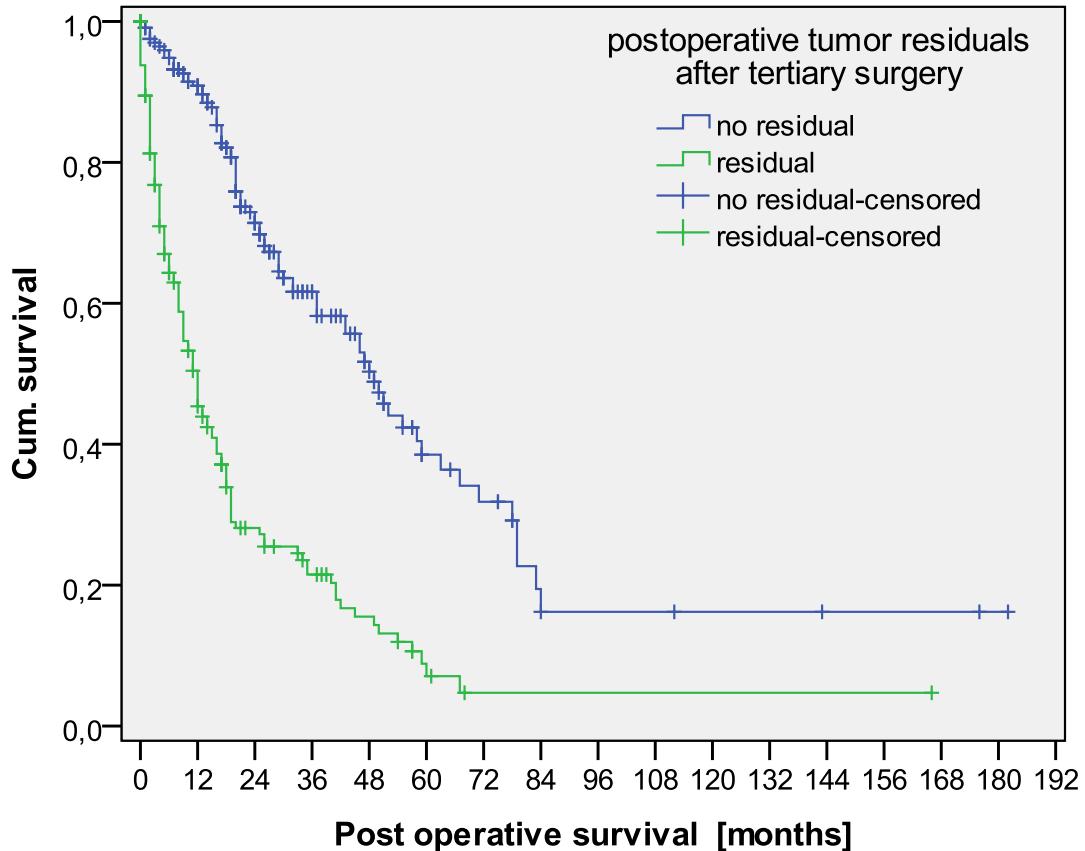


Role of secondary cytoreductive surgery in ovarian cancer relapse: Who will benefit? A systematic analysis of 240 consecutive patients.

Sehouli J, Richter R, Braicu EI, Bühlung KJ, Bahra M, Neuhaus P, Lichtenegger W, Fotopoulou C.



Survival according to residual tumor at TC



Postoperative tumor residuals after tertiary surgery	p<0.001	
	median OS	95%-CI
none	49.0	41.5 – 56.4
any	12.0	9.3 – 14.67
Total	26.0	19.5 – 32.5

Fotopoulos C, Zang R, Gultekin M, Cibula D, Ayhan A, Liu D, Richter R,
Braicu I, Mahner S, Harter P, Trillisch F, Kumar S, Peiretti M, Dowdy SC, Maggioni A, Trope C, Sehouli J,
Annals of Surg Oncol 2012

Quaternary cytoreductive surgery in ovarian cancer: does surgical effort still matter?

Fotopoulos C, Savvatis K, Kosian P, Braicu IE, Papanikolaou G, Pietzner K, Schmidt SC, Sehouli J.
 Br J Cancer. 2013 Jan 15;108(1):32-8.

Variable	Patients % (n = 49)	Variable	Patients % (n = 49)
Median age at surgery [years]	57 (28-76)	Median preoperative CA125 (U/ml)	736 (28-2843)
FIGO stage at primary diagnosis		Median CA125 after 3 cycles chemotherapy (U/ml)	220 (19-365)
• -I	6 (12.2%)	Median CA125 after chemotherapy completion (U/ml)	84 (21-156)
• -II	6 (12.2%)		
• -III	33 (67.3%)		
• -IV	1 (2.04%)		
Histology		Postoperative tumor residuals	
-serous-papillary	33 (67.3%)	▪ none	16 (32.6%)
-mucinous	1 (2%)		
- endometrioid	12 (24.5%)	▪ ≤0.5 cm	15 (30.6%)
- clear cell	3 (6.1%)	▪ 0.5-1 cm	9 (18.3%)
		▪ >1 cm	9 (18.3%)
Intraoperative ascites		Years after primary diagnosis	
-none	33(67.3%)	2-3 years	
<500ml	12 (24.5%)	3-5 years	3 (6.1%)
≥500 ml	2 (4.1%)		20 (40.8%)
		5-10 year	14 (28.5%)
Grading		> 10 years	12 (24.5%)
G1	3 (6.1%)	Lymph nodes affected	
G2	11 (22.4%)	N0	4 (8.2%)
G3	29 (59.2%)	N1	14 (28.6%)
		Nx	31 (63.3%)



bungie.net

Artist: Juan Ramirez for MYTH: The Fallen Lords (1997)

Nur die Operaterin, nur der Operateur entscheidet!

Volumen- therapie

Liberal



Ertrunken

Vertrocknet



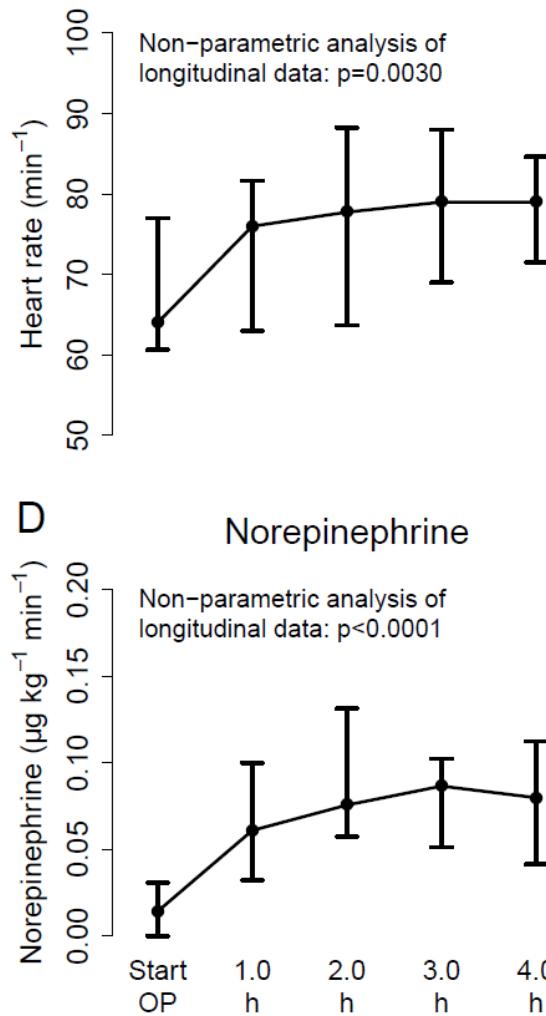
Restriktiv

Hämodynamischer Verlauf bei

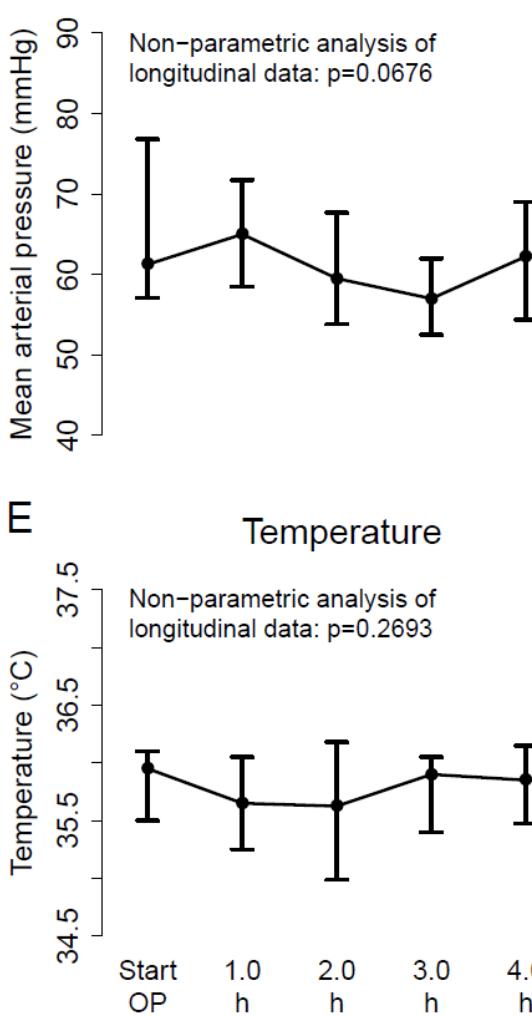
Operativer CA-OP

A

Heart rate

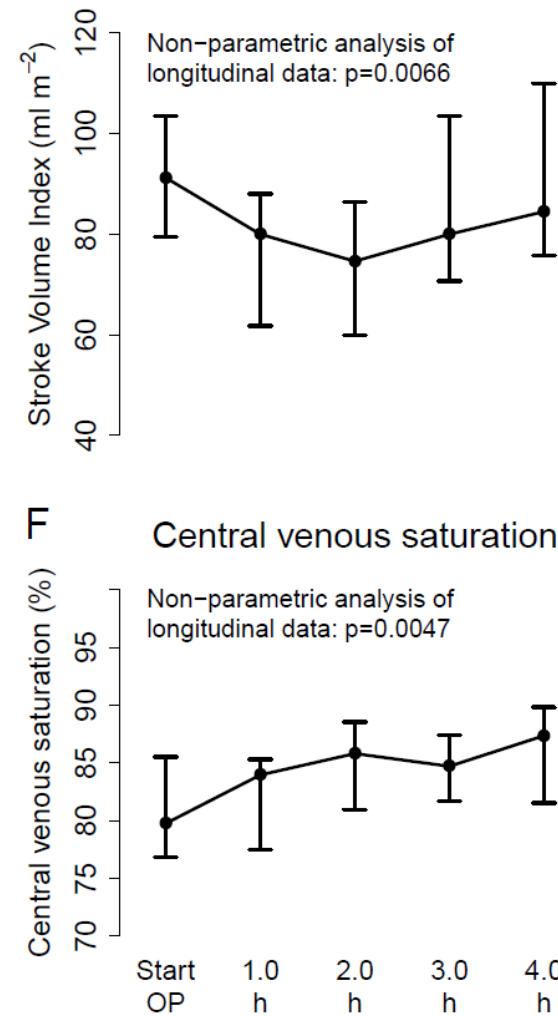


Mean arterial pressure



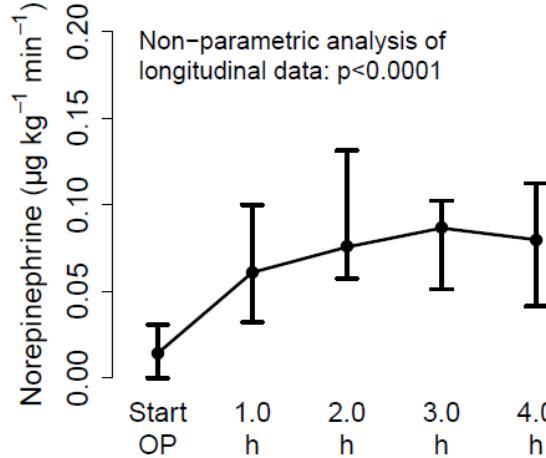
C

Stroke volume index



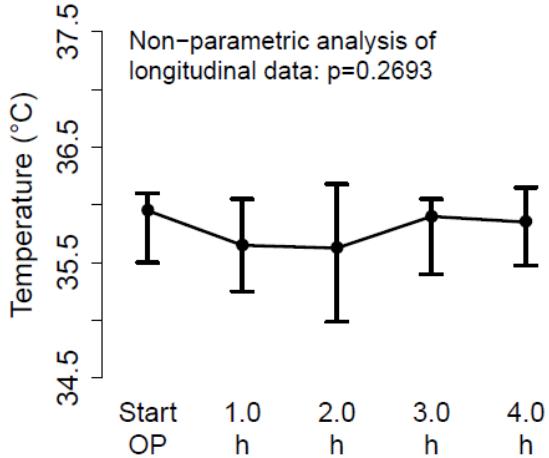
D

Norepinephrine



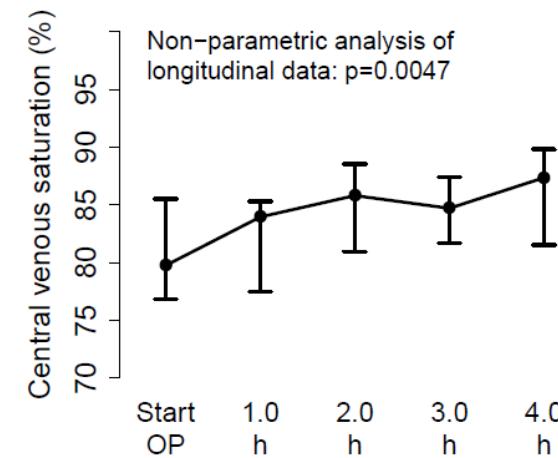
E

Temperature



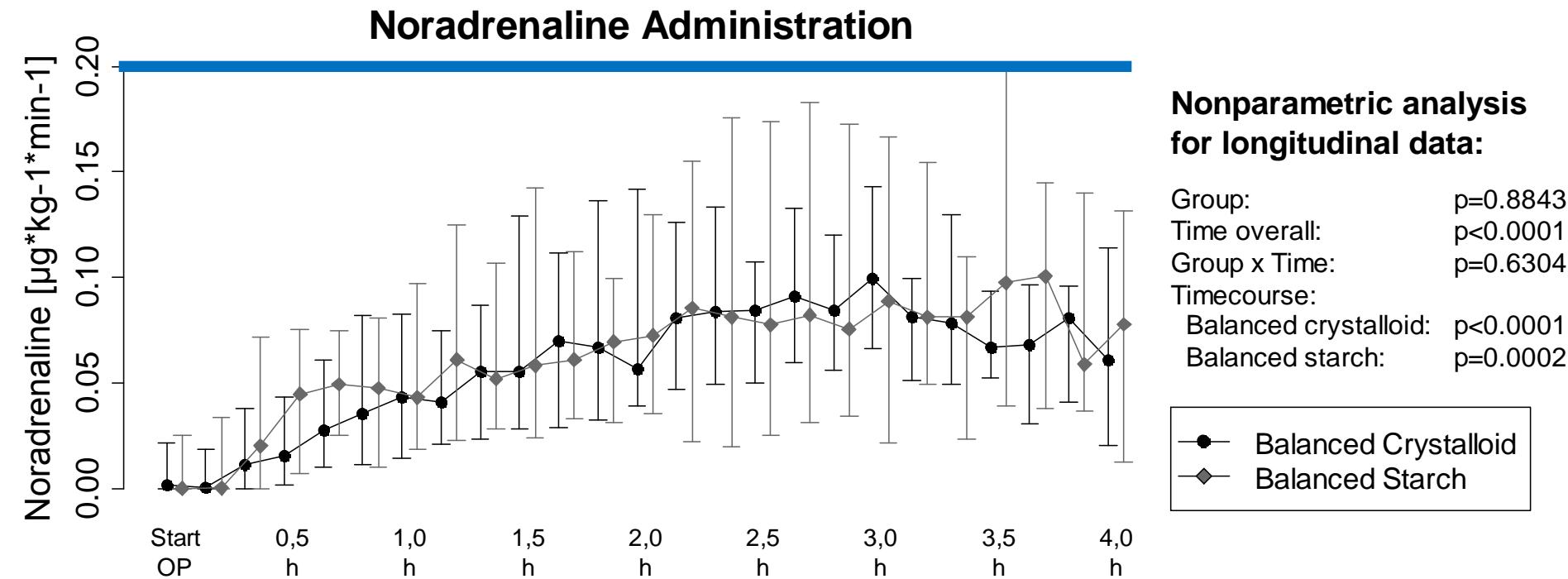
F

Central venous saturation



Noradrenalin-Gaben im BalaCriCo-Trial

Studie zu Infusionslösungen bei Prim. Ov-Ca



Maximum dose of norepinephrine (NE)	Balanced crystalloid (n=24)	Balanced starch (n=24)	p value
NE, 1 hour after surgery ($\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$)	0 (0; 0.02)	0 (0; 0.05)	# 0.126
NE, 6 hours after surgery ($\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$)	0 (0; 0)	0 (0; 0.03)	# 0.302
NE, postoperative day 1 ($\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$)	0 (0; 0)	0 (0; 0.04)	# 0.082

Feldheiser, A et al. Br J Anaesth, 110(2):231-40, 2013



*Bei älteren
Patientinnen
macht das doch
keinen Sinn!*

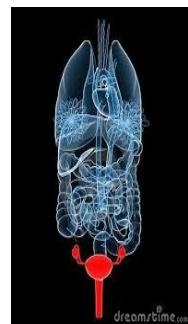


Charité-Subproject Gynecology : “FRALITY-SCORE” of the European FP7/Project “Biomarker Development for Postoperative Cognitive Impairment in the Elderly (Bio-Cog)

<http://www.biocog.eu/>

Coordination:

Dr. G. Inci/Prof. Dr. C. Spies/ Prof. Dr. J.Sehouli



The influence of polypharmacy on grade III/IV toxicity, prior discontinuation of chemotherapy and survival in recurrent ovarian cancer patients:

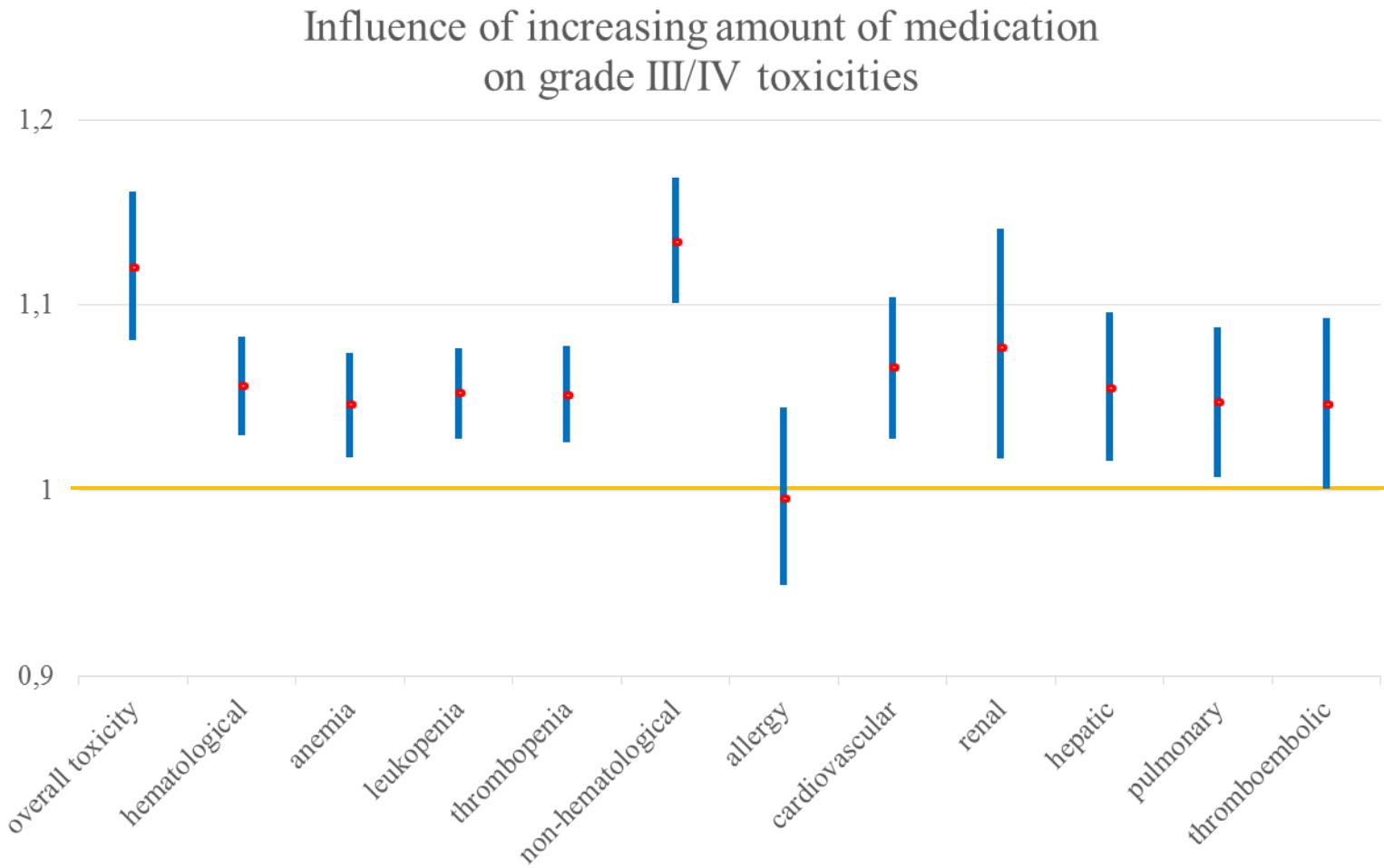
An individual participant data meta-analysis of the North-Eastern German Society of Gynecological Oncology (NOGGO) of 1213 patients.

Woopen H, Richter R, Chekerov R, Siepmann T, Sehouli J

Abstract #5533 - ASCO 2015

- Elderly ovarian cancer patients: An individual participant data meta-analysis of the North-Eastern German Society of Gynecological Oncology (NOGGO) Woopen H, Inci G, Richter R, Chekerov R, Ismaeel F, Sehouli J. Eur J Cancer. 2016 Apr 19;60:101-106.
- The influence of polypharmacy on grade III/IV toxicity, prior discontinuation of chemotherapy and overall survival in ovarian cancer. Woopen H, Richter R, Ismaeel F, Chekerov R, Roots I, Siepmann T, Sehouli J. Gynecol Oncol. 2016 Mar;140(3):Epub 2016 Jan 11.

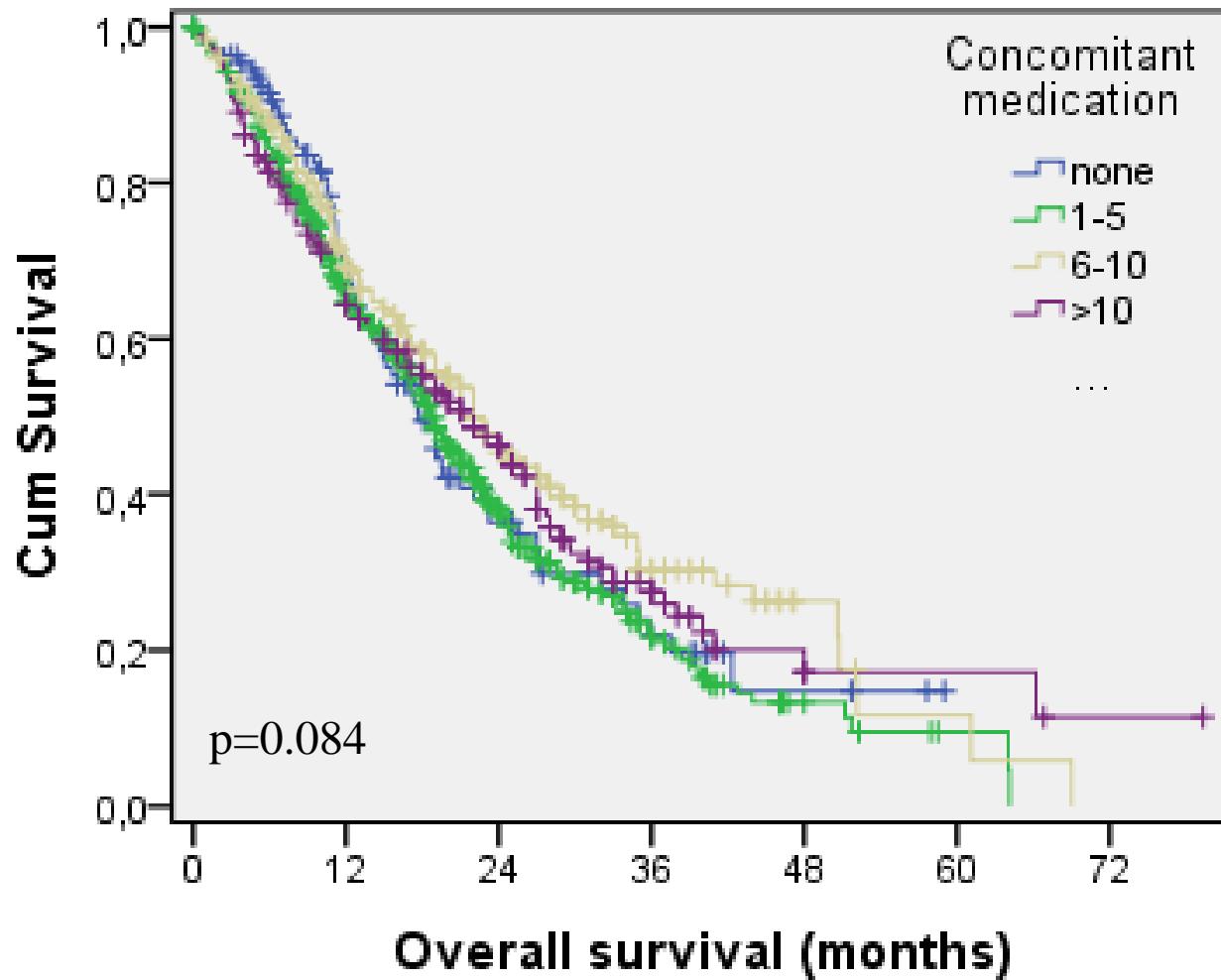
Polypharmacy is associated with most grade III/IV toxicities



Wopen and Sehouli et al. 2015

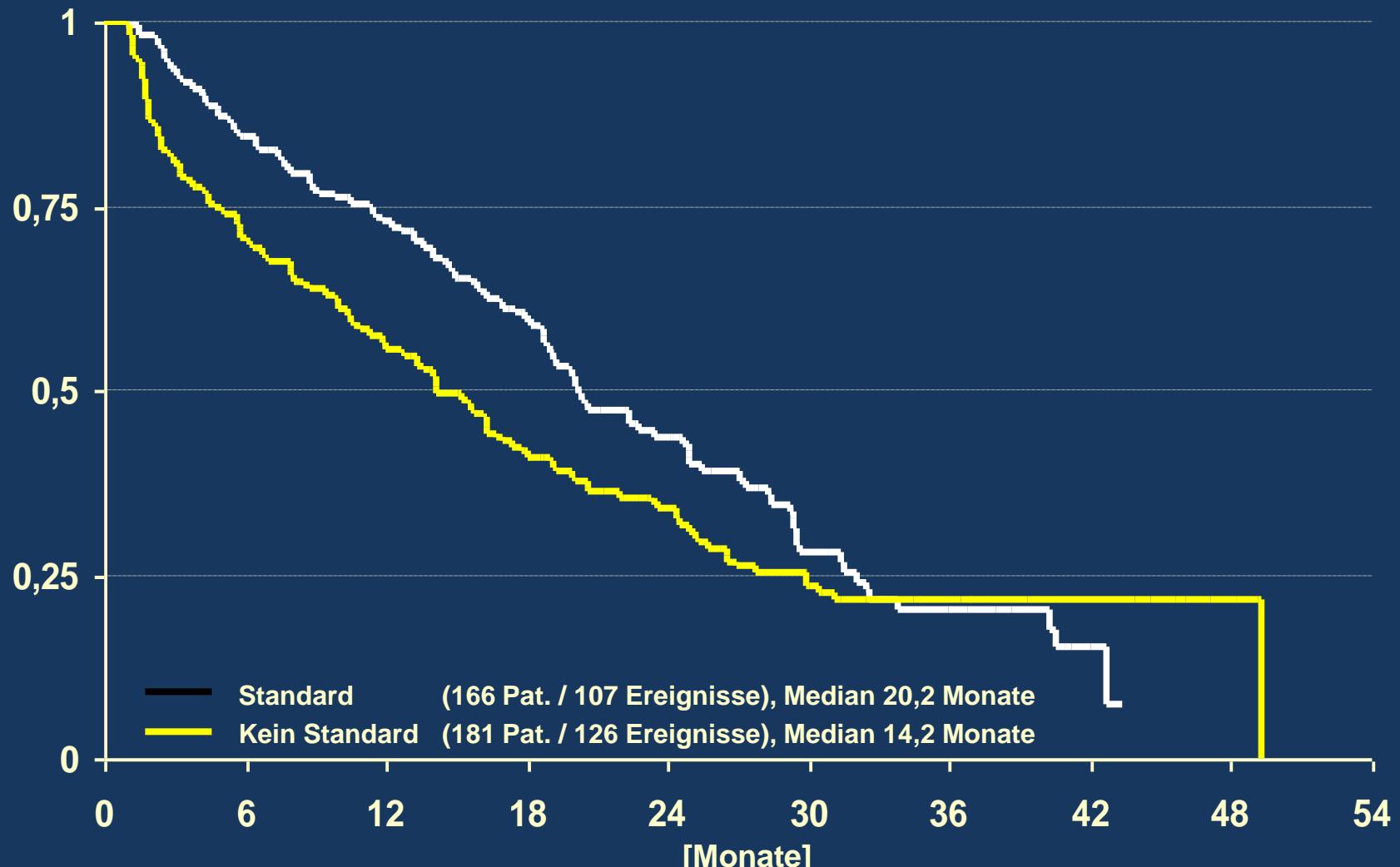
Polypharmacy is not associated with overall survival

(Kaplan-Meier and Cox-Regression)



Wopen and Sehouli et al. 2015

**QS-OVAR 2004:
Rezidivtherapie und Überlebenschance nach Rezidiv
(347 Pat. mit 1st line Chemo und OS nach Rezidiv >28 Tage)**



Logrank Test: p = 0,049

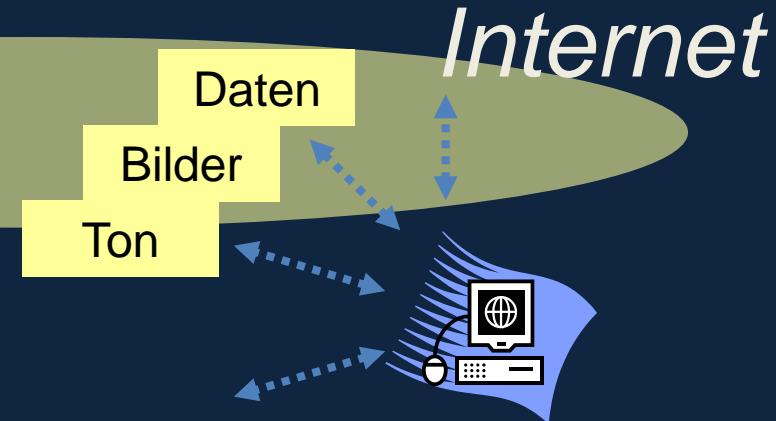


Die „Charité-Online“ Tumorkonferenz



Technische Ausstattung:

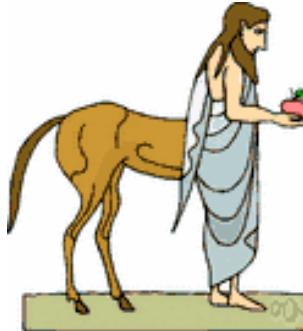
PC mit Internetzugang, Web-Kamera und Mikrophon



www.online-tumorkonferenz.de

Tel. 030-450664336

Dr. Schmidt (email: Jalid.Sehouli@charite.de)



*...die zielgerichteten Therapien werden
Operationen überflüssig machen“.*

Prognostic Impact of Programmed Cell Death-1 (PD-1) and PD-Ligand 1 (PD-L1) Expression on Cancer Cells and Tumor-Infiltrating Lymphocytes in Ovarian High Grade Serous Carcinoma.

Silvia Darb-Esfahani,^{1,2*} Catarina Alisa Kunze,^{1*}, Hagen
Kulbe,^{2,3} Jalid Sehouli,^{2,3} Stephan Wienert,^{1,4} Judith
Lindner,¹ Jan Budczies,¹ Manfred Dietel,¹ Carsten
Denkert,^{1,2} Ioana Braicu,^{2,3} Korinna Jöhrens¹

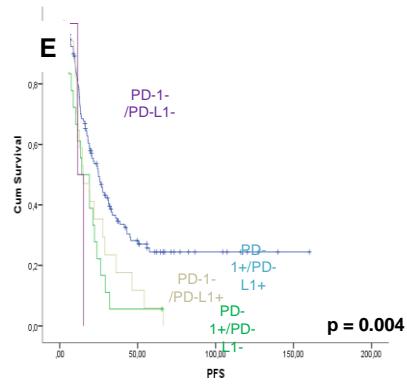
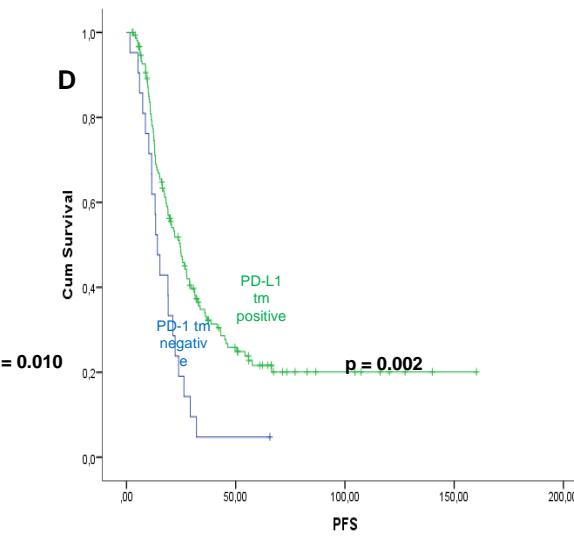
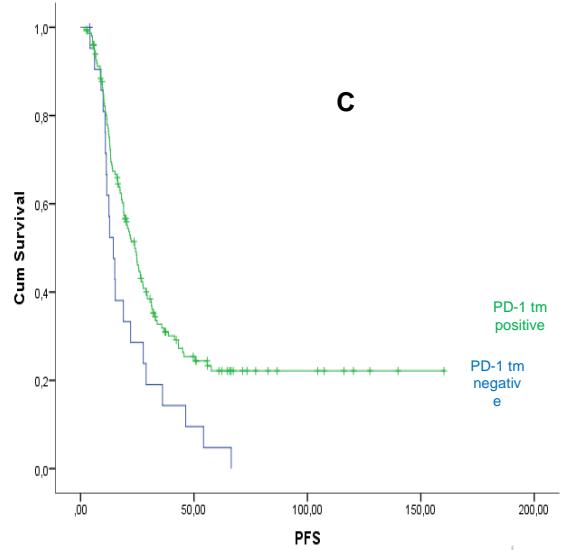
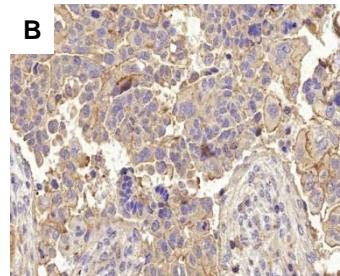
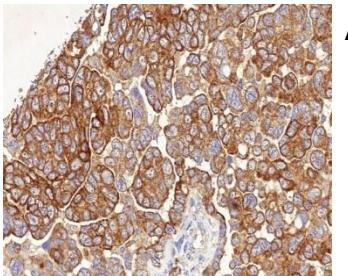
¹Institute of Pathology, Charité Universitätsmedizin Berlin,
Germany

²Tumorbank Ovarian Cancer Network, Department of
Gynecology, Charité Universitätsmedizin Berlin, Germany

³Department of Gynecology, Charité Universitätsmedizin
Berlin, Germany

⁴VM Scope GmbH, Berlin, Germany

ONKOTARGET (in press, 2015)



Klinische Studien zur Behandlung des Ovarial-, Tuben- und Peritonealkarzinoms

PRIMÄRTHERAPIE

NIS- OTILIA

Phase II, ≥ 70 Jahre
Carbo + Taxol + Avastin

PAOLA- 1

doppelblind, placebokontrolliert
Phase III, Erhaltungstherapie mit
Avastin ± Olaparib

platin sensitiv

NIS- OVAYOND 2. Linie
Beobachtungsstudie
Caelyx + Trabectedin (Yondelis)

LILLY- JIAE 2. Linie
LY2228820 (Inhibitor von p38 MAPK)
doppelblind, placebokontr. Ph Ib/II
Carboplatin + Gemcitabin ± LY

MORAb-003-011 2. Linie
Low CA125 Platinum-Sensitive
Ovarian Cancer
doppelblind, placebokontr. Ph II
Carboplatin + Taxol ± Farletuzumab
Carboplatin + PLD ± Farletuzumab

REZIDIVSITUATION

ANDERE STUDIEN

T- RACE

2. + 3. Linie

Phase II Studie, placebokontroll.
Thrombozytopenie
Chemo ± Romiplostim

MILO

2. – 4. Linie

Low grade OvCa
MEK162 vs. Caelyx / Taxol / Topo

WT1

alle Linien

WT1-Expression,
Impfstudie

EXPRESSION V

Umfrage zu Erwartungen und
Wünschen von Pat. mit und ohne
Migrationshintergrund

PazoDoble

2. + 3. Linie

Rez./ met. Leiomyo- /Carcinosarkomen
Ausschluß: Vorbehandlung mit Avastin- / Tyrosinekinase- Inhibitor
Pazopanib + Gemcitabin vs. Pazopanib

ALIENOR

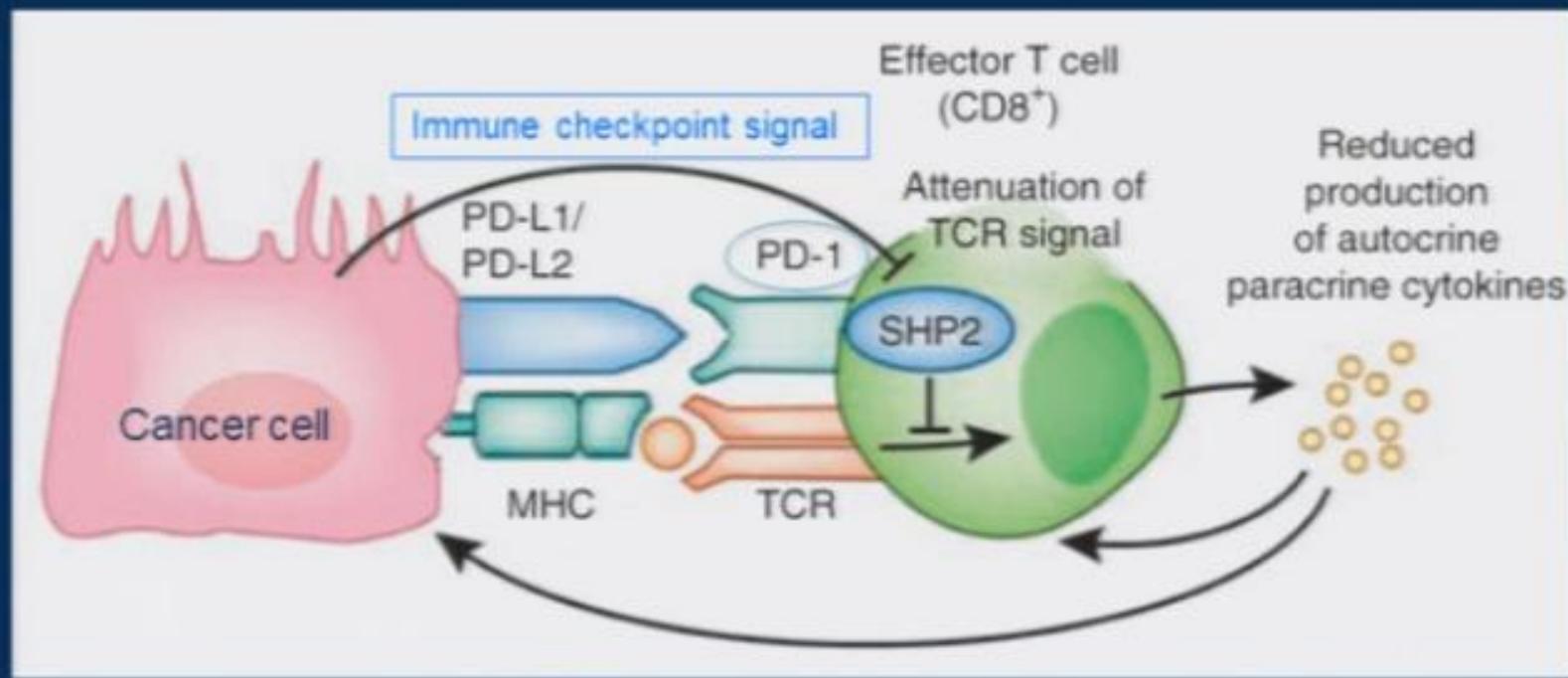
alle Linien

rezidiv. Keimstrangstroma-Tumoren
mind. 1. platinhaltige Therapie keine Avastin-Vorbehandlung erlaubt
Taxol weekly + Avastin vs. Taxol weekly



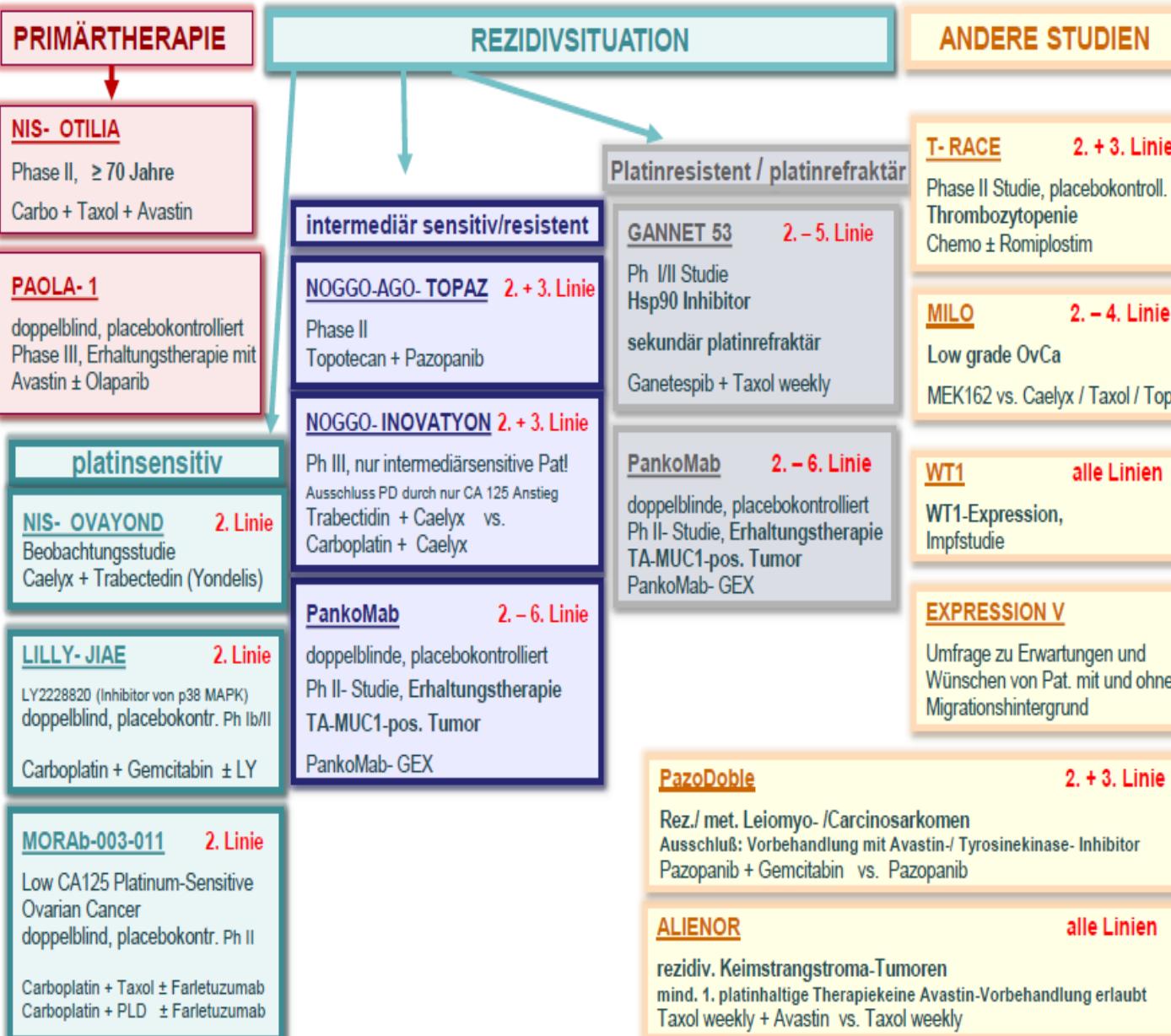
CharitéCentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik

PD-1/ PD-L1 pathway in suppressing anti-tumor immunity



(Okazaki, Honjo et al. Nat Rev Immunol 2013, modified)

Klinische Studien zur Behandlung des Ovarial-, Tuben- und Peritonealkarzinoms



C-PATROL
single arm,
prospective
Non-
Interventional
Study to
collect Clinical
and Patient
reported
outcome data
in an Olaparib
treated
BRCAm+ PSR
ovarian
cancer
population

Scientific
Committee:
F. Marmé, F.
Hilpert,
J. Sehouli



CharitéCentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik

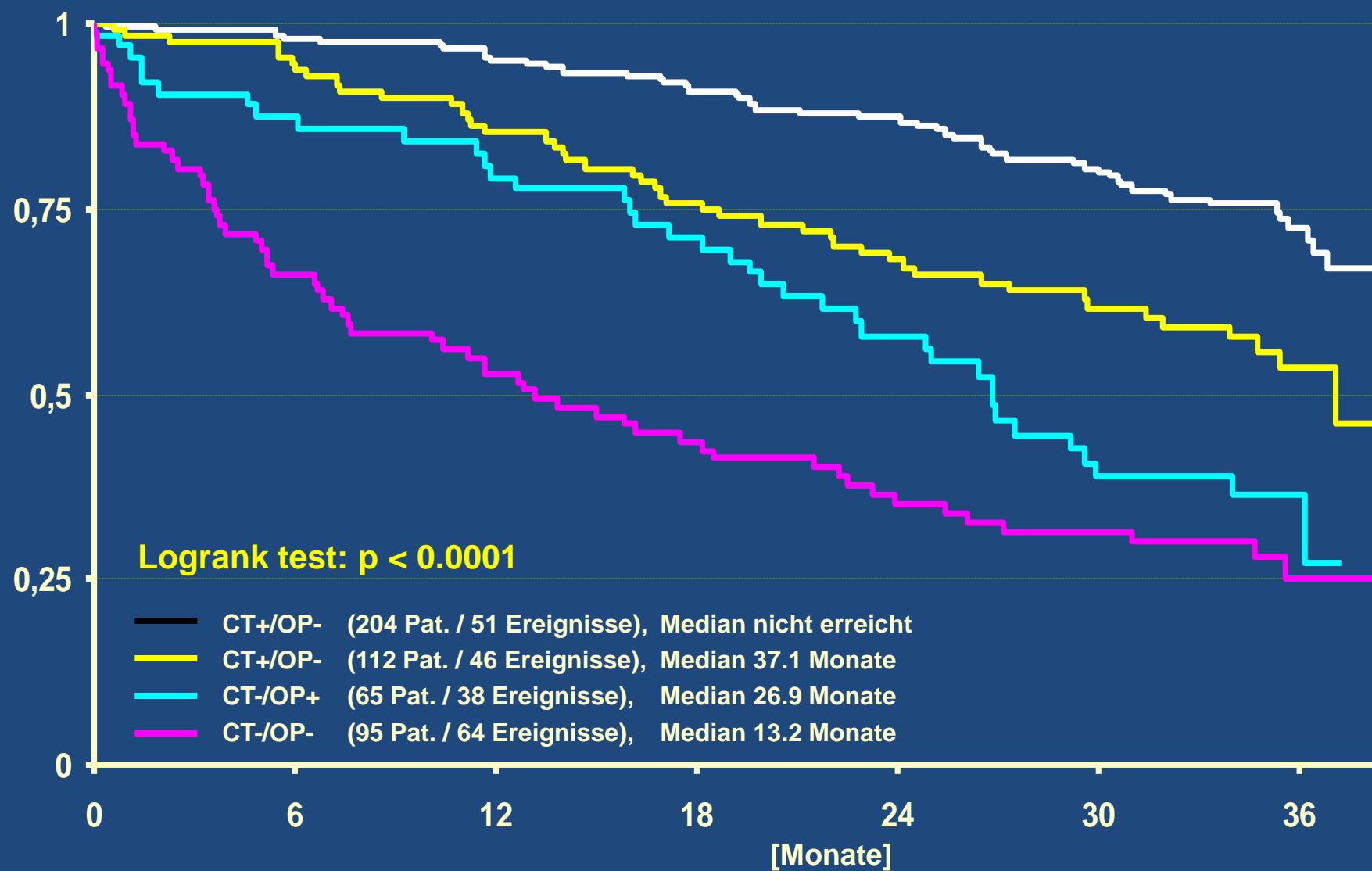
Kontakt: Tel: 450 564 052; gyn-studien@charite.de

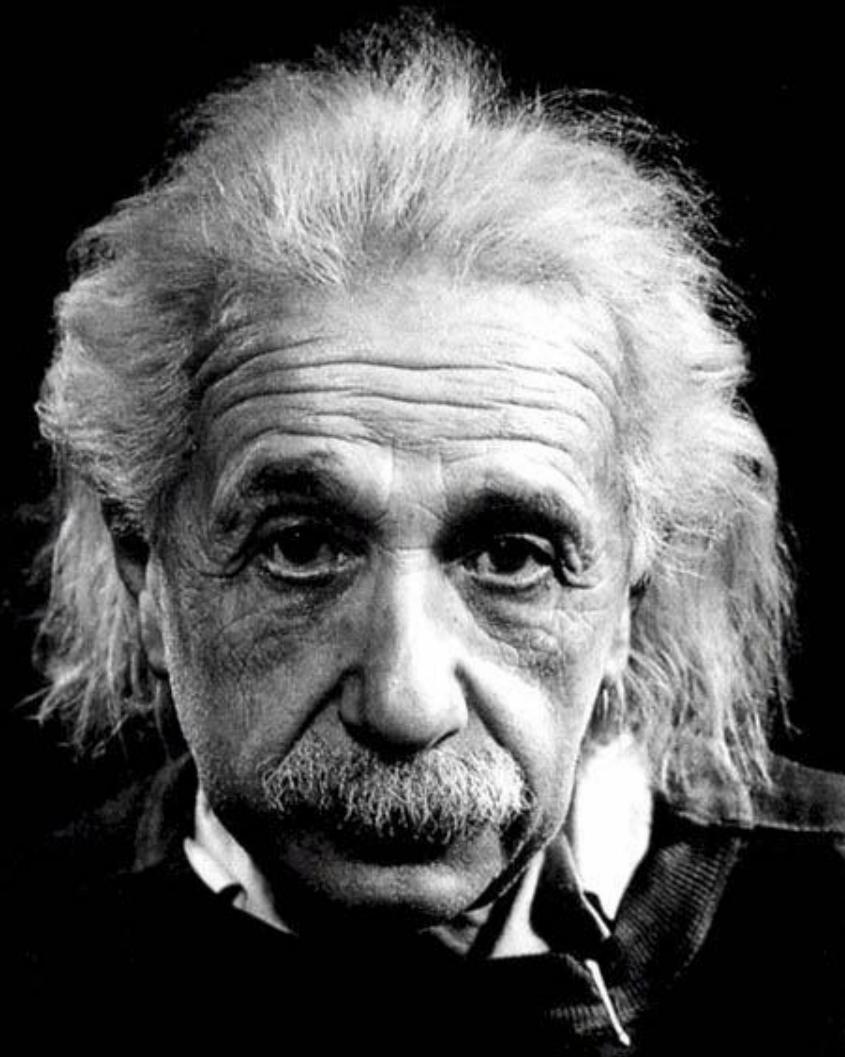
Stand: 23.11.2015



Qualität ist doch egal!

Chemotherapie-Standard, OP-Erfolg und Überlebenschance





„Höret nicht auf zu fragen!