

**Fortgeschrittenes Urothelkarzinom:  
Expertenempfehlungen zur  
Orientierung in einer sich  
weiterentwickelnden  
Therapielandschaft**

# Haftungsausschluss

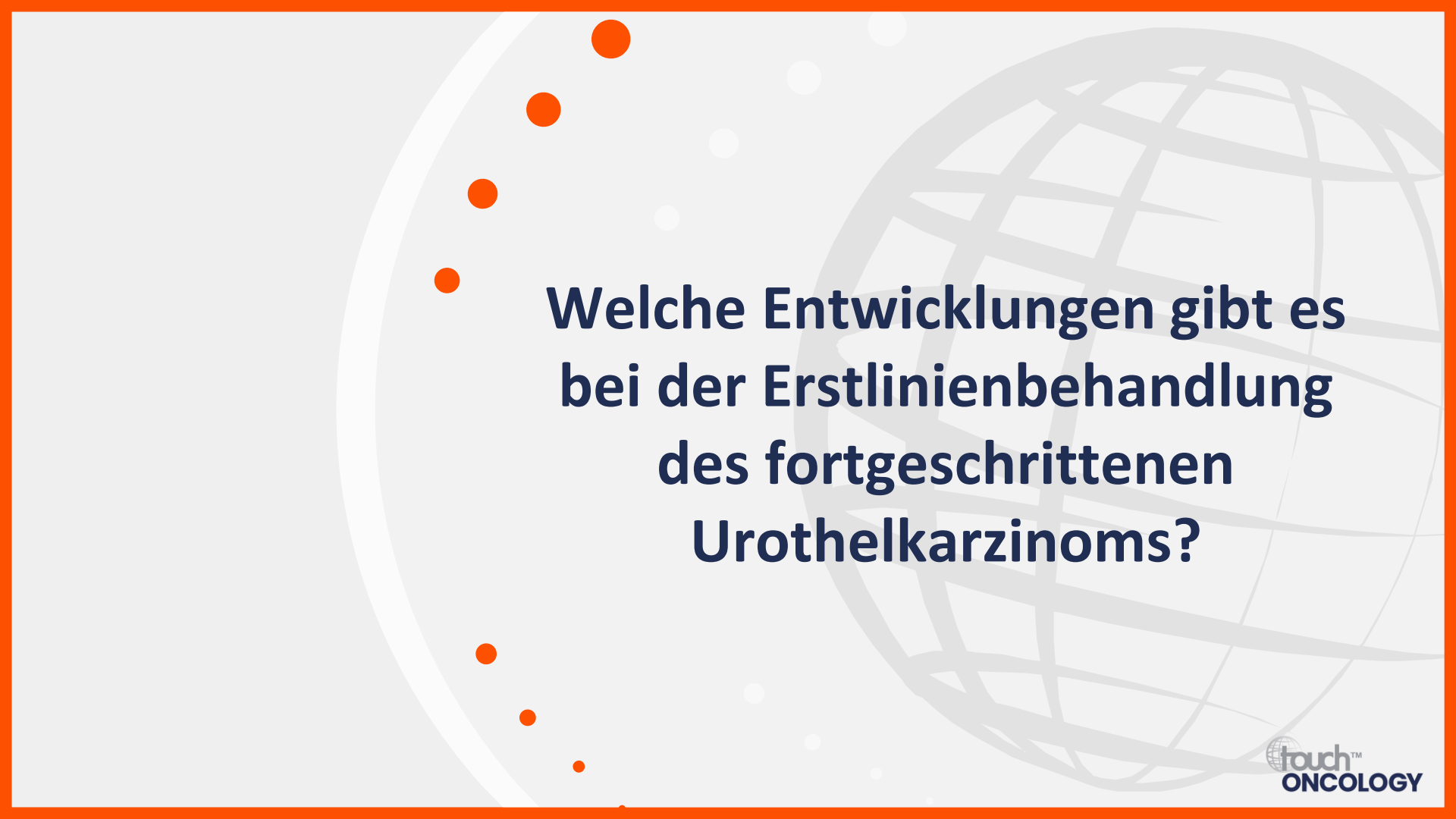
- *Je nach Zulassungsstatus in einer oder mehreren Rechtsordnungen werden in dieser Präsentation eventuell nicht zugelassene Produkte oder nicht zugelassene Anwendungen zugelassener Produkte erörtert.*
- *Die präsentierenden Experten wurden von USF Health und touchIME angewiesen, Verweise auf Off-Label-Anwendungen bzw. nicht zugelassene Anwendungen entsprechend zu kennzeichnen.*
- *Die Erwähnung von nicht zugelassenen Produkten oder nicht zugelassenen Anwendungen im Rahmen von Aktivitäten von USF Health und touchIME bedeutet weder eine Befürwortung noch eine stillschweigende Billigung durch USF Health oder touchIME.*
- *USF Health und touchIME übernehmen keine Verantwortung für Fehler oder Auslassungen.*

# Optimierung von Behandlungsentscheidungen: Anwendung neuer Erstlinientherapien bei fortgeschrittenem Harnblasenkrebs

**Prof. Thomas Powles**

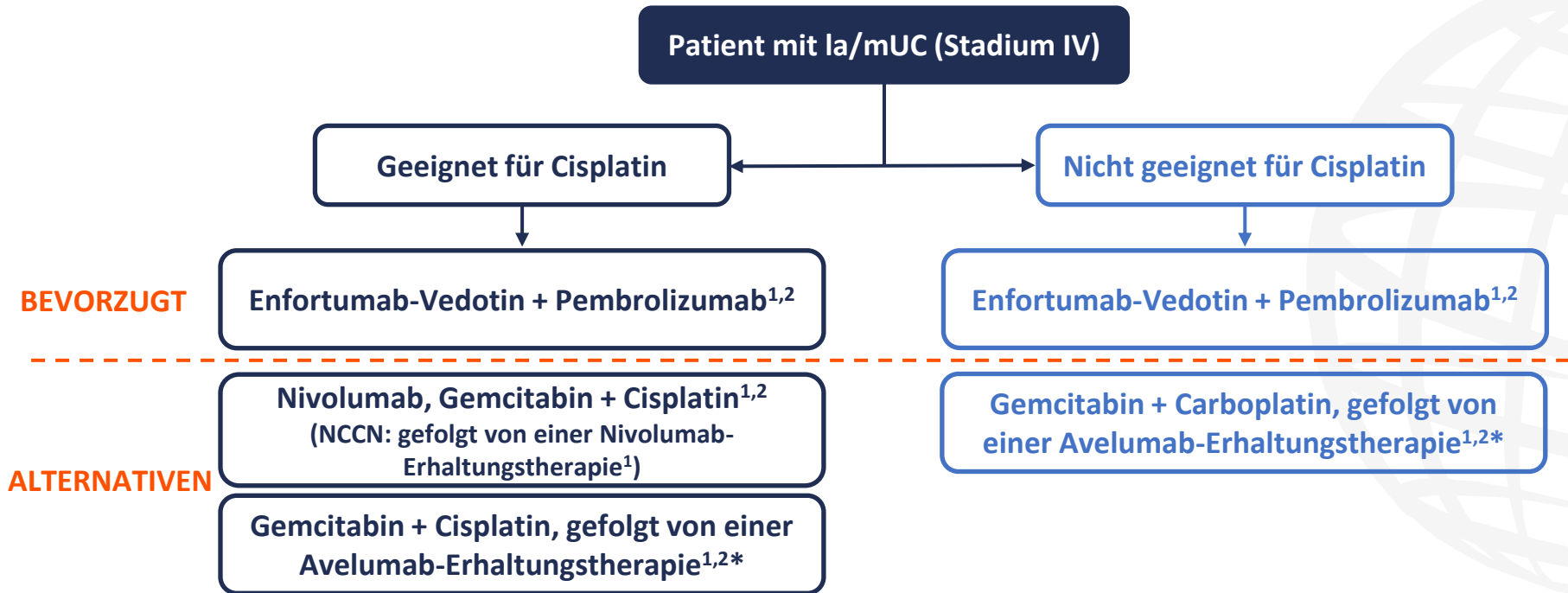
Direktor  
Barts Cancer Centre  
London, UK





**Welche Entwicklungen gibt es  
bei der Erstlinienbehandlung  
des fortgeschrittenen  
Urothelkarzinoms?**

# ESMO- und NCCN-Leitlinien: Empfehlungen zur Erstlinienbehandlung




\*Avelumab-Erhaltungstherapie nur, wenn es nach der platinhaltigen Erstlinien-Chemotherapie nicht zu einem Fortschreiten der Krankheit kommt.<sup>1,2</sup>

ESMO: European Society for Medical Oncology; la/mUC: lokal fortgeschrittenes/metastasiertes Urothelkarzinom; NCCN: National Comprehensive Cancer Network.

1. NCCN. Bladder Cancer V4.2024. Verfügbar auf: [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/bladder.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/bladder.pdf) (Stand: 23. Mai 2024); 2. Powles T, et al. *Ann Oncol.*

2024;S0923–7534(24)00075–9 (Online-Vorabveröffentlichung).



**Welche Daten haben zu den  
Aktualisierungen der empfohlenen  
Erstlinienbehandlungen geführt?**

# Studiendaten für aktualisierte Optionen zur Erstlinienbehandlung

## Checkmate-901<sup>1</sup>

Multinationale, offene, randomisierte Phase-III-Studie

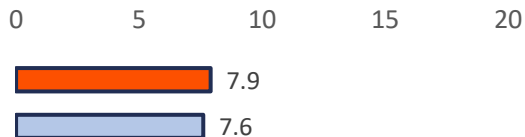


N = 608; unbehandeltes nicht resezierbares/mUC



**Nivolumab + Gemcitabin + Cisplatin** (n = 304)  
Gemcitabin + Cisplatin (n = 304)

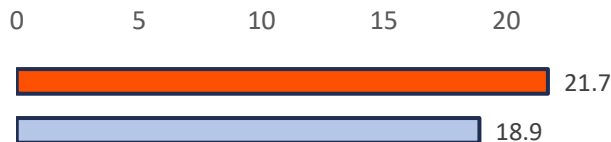
PFS, Monate



**HR 0,72**

95 %-KI 0,59–0,88  
p=0,001

OS, Monate



**HR 0,78**

95 %-KI 0,63–0,96  
p = 0,02

Nivolumab + Chemotherapie Chemotherapie

## EV-302<sup>2</sup>

Globale, offene, randomisierte Phase-III-Studie



N = 886; unbehandeltes la/mUC



**Enfortumab-Vedotin + Pembrolizumab** (n = 442)  
Gemcitabin + Cisplatin oder Carboplatin (n = 444)

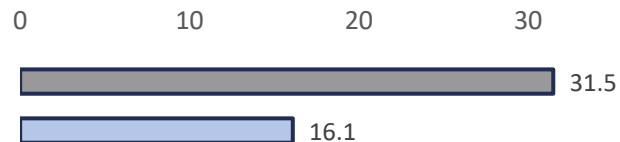
PFS, Monate



**HR 0,45**

95 %-KI 0,38–0,54  
p<0,001

OS, Monate



**HR 0,47**

95 %-KI 0,38–0,58  
p<0,001

EV + Pembrolizumab Chemotherapie

EV: Enfortumab-Vedotin; HR: Hazard Ratio; KI: Konfidenzintervall; la/mUC: lokal fortgeschrittenes/metastasiertes Urothelkarzinom; OS: Gesamtüberleben; PFS: progressionsfreies Überleben.

1. van der Heijden MS, et al. *N Engl J Med.* 2023;389:1778–89; 2. Powles TB, et al. *N Engl J Med.* 2024;390:875–88.

- **Welche Faktoren spielen bei der Entscheidung für die Anwendung von Enfortumab-Vedotin plus Pembrolizumab in der Erstlinienbehandlung eine Rolle?**



# Zu berücksichtigende Faktoren bei der Anwendung von Enfortumab-Vedotin plus Pembrolizumab

## Signifikante periphere Neuropathie oder unzureichend eingestellter Diabetes bei Baseline

- Enfortumab-Vedotin ist mit dem Auftreten einer peripheren Neuropathie assoziiert, und Patienten mit vorbestehender peripherer Neuropathie Grad  $\geq 2$  waren von der Teilnahme an klinischen Studien ausgeschlossen<sup>1</sup>
- Bei Patienten mit und ohne vorbestehenden Diabetes mellitus unter Behandlung mit Enfortumab-Vedotin sind Hyperglykämie und DKA aufgetreten, und Patienten mit einem HbA1c-Baselinewert  $\geq 8\%$  waren von der Teilnahme an klinischen Studien ausgeschlossen<sup>1</sup>

## Autoimmunerkrankung, die eine Immunsuppressionstherapie erfordert

- Bei Patienten, die aufgrund einer aktiven Autoimmunerkrankung eine Immunsuppressionstherapie erhalten, kann die Wirksamkeit von ICIs verringert sein, und die Behandlung von ibUEs ist schwieriger<sup>2</sup>
- Patienten mit einer früheren Autoimmunerkrankung unter systemischer Behandlung in den letzten 2 Jahren waren von der Teilnahme an der Studie EV-302 ausgeschlossen<sup>3</sup>

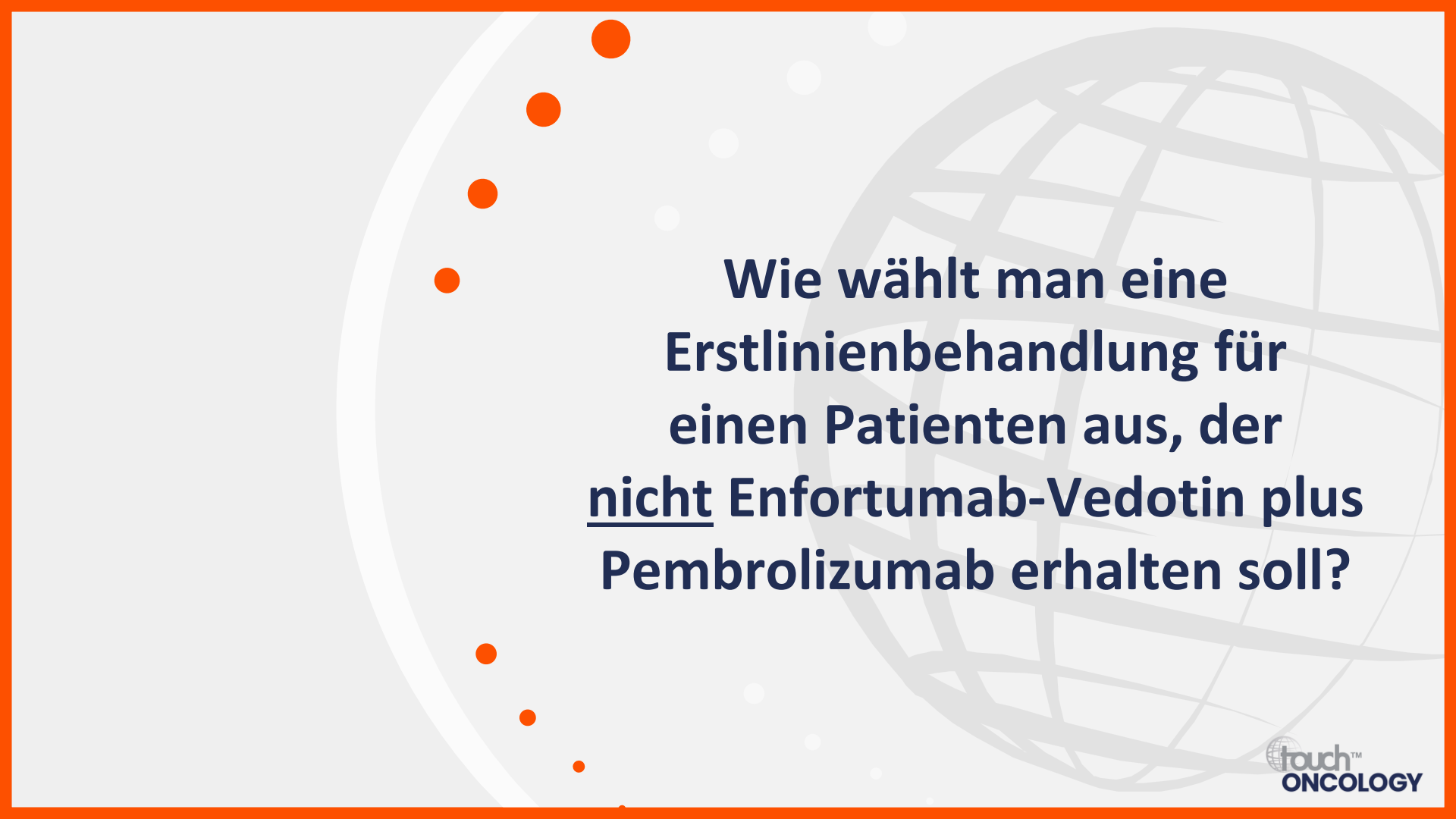
## Leistungsstatus $> 2$

- Patienten mit einem ECOG-Leistungsstatus  $> 2$  waren von der Teilnahme an der Studie EV-302 ausgeschlossen<sup>3</sup>

DKA: diabetische Ketoazidose; ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group; HbA1c: glykiertes Hämoglobin; ibUE: immunbedingtes unerwünschtes Ereignis; ICI: Immun-Checkpoint-Inhibitor.

1. EMA. Enfortumab-Vedotin, Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels. Verfügbar auf: [www.ema.europa.eu/en](http://www.ema.europa.eu/en) (Stand: 23. April 2024);

2. Rakshit S, Molina JR. *J Thorac Dis.* 2020;12:7032–8; 3. Powles TB, et al. *N Engl J Med.* 2024;390:875–88.



**Wie wählt man eine  
Erstlinienbehandlung für  
einen Patienten aus, der  
nicht Enfortumab-Vedotin plus  
Pembrolizumab erhalten soll?**



**Welche anderen Behandlungen  
werden als Erstlinienbehandlung  
untersucht?**

# Beispiele für laufende Studien zur neo(adjuvanten) Behandlung und zur Erstlinienbehandlung

## (Neo)adjuvante Ansätze

- Durvalumab + Enfortumab-Vedotin ± Tremelimumab (NCT04960709)
- Pembrolizumab (NCT03244384)
- Atezolizumab (ctDNA-positiv) (NCT04660344)
- Nivolumab ± Relatlimab je nach ctDNA-Status (NCT05987241)
- Tislelizumab ± APL-1202 (MetAP2-Inhibitor) (NCT04813107)
- Pembrolizumab + Gemcitabin (NCT02365766)

## Erhaltungstherapie

- Cabozantinib + Avelumab (NCT05092958)

## HER2-spezifisch

- Disitamab-Vedotin + Toripalimab (NCT05302284)
- Disitamab-Vedotin + Pembrolizumab (NCT05911295)

## ICI + Chemotherapie

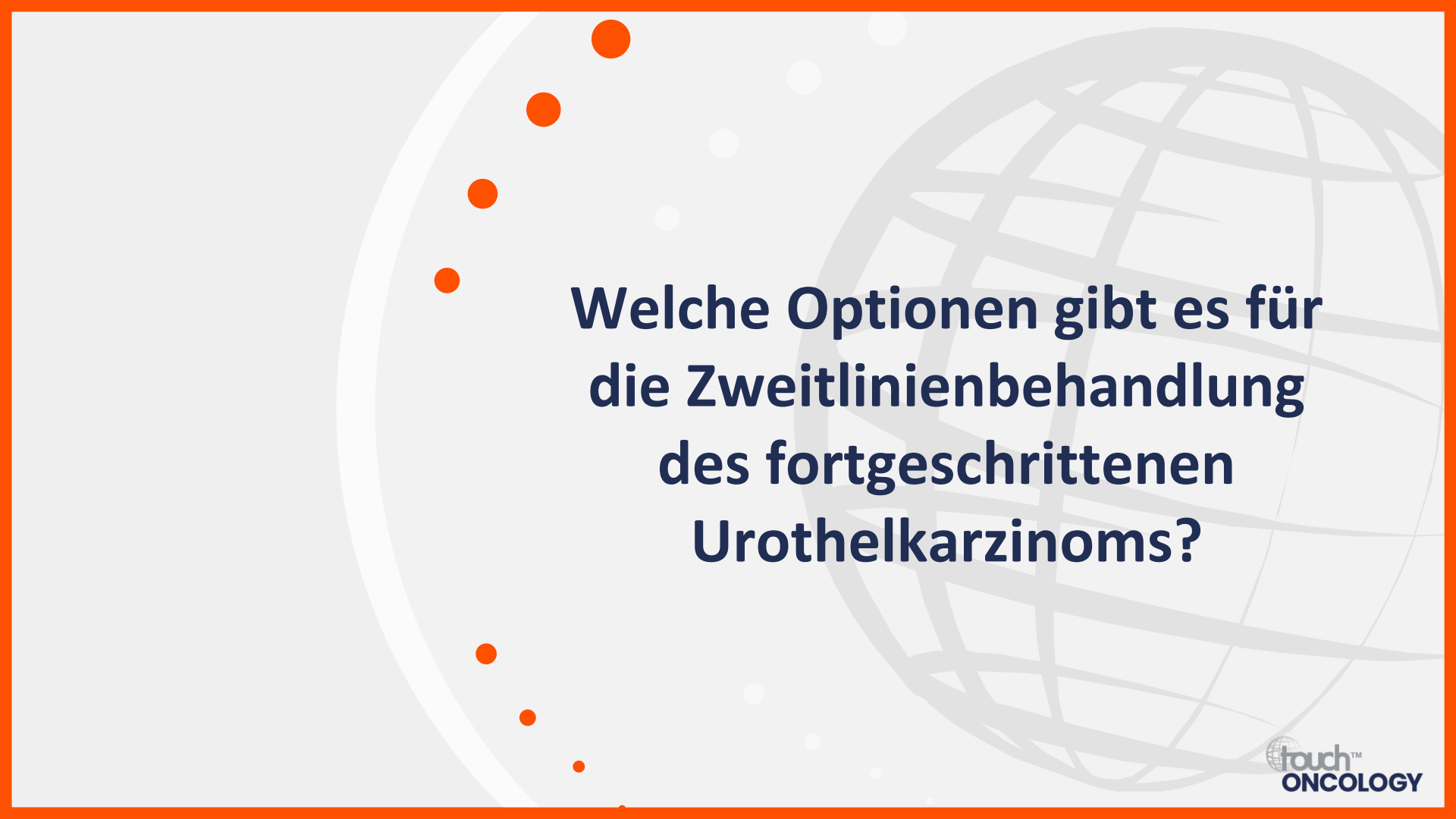
- Tislelizumab + Chemotherapie (NCT03967977)
- Durvalumab ± Tremelimumab + Chemotherapie (NCT03682068)
- Toripalimab + Chemotherapie (PD-L1 positiv) (NCT04568304)
- Tislelizumab + Chemotherapie ± Trilaciclib (CDK4/6i) (NCT06364904)

# Übergang zur Zweitlinienbehandlung: Anwendung von Behandlungen mit Präzisionssequenzierung bei fortgeschrittenem Harnblasenkrebs

**Prof. Thomas Powles**

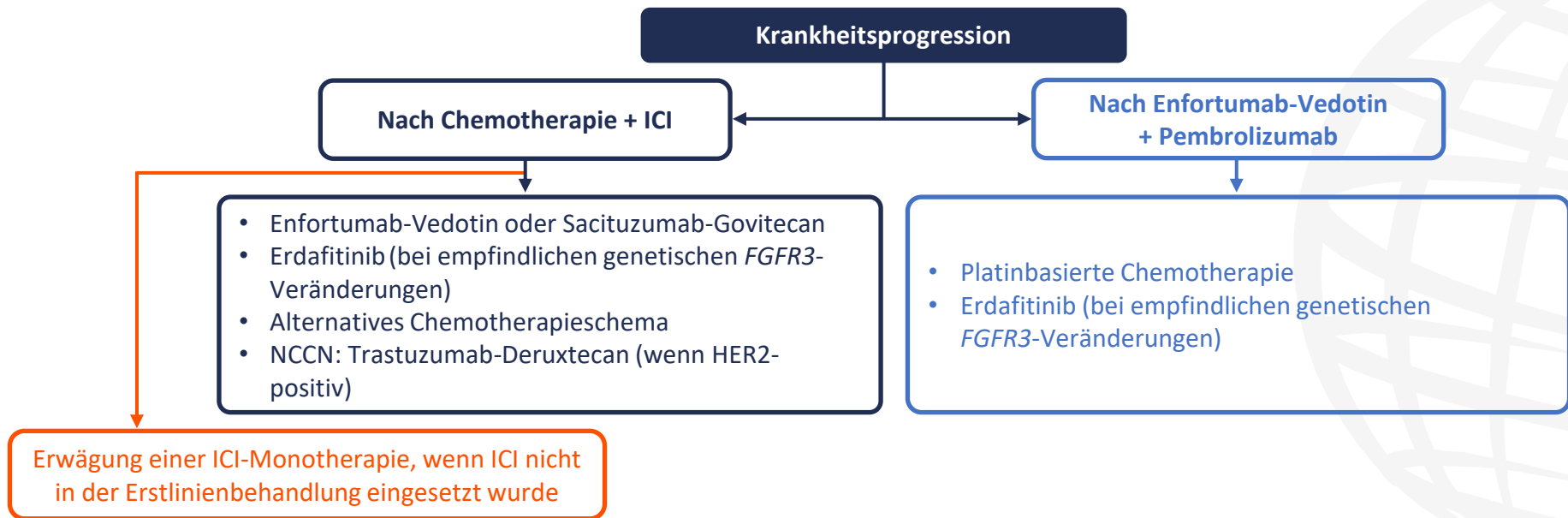
Direktor  
Barts Cancer Centre  
London, UK





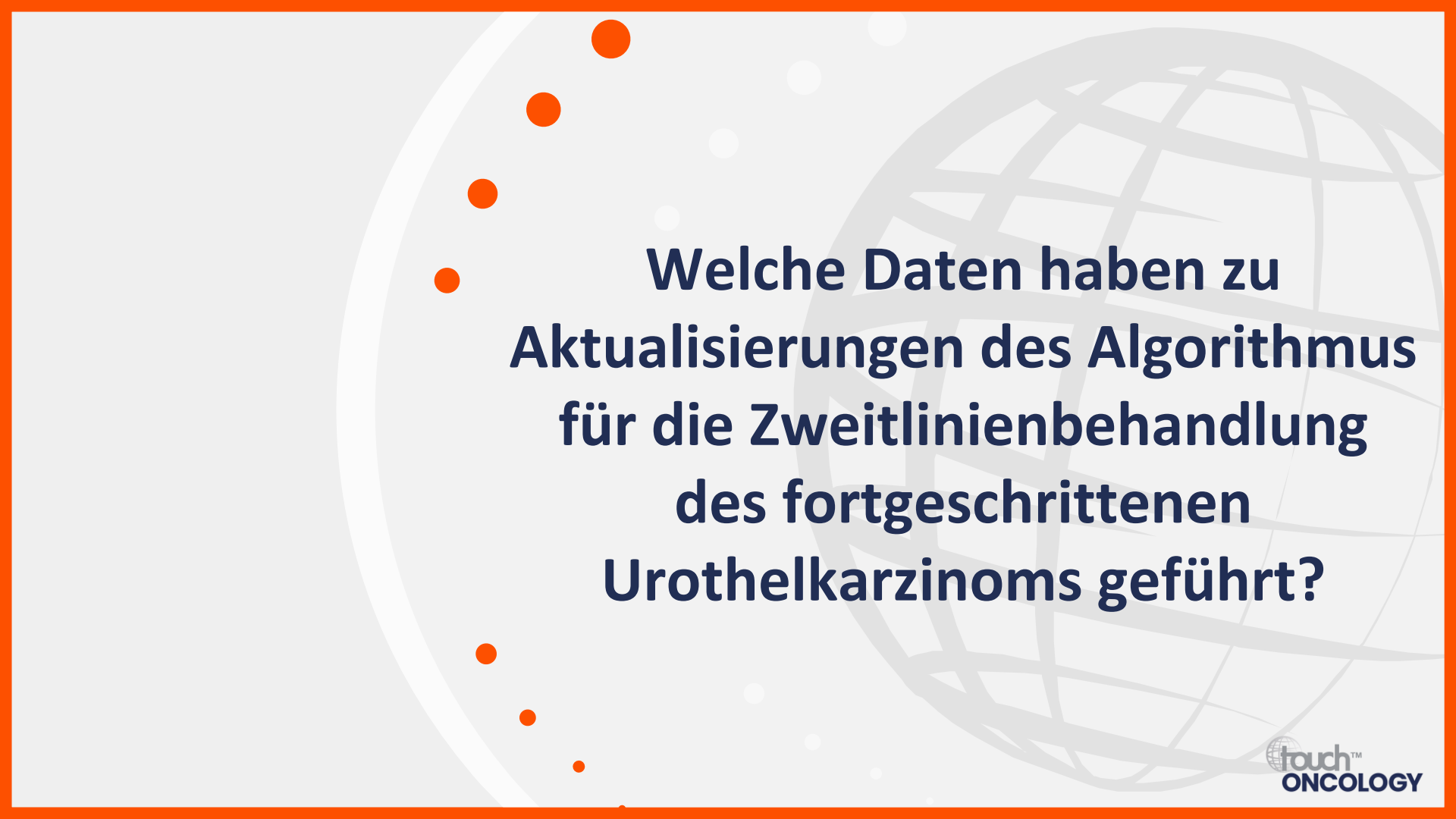
**Welche Optionen gibt es für  
die Zweitlinienbehandlung  
des fortgeschrittenen  
Urothelkarzinoms?**

# ESMO- und NCCN-Leitlinien: Wichtige Optionen zur Zweitlinienbehandlung von la/mUC



ESMO: European Society for Medical Oncology; FGFR3: Fibroblasten-Wachstumsfaktor-Rezeptor 3; HER2: humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor 2; ICI: Immun-Checkpoint-Inhibitor; la/mUC: lokal fortgeschrittenes/metastasiertes Urothelkarzinom; NCCN: National Comprehensive Cancer Network.

1. NCCN. Bladder Cancer V4.2024. Verfügbar auf: [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/bladder.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/bladder.pdf) (Stand: 23. Mai 2024); 2. Powles T, et al. *Ann Oncol.* 2024;S0923-7534(24)00075-9 (Online-Vorabveröffentlichung).

The background of the slide features a large, light gray globe with a grid of latitude and longitude lines. To the left of the globe, there is a vertical line of seven orange dots of varying sizes, arranged in a slightly curved pattern. The entire slide is framed by a solid orange border.

**Welche Daten haben zu  
Aktualisierungen des Algorithmus  
für die Zweitlinienbehandlung  
des fortgeschrittenen  
Urothelkarzinoms geführt?**



# Studiendaten für aktualisierte Optionen zur Zweitlinienbehandlung

## THOR-Kohorte 1<sup>1</sup>

Globale randomisierte Phase-III-Studie



N = 266; la/mUC mit Progression; *FGFR3/2*-Veränderungen



**Erdafitinib** (n = 136)

Chemotherapie (Docetaxel oder Vinflunin; n = 130)

OS, Monate

0 5 10 15

12.1

7.8

Erdafitinib

Chemotherapie

**HR 0,64**

95 %-KI 0,47–0,88  
p=0,005

## THOR-Kohorte 2<sup>2</sup>

Globale, offene, randomisierte Phase-III-Studie



N = 351; nicht resezierbares/mUC mit Progression;  
*FGFR3/2*-Veränderungen ; keine vorherige Behandlung mit ICI



**Erdafitinib** (n = 175)

Pembrolizumab (n = 176)

OS, Monate

0 5 10 15

10.9

11.1

Erdafitinib

Pembrolizumab

**HR 1,18**

95 %-KI 0,92–1,51  
p=0,18

## TROPHY-U-01<sup>3</sup>

Offene Phase-II-Studie



Kohorte 1; N = 113

la/mUC mit Progression

nach Chemotherapie + ICI



**Sacituzumab-Govitecan**

**ORR: 28 %**


**Medianes PFS: 5,4 Monate**

**Medianes OS: 10,9 Monate**

Mediane Nachbeobachtung: 10,5 Monate

*FGFR3/2*: Fibroblasten-Wachstumsfaktor-Rezeptor 3/2, HR: Hazard Ratio; ICI: Immun-Checkpoint-Inhibitor; KI: Konfidenzintervall; la/mUC: lokal fortgeschrittenes/metastasiertes Urothelkarzinom; ORR: objektive Ansprechrate; OS: Gesamtüberleben; PFS: progressionsfreies Überleben.

1. Loriot Y, et al. *N Engl J Med.* 2023;389:1961–71; 2. Siefker-Radtke AO, et al. *Ann Oncol.* 2024;35:107–17; 3. Loriot Y, et al. *Ann Oncol.* 2024;35:392–401.



**Welche Faktoren sind bei der  
Auswahl der am besten  
geeigneten Zweitlinienbehandlung  
zu berücksichtigen?**

- **Welche aktuellen Daten sprechen für die Anwendung von Immun-Checkpoint-Inhibitoren oder Antikörper-Wirkstoff-Konjugaten in der Zweitlinienbehandlung?**

# Jüngste Studiendaten und Erkenntnisse aus der Praxis zur Anwendung von ADCs und ICIs in der Zweitlinienbehandlung



## ADCs

- Daten aus der Praxis bestätigten das Sicherheitsprofil von **Sacituzumab-Govitecan** und die Machbarkeit der Verschreibung nach Enfortumab-Vedotin<sup>1</sup>
- 24-Monats-Daten mit **Enfortumab-Vedotin** aus der Studie EV-301 zeigten dauerhafte Ansprechraten und OS-Ergebnisse<sup>2</sup>
- Ergebnisse aus der Anwendungspraxis bei Patienten mit zuvor behandeltem fortgeschrittenem UC, die **Enfortumab-Vedotin** erhielten, stimmten mit den Ergebnissen in klinischen Studien überein<sup>3-5</sup>



## ICIs

- Daten aus mehreren Zentren ergaben, dass eine **ICI-Therapie** in der Praxis zu dauerhaften Ergebnissen führt und die Nebenwirkungen akzeptabel sind<sup>6,7</sup>
- Eine retrospektive Analyse ergab, dass **Atezolizumab** und **Pembrolizumab** wirksame Behandlungsoptionen sind<sup>8</sup>

ADC: Antikörper-Wirkstoff-Konjugat; ICI: Immun-Checkpoint-Inhibitor; OS: Gesamtüberleben; UC: Urothelkarzinom.

1. Parikh M, et al. *J Clin Oncol.* 2024;24:Abstr. 608; 2. Rosenberg JE, et al. *Ann Oncol.* 2023;34:1047-54; 3. Zschäbitz S, et al. *EU Open Science.* 2023;53:31-7;

4. Endo Y, et al. *Curr Oncol.* 2024;31:759-68; 5. Miyake M et al. *JPN J Clin Oncol.* 2024;54:329-38; 6. Su R, et al. *Cancer Med.* 2023;12:10587-96;

7. Tural D, et al. *Clin Genitourin Cancer.* 2023;21:334-41; 8. Váradi M, et al. *Sci Rep.* 2023;13:17378.



**Welche anderen Behandlungen  
sind als Zweitlinientherapien  
in der Pipeline?**

# Laufende klinische Studien zur Zweitlinienbehandlung

## Patienten, die zuvor eine (platinhaltige) Chemotherapie erhalten haben

Voraussichtliches  
Studienende

### Bispezifischer Antikörper

Phase II: SI-B003 (PD-1/CTLA-4) ± BL-B01D1 (EGFRxHER3) (NCT05965856)

12/2025

### Monoklonaler Antikörper

Phase II: Atezolizumab und CYT107 (IL-7) (NCT03513952)

10/2024

Phase II: Atezolizumab ± Eribulin-Mesylat (NCT03237780)

01/2025

## Patienten, die zuvor eine PD-(L)1-Therapie erhalten haben

Phase II: Pemetrexed + Etrumadenant (A2a- und A2b-Adenosinrezeptor-Antagonist)  
+ Zimberelimab (NCT05335941)

09/2025

## Patienten, die zuvor eine Chemotherapie und/oder eine PD-(L)1-Therapie erhalten haben

### Nectin-4-spezifische Behandlung

Phase III: 9MW2821 (NCT06196736)

12/2028

### HER2-spezifische Behandlung

Phase II: Trastuzumab und Pyrotinib (NCT05318339)

12/2024

Phase II: Disitamab-Vedotin ± Pembrolizumab (NCT04879329)

03/2026

Phase III: MRG002 (NCT05754853)

01/2027

ADC: Antikörper-Wirkstoff-Konjugat; CTLA-4: Cytotoxic T-Lymphocyte-Associated Protein 4; EGFR: epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor; HER: humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor; ICI: Immun-Checkpoint-Inhibitor; IL-7, Interleukin 7; PD-(L)1: Programmed Cell Death Protein-1/Programmed Cell Death-Ligand 1. ClinicalTrials.gov. Verfügbar auf: [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) (Stand: 28. April 2024).



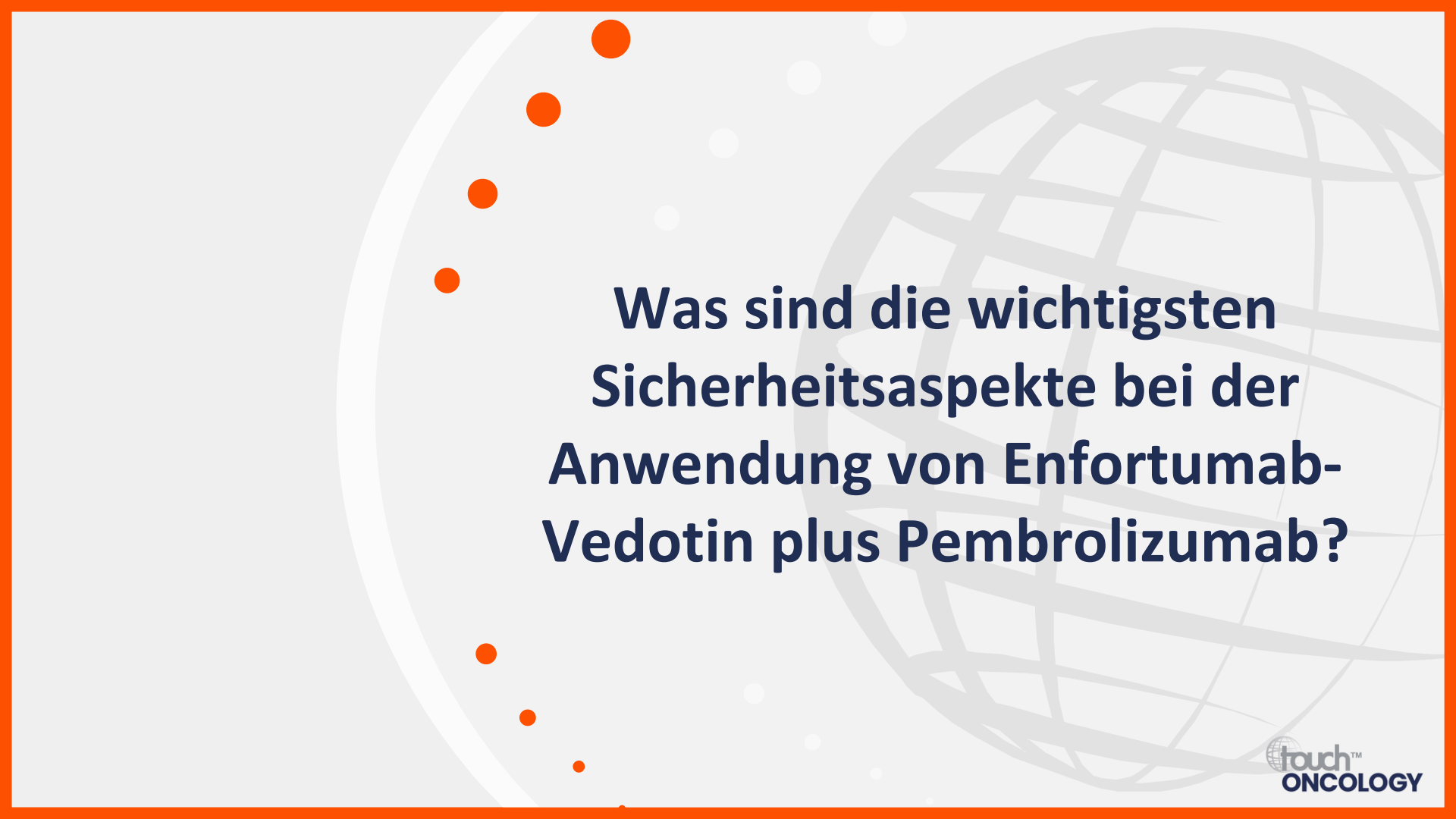
# Patientensicherheit: Management unerwünschter Ereignisse bei fortgeschrittenem Harnblasenkrebs



**Prof. Thomas Powles**

Direktor  
Barts Cancer Centre  
London, UK





**Was sind die wichtigsten  
Sicherheitsaspekte bei der  
Anwendung von Enfortumab-  
Vedotin plus Pembrolizumab?**

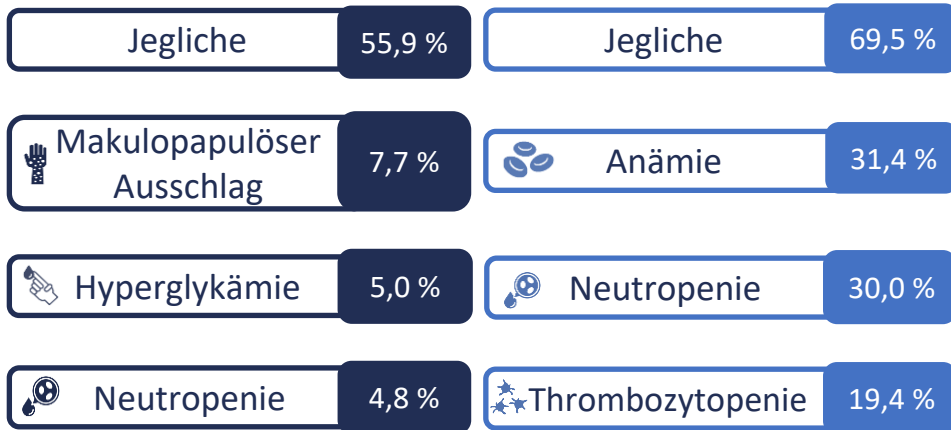


# Unerwünschte Ereignisse bei Enfortumab-Vedotin + Pembrolizumab

## Häufige TRAEs Grad $\geq 3$

EV + Pembrolizumab (n = 440)

Chemotherapie (n = 433)



## UEs von besonderem Interesse (Grad $\geq 3$ ), die mit EV in Verbindung gebracht wurden

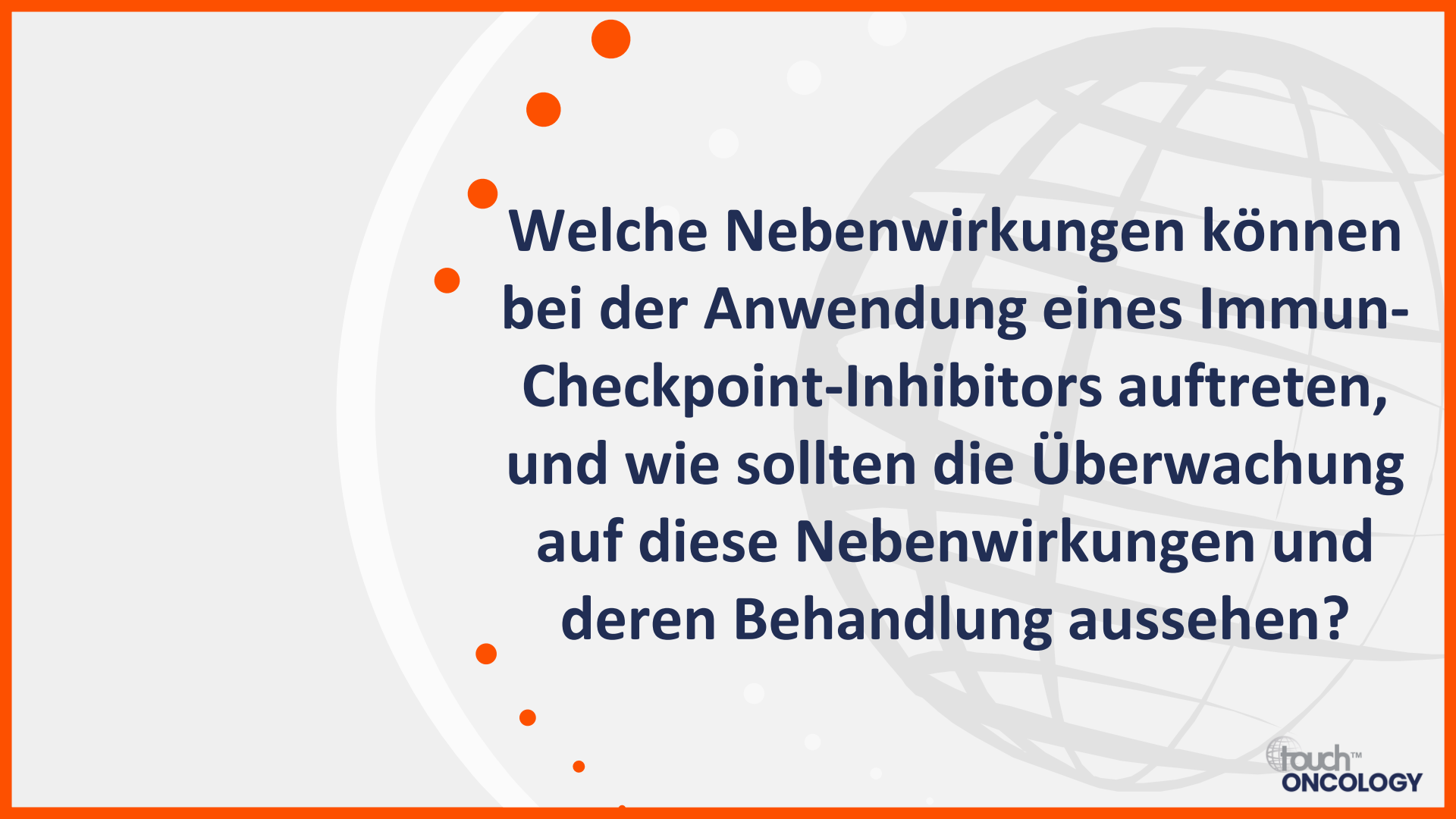
Hautreaktionen	15,5 %
Periphere Neuropathie	6,8 %
Hyperglykämie	6,1 %

## UEs von besonderem Interesse (Grad $\geq 3$ ), die mit Pembrolizumab in Verbindung gebracht wurden

Starke Hautreaktionen	11,8 %
Pneumonitis	3,6 %
Hepatitis	1,8 %



Die meisten UEs von besonderem Interesse waren durch Dosisanpassungen beherrschbar

The background of the slide features a large, light gray globe with a grid of latitude and longitude lines. To the left of the globe, there is a vertical line of seven orange dots of varying sizes, arranged in a slightly curved pattern. The entire slide is framed by a solid orange border.

**Welche Nebenwirkungen können bei der Anwendung eines Immun-Checkpoint-Inhibitors auftreten, und wie sollten die Überwachung auf diese Nebenwirkungen und deren Behandlung aussehen?**

# Unerwünschte Ereignisse bei Anwendung von Immun-Checkpoint-Inhibitoren<sup>1-4</sup>



## Kolitis



Überwachung auf Anzeichen und Symptome



## Hepatitis



Überwachung von ALT, AST und Bilirubin



## Nephritis



Überwachung des Serumkreatinins



## Pneumonitis



Überwachung auf Anzeichen und Symptome



## Hypo-/Hyperthyreose



Überwachung der Schilddrüsenfunktion sowie auf Anzeichen und Symptome



Die Behandlungsstrategien umfassen die Gabe von Kortikosteroiden, das Aussetzen der Behandlung und die Unterbrechung der Behandlung, je nach Schweregrad



- Die Behandlungsstrategien umfassen die Gabe von Kortikosteroiden, Aussetzen der Behandlung und Unterbrechung der Behandlung, je nach Schweregrad
- **Bei Hypothyreose:** Schilddrüsenhormon-Substitutionstherapie
- **Bei Hyperthyreose:** Thyreostatika

ALT: Alanin-Transaminase; AST: Aspartat-Transaminase.

1. EMA. Atezolizumab, Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels; 2. EMA. Pembrolizumab, Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels;

3. EMA. Avelumab, Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels. 4. EMA. Nivolumab, Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels.

Alle Zusammenfassungen der Merkmale des Arzneimittels verfügbar auf: [www.ema.europa.eu/en](http://www.ema.europa.eu/en) (Stand: 23. April 2024).

**Was sind die wichtigsten Nebenwirkungen, die bei der Anwendung von Antikörper-Wirkstoff-Konjugaten zu beachten sind, und wie können sie erkannt und behandelt werden?**

# Unerwünschte Ereignisse von besonderem Interesse bei Enfortumab-Vedotin



## Periphere



Muskuloskelettale und neurologische Untersuchungen



- Grad 2: Behandlung aussetzen, bis eine Besserung bis mindestens Grad 1 eingetreten ist
- Grad  $\geq 3$ : Behandlung dauerhaft beenden



## Hautreaktionen



Überwachung ab dem ersten Zyklus und während der gesamten Behandlung



- Leichte bis mittelstarke Hautreaktionen: topische Kortikosteroide oder Antihistaminika
- Verdacht auf SJS, TEN oder bullöse Läsionen: Behandlung sofort aussetzen und Patienten an spezialisierte Einrichtung überweisen
- Bestätigtes SJS oder TEN, Grad 4 oder rezidivierend Grad 3: Behandlung dauerhaft beenden
- Grad 2 Verschlechterung, Grad 2 mit Fieber oder Grad 3: Behandlung aussetzen bis zu einer Besserung bis mindestens Grad 1



## Okulär



Ophthalmologische Untersuchungen



- Künstliche Tränenflüssigkeit zur Prophylaxe gegen Augentrockenheit erwägen
- Wenn sich die Augensymptome verschlimmern oder nicht abklingen: ophthalmologische Abklärung



## Hyperglykämie



Überwachung des Blutzuckerspiegels vor Dosierung und regelmäßig während der Behandlung



- Bei erhöhtem Blutzucker ( $>13,9$  mmol/l/ $>250$  mg/dl): Behandlung aussetzen, bis sich die Werte auf mindestens  $13,9$  mmol/l ( $\leq 250$  mg/dl) gebessert haben

Siehe Produktinformation bzgl. Dosisanpassungen

# Unerwünschte Ereignisse von besonderem Interesse bei Sacituzumab-Govitecan



## Durchfall



Nach Patientenangaben



- Bei nicht-infektiöser Ursache Loperamid einleiten
- Grad 3 oder 4 zum Zeitpunkt der geplanten Behandlung: Behandlung aussetzen und wieder aufnehmen, wenn Besserung bis mindestens Grad 1 eingetreten ist
- Zusätzliche unterstützende Maßnahmen, z. B. Flüssigkeitszufuhr und Elektrolytsubstitution je nach klinischer Indikation



## Übelkeit und Erbrechen



Nach Patientenangaben



- Prämedikation mit einer Kombination aus zwei oder drei Medikamenten
- Übelkeit Grad 3 oder Erbrechen Grad 3 oder 4 zum Zeitpunkt der geplanten Behandlung: Behandlung aussetzen. Mit zusätzlichen unterstützenden Maßnahmen fortsetzen, wenn sich die Übelkeit bis mindestens Grad 1 gebessert hat.
- Zusätzliche Antiemetika und andere unterstützende Maßnahmen, wie klinisch angezeigt



## Überempfindlichkeit



Während der Infusion und danach für weitere 30 Minuten beobachten



- Behandlung vor der Infusion, einschließlich Antipyretika, H1- und H2-Blocker oder Kortikosteroide
- Bei Auftreten einer infusionsbedingten Reaktion: Infusion verlangsamen oder unterbrechen; bei einer lebensbedrohlichen Reaktion die Infusion dauerhaft beenden



## Neutropenie



Anzeichen einer Infektion;  
Überwachung des Blutbildes



- Behandlung nicht geben, wenn die absolute Neutrophilenzahl am Tag 1 eines Zyklus unter  $1.500/m^3$  liegt oder wenn die Neutrophilenzahl an Tag 8 eines Zyklus unter  $1.000/mm^3$  liegt, oder bei neutropenischem Fieber
- Gabe von G-CSF je nach klinischer Indikation

Siehe Produktinformation bzgl. Dosisanpassungen

- **Welche Nebenwirkungen können bei der Anwendung von FGFR-Inhibitoren auftreten, und wie können sie erkannt und behandelt werden?**

# Unerwünschte Ereignisse bei Anwendung von Erdafitinib

## Häufige UEs Grad $\geq 3^{1-3}$

Anämie

Asthenie

Hyperphosphatämie

Hyponatriämie

Onycholyse

Palmar-plantares  
Erythrodysästhesie-  
Syndrom

Stomatitis

## UEs von besonderem Interesse<sup>4</sup>



### Nagel- und Hautreaktionen



Nach Patientenangaben



- Grad 3: Behandlung aussetzen, bis eine Besserung bis mindestens Grad 1 oder bis zum Ausgangswert eintritt
- Grad 4: Behandlung dauerhaft beenden



### CSR/RPED



Ophthalmologische Untersuchungen



- Prophylaxe gegen Augentrockenheit nach Bedarf
- Bei Auftreten von CSR/RPED: Behandlung aussetzen; beenden, wenn die Symptome nicht innerhalb von 4 Wochen abklingen oder bei Verschlechterung bis Grad 4



### Hyperphosphatämie



Überwachung des  
Serum-Phosphatspiegels



- Einschränkung der Phosphataufnahme aus der Nahrung
- Bei einem Serum-Phosphatspiegel  $>7,0$  mg/dl die Gabe eines oralen Phosphatbinders erwägen
- Bei einem Serum-Phosphatspiegel  $\geq 9,0$  mg/dl die Behandlung aussetzen, bis der Wert auf  $<7,0$  mg/dl zurückgegangen ist

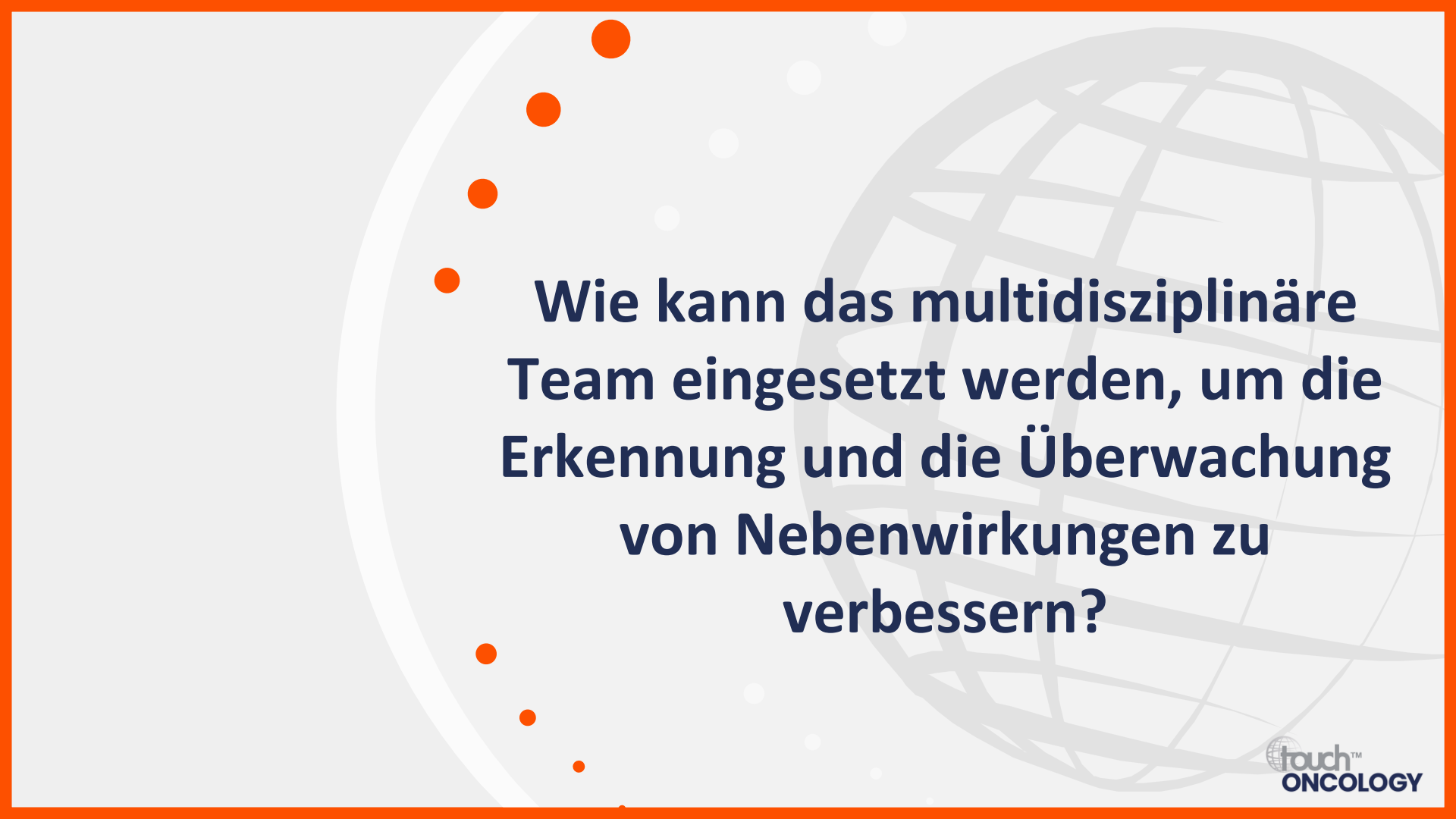
Siehe Produktinformation bzgl. Dosisanpassungen

CSR: zentrale seröse Retinopathie; RPED: Ablösung des Netzhautpigmentepithels; UE: unerwünschtes Ereignis.

1. Lorient Y, et al. *N Engl J Med.* 2019;381:338–48; 2. Lorient Y, et al. *N Engl J Med.* 2023;389:1961–71; 3. Siefker-Radtke AO, et al. *Ann Oncol.* 2024;35:107–17;

4. FDA. Erdafitinib, Produktinformation. Verfügbar auf: [www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2024/212018s007s008s009lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2024/212018s007s008s009lbl.pdf) (Stand: 23. April 2024).





**Wie kann das multidisziplinäre Team eingesetzt werden, um die Erkennung und die Überwachung von Nebenwirkungen zu verbessern?**