

**Laufende Studien der Klinik für Innere Medizin 5 - Schwerpunkt Onkologie/Hämatologie - Klinikum Nürnberg Nord**

Tumorentität	Studiename	Phase	Indikation	Therapiearme
<b>Onkologische Studien</b>				
<b>Gastrointestinal-Trakt</b>				
Kolorektales Karzinom	COLOPREDICT		nur Kolon-Ca, UICC Stadium II + III	Erfassung von MSI+KRAS für Prognose
	Circulate	II	Kolonkarzinom Stadium II nach ctDNA-Bestimmung	Capecitabin
	Ramtas	III	metastasiert, 3. Linie	RAMucirumab in Kombination mit TAS102 vs. TAS102-Monotherapie
	FIRE-9-PORT <b>neu!</b>	III	metastasiert	mFOLFOXIRI/FOLFOX vs. Nachsorge nach definitiver Behandlung von Darmkrebsmetastasen
Magenkarzinom	RACE	III	lokal fortgeschrittenes, potenziell resektables Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs (GEJ)	Neoadjuvant Radiochemotherapy versus Chemotherapy
	RAMIRIS	II/III	fortgeschrittenes oder metastasiertes Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs	Ramucirumab plus Irinotecan/Leucovorin/5-FU versus Ramucirumab plus Paclitaxel
Pankreaskarzinom	SEPION	IB/II	1. Linie, irresektabel, metastasiert	nabPaclitaxel/Gemcitabin +/- Immunmodulator (Romidepsin, Azazytidin, Thalidomid)
Hepatozelluläres Karzinom	DEMAND	II	unresektabel	Arm A: Up-front Atezo/Bev followed by sdTACE Arm B: Initial synchronous treatment with Atezo/Bev+TACE
Gallengangskarzinom	INCYTE/FIGHT	II	aktivierende FGFR-Mutation oder -Translokation ohne Standardbehandlungsoptionen, 1. Linie	Pemigatinib
	GAIN	III	nach einfacher Cholezystektomie oder vor radikaler Resektion eines BTC (ICC oder ECC)	Arm A: gemcitabine plus cisplatin Arm B: standard postoperative management
Keimzelltumor	Tiger	III	bei rezidiviertem oder refraktärem Keimzelltumor	konventionell dosierte Chemo unter Einsatz v. Paclitaxel, Ifosfamid + Cisplatin (TIP) mit HDChemo unter Einsatz v. mobilisierendem Paclitaxel + Ifosfamid und in der Folge mit HD Carboplatin und Etoposid (TI-CE) als erste Salvagebehandlung
<b>Uro-Onkologische Studien</b>				
Prostatakarzinom	MK-3475-991	III	mHSPC	Pembrolizumab (MK-3475) + Enzalutamid + ADT vs. Placebo + Enzalutamid + ADT
	BMS CA 209-650	II	2. Linientherapie mCRPC nach Docetaxel	Nivolumab + Ipilimumab vs. Ipilimumab - Monotherapie vs. Cabazitaxel
	MK-3475-365	Ib/II	metastasiert, kastrationsresistent ab 3. Linie	Kohorte E + G bei CRPC nach Docetaxel + Abiraterone oder Enzalutamid Kohorte F/H/I bei Pembrolizumab + Chemo oder Levatinib Neuroendokrine Tumore der Prostata - alle Formen
	MK-3475- 641	III	1. Linientherapie mCRPC vor Docetaxel	Pembrolizumab + Enzalutamid versus Placebo + Enzalutamid (Abirateron und Docetaxel für HSPC erlaubt)
	MK-7339-010	III	mCRPC nach Docetaxel	Pembrolizumab und Olaparib vs. Abirateron oder Enzalutamide nach Docetaxel und antrogenrezeptorgerichteter Therapie der 2. Generation
	Capitello-281 <b>neu!</b>	III	mHSPC bei PTEN-Mangel	Capivasertib + Abirateron vs. Placebo + Abirateron bei PTEN-Mangel (CAPitello-281)
Urothelkarzinom	BMS CA209-901	III	1. Linientherapie unbehandelt, irresektabel oder metastasiert	Nivolumab+ Ipilimumab und danach Nivolumab mono vs. Standard Chemotherapie
Urothelkarzinom Harnblase	BMS CA017-078	III	neoadjuvant muskelinvasives BlasenCa	neoadjuvante Chemotherapie vs. neoadj. CTx + Nivolumab vs. Nivolumab + IDOR 1 - Inhibitor
	BMS CA045 009	III	neoadjuvant und adjuvant muskelinvasives BlasenCa	Nivolumab plus NKTR-214 vs. Nivolumab allein vs. Standardversorgung ohne Eignung für eine Cisplatin-Therapie
Nierenzellkarzinom	CABOCARE	NIS	1. Linientherapie, fortgeschritten oder metastasiert	Cabozantinib Monotherapie
	MK-6482-011	III	ab 2. Linie, metastasiert	HIF-2 $\alpha$ -Inhibitor + Lenvatinib vs. Cabozantinib nach Progress bei vorheriger IO-IO oder IO/TKI Therapie
	Prepare	IV	metastasiert	Sunitinib +/- intensiv. Monitoring durch Studienkoordinator

Sarkome				
Weichteilsarkome	SoTiSar-Register		Rhabdomyosarkom Osteosarkome	
	COSS-Register		Osteosarkom	
	GISAR		Deutsches Interdisziplinäres Sarkom-Register	
	EWING		Register	
GIST	Ripretinib Härtefallprogramm			
Hämatologie				
Lymphome				
Hodgkin-Lymphome	HD 21	III	Stadium IIB mit Risikofaktor Stadium III und IV Patienten 61 - 75 Jahre, 1. Linie	nicht randomisiert, 4-6 Zyklen BrECADD
NON Hodgkin-Lymphome	neu ! Front MOR208C310	III	bei zuvor unbehandelten P. mit hohem bis mittlerem/hohem Risiko mit neu diagnostiziertem DLBCL	Tafasitamab plus Lenalidomid zusätzlich zu R- CHOP vs. R-CHOP