



**HAUPTPROGRAMM**

**OeGHO**

Österreichische Gesellschaft  
für Hämatologie & Onkologie

**AHOP**

Arbeitsgemeinschaft hämato-onkologischer  
Pflegepersonen in Österreich

18. - 20. 4. 2013 · Linz

# Frühjahrstagung

Österreichische Gesellschaft  
für Hämatologie & Onkologie

Arbeitsgemeinschaft hämato- onkologischer Pflegepersonen

# Gehen Sie den neuen Weg beim fortgeschrittenen Mammakarzinom

## **AFINITOR® – medianes PFS von 11 Monaten<sup>1</sup>**

**Neu  
zugelassen**  
bei Mammakarzinom

**AFINITOR®** (Everolimus) wird in Kombination mit Exemestan zur Therapie des Hormonrezeptor-positiven, HER2/neu-negativen, fortgeschrittenen Mammakarzinoms bei postmenopausalen Frauen ohne symptomatische viszerale Metastasierung angewendet, nachdem es zu einem Rezidiv oder einer Progression nach einem nicht steroidal Aromataseinhibitor gekommen ist.<sup>2</sup>

1. Piccart M, et al. ASCO 2012; abstract 559.
  2. AFINITOR® Fachinformation, Stand Juli 2012.
- PFS = progressionsfreies Überleben

 **NOVARTIS**  
ONCOLOGY

  
**AFINITOR®**  
(Everolimus) Tabletten

---

Vorwort .....	3
Allgemeine Hinweise .....	4
Übersicht .....	7
Raumpläne .....	10
Wissenschaftliches Programm OeGHO Donnerstag .....	13
Wissenschaftliches Programm OeGHO Freitag .....	19
Young Investigators Meeting .....	23
Poster .....	25
Klinische Studien .....	33
Wissenschaftliches Programm OeGHO Samstag .....	43
Wissenschaftliches Programm AHOP .....	49
Satellitensymposien Donnerstag .....	52
Satellitensymposien Freitag .....	57
Patiententag .....	61
Sponsoren, Aussteller und Inserenten .....	62
Anreise .....	63



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,  
als Tagungspräsident der Frühjahrstagung 2013 der OeGHO darf ich Sie sehr herzlich in Linz begrüßen.

Zunächst möchte ich mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bedanken, die mit enormem persönlichen Einsatz die Organisation der Tagung ermöglicht haben.

Das wissenschaftliche Programm unterstreicht die bedeutenden Aktivitäten österreichischer Forschungseinrichtungen und bietet den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen Überblick über die rezenten Fortschritte in der Behandlung der Erkrankungen in Hämatologie und Onkologie. Insgesamt finden 48 Sitzungen aus sämtlichen Kernbereichen mit 164 Vorträgen statt. Dem wichtigen Thema „Future Demands“ wurde zusätzlich ein eigenes Symposium gewidmet.

Ein besonderes Anliegen des Vorstandes der OeGHO ist die verstärkte Einbindung unserer jungen Kolleginnen und Kollegen. Dies kommt unter anderem durch einen eigenen Workshop der „Jungen Hämatologen und internistischen Onkologen“ zum Ausdruck. Weiters wurden aus der hohen Zahl an Beiträgen die besten Abstracts für das Young Investigators Meeting sowie für die Posterpreise ausgewählt. Besonders freut uns das rege Interesse der StudentInnen für ein eigens erstelltes Programm.

Die Tagung findet traditionell in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft hämatologische und onkologische Pflegepersonen (AHOP) statt. Heuer wurde das spannende Thema „Teamwork zwischen Pflege & Ärzteschaft“ für die gemeinsame Sitzung ausgewählt.

In Zusammenarbeit mit mehreren Selbsthilfegruppen findet am Samstag ein Patiententag statt.

Ich bedanke mich für Ihre Teilnahme und wünsche Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in Linz.



Univ.-Prof. Dr. Peter Bettelheim  
Tagungspräsident

### **Präsident:**

Univ.-Prof. Dr. Peter Bettelheim  
Krankenhaus der Elisabethinen  
1. Interne Abteilung  
Fadingerstraße 1, A-4020 Linz

### **Tagungssekretär:**

Priv.-Doz. Dr. Karl J. Aichberger  
Krankenhaus der Elisabethinen  
1. Interne Abteilung  
Fadingerstraße 1, A-4020 Linz

### **Tagungssekretariat:**

Gabriele Winkler  
1. Interne Abteilung – Hämatologie mit Stammzelltransplantation,  
Hämostaseologie und medizinischer Onkologie  
Krankenhaus der Elisabethinen  
Tel.: +43(0)732 76 76-4400  
Fax: +43(0)732 76 76-4436  
E-Mail: gabriele.winkler@elisabethinen.or.at

### **AHOP Pflegetagung:**

Oberpfleger Bernhard Glawogger MSc.  
Tel.: +43(0)316 385 14910  
E-Mail: bernhard.glawogger@klinikum-graz.at

### **Tagungsort:**

Design Center Linz  
Europaplatz 1, A-4020 Linz

### **Tagungsbüro/Hotelreservierung:**

Mondial Congress & Events  
Operngasse 20b, A-1040 Wien  
Tel.: +43(0)1 588 04-0, Fax: +43(0)1 588 04-185  
E-Mail: oegho2013@mondial-congress.com

### **Fachausstellung:**

Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft  
Freyung 6, A-1010 Wien  
Tel.: +43(0)1 536 63-42 oder 32, Fax: +43(0)1 535 60 16  
E-Mail: maw@media.co.at

### Anmeldung:

Donnerstag, 18. April 2013

08:30 – 18:30 Uhr

Freitag, 19. April 2013

07:15 – 18:00 Uhr

Samstag, 20. April 2013

07:15 – 12:00 Uhr

Für Neuanmeldungen am Tagungsort wenden Sie sich bitte an die Registratur.

### Teilnahmegebühren:

Mitglieder OeGHO & AHOP

kostenfrei

Nichtmitglieder Akademiker

EUR 45,00

Nichtmitglieder Pflegepersonen

EUR 15,00

MTA, MTF

EUR 15,00

Tageskarte

EUR 25,00

Ärzte in Ausbildung\*, Studenten\*

kostenfrei

\*Nachweis erforderlich

### Approbation:

Dieser Kongress ist als Veranstaltung für das Diplom-Fortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer mit 16 fachspezifischen Punkten approbiert.

### Vorträge/Präsentationsmöglichkeiten:

Bitte beachten Sie, dass Präsentationen ausschließlich mit PowerPoint (ppt) durchgeführt werden können. Die ppt-Slides Ihres Vortrages sollten spätestens 1,5 Stunden vor Beginn der wissenschaftlichen Sitzung in der Medienannahme des Kongresses abgegeben werden (CD oder USB Stick). Sollten Sie Ihren Vortrag gleich in der Früh haben, ersuchen wir Sie, Ihre Präsentation bereits am Vorabend abzugeben.

### Posterpräsentation:

Postermaß: Höhe 130 cm, Breite 90 cm

Die Poster müssen am Freitag, 19. April 2013 bis 08:00 Uhr aufgehängt und am Samstag, 20. April 2013 spätestens um 11:00 Uhr abgenommen werden.

Die Erstautoren werden ersucht, am Freitag, 19. April 2013, in der Zeit von 13:30 – 14:30 Uhr bei ihrem Poster für Fragen und Diskussionen zur Verfügung zu stehen.

### WLAN:

Das folgende WLAN-Netzwerk steht allen Teilnehmern kostenlos zur Verfügung:

Netz: oegho

Passwort: tagung13

### Gesellschaftsabend in der voestalpine Stahlwelt:

Freitag, 19. April 2013, 19:00 Uhr

Festvortrag: „Teilchen, Kosmos und das Wesen der Naturgesetze“

Dipl.-Ing. Dr. Werner Riegler, CERN, Genf, Schweiz

Preisverleihung (AHOP), Posterpreis und Preisverleihung für das Young Investigators Meeting, zur Verfügung gestellt von Jannsen Cilag Pharma GmbH

Anmeldung erforderlich unter [www.oegho.at](http://www.oegho.at) oder vor Ort bei der Registratur

Begrenzte Teilnehmerzahl – Vergabe nach dem „first come-first served“-Prinzip

Bus-Shuttles vom Design Center Linz zur voestalpine Stahlwelt um 18:30, retour ab ca. 22:30 Uhr

Unkostenbeitrag: EUR 20,00

# Kompetenz in der Onkologie



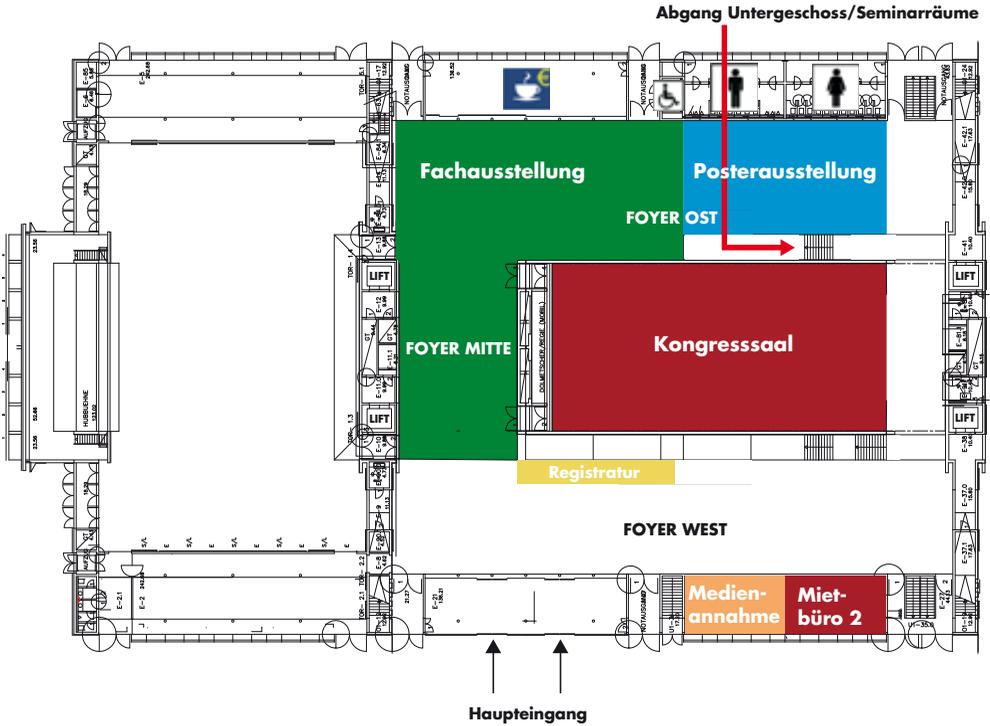
Länger gut leben.

Uhrzeit	Kongresssaal	Seminarraum 1	Seminarraum 3	Seminarraum 4	Splitmeeting- raum 11	Seminarraum 2
09.30 – 10.30		Translational Research Symposium Seite 13	Mikroskopier- kurs Seite 13			
10.45 – 11.45	Lungen- karzinom Seite 14	Hochmaligne und seltene Lymphome Seite 14	Diagnose: Ent- und Unent- behrliches Seite 14			
12.00 – 13.30	Symposium Mundipharma Seite 52	Symposium Sanofi Seite 52		Symposium Teva/ ratiopharm I Seite 53		<i>AHOP</i> KMT Arbeits- gruppen- sitzung Seite 49
14.00 – 15.30	Future Demands Seite 15	Ösophagus/ Magentumore Seite 17		Akute Leukämie Seite 17		
16.00 – 17.30	Plenarsitzung und Eröffnung Seite 17					
17.45 – 19.15	Symposium Roche I Seite 53	Symposium Bayer Seite 54		Symposium Celgene I Seite 55	<i>AHOP</i> Vorstands- sitzung Seite 49	Symposium Novartis I Seite 56
19.45	OeGHO Beiratssitzung Restaurant Cubus					

Uhrzeit	Kongresssaal	Seminarraum 1	Seminarraum 3	Seminarraum 4	Splitmeeting- raum 11	Seminarraum 2
08.00 – 09.30	CLL Seite 19	Kolorektales Karzinom Seite 19		Stammzell- transplantation Seite 21		ab 08.30 <i>AHOP</i> Eröffnungs- sitzung Seite 49
10.00 – 11.30	MDS Seite 21	Young Investigators Meeting Seite 23		Supportive Therapie Seite 23	Myelom Plattform Seite 23	<i>AHOP</i> Die Bedeutung der Psychoon- kologie Seite 49
11.30 – 12.00			ABCSG: G-Lucas Studie Seite 23			
12.00 – 13.30	Symposium Roche II Seite 57	Symposium Amgen Seite 57		Symposium Celgene II Seite 58	Symposium Janssen-Cilag Seite 58	<i>AHOP</i> Vormittags- sitzung Seite 49
13.30 – 14.30	<b>FOYER</b> Posterbegehung Hämatologie, Onkologie, Klinische Studien Seite 25				MDS Plattform Seite 39	
14.30 – 16.00	Hämostase- ologie Seite 39	Noval Targets in Hematopoietic Neoplasms Seite 39	Für Student- Innen: Fach- inhalte und Beispiele – Teil 1 Seite 40	Urogenitale Tumore/Ovari- alkarzinom Seite 40		<i>AHOP</i> - Förderpreise 2013 <i>AHOP</i> General- versammlung Seite 50
16.30 – 18.00	Symposium Novartis II Seite 59	Symposium Alexion Seite 59	Für Student- Innen: Fach- inhalte und Beispiele – Teil 2 Seite 41	Symposium Teva/ ratiopharm II Seite 60		<i>AHOP</i> Kritisch krank und das durch Krebs Seite 50
ab 19.00	Gesellschaftsabend und Preisverleihung in der voestalpine Stahlwelt, Anmeldung erforderlich (begrenzte Teilnehmerzahl) Seite 5					

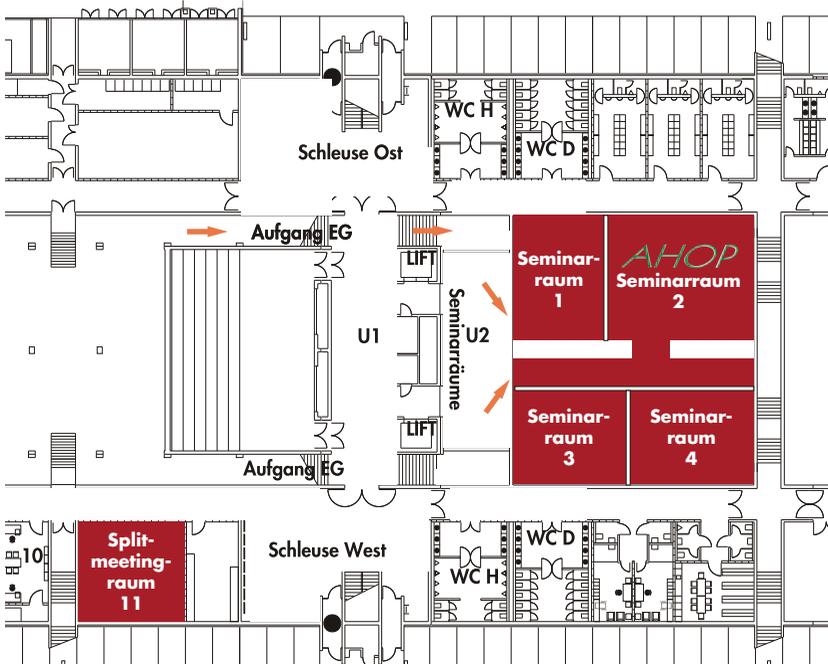
Uhrzeit	Kongresssaal	Seminarraum 1	Seminarraum 3	Seminarraum 4	Seminarraum 2
08.00 – 09.30	OeGHO Mitglieder- versammlung Seite 43				ab 08.30 <i>AHOP</i> Palliative Care Seite 51
09.45 – 10.45	Myelom Seite 43	Mammakarzinom Seite 43	CML Plattform Seite 43	Workshop Junge Hämatologen/ Internistische Onkologen Seite 45	OeGHO <i>AHOP</i> Gemeinsame Sitzung Seite 45 & 51
11.00 – 12.00	Onko News 2012/2013 Seite 46	CML Seite 46	Hämostaseologie Seite 46	Ernährung hämatologischer/ onkologischer Patienten Seite 47	Workshop Seite 51
12.30 – 13.30	Häma News 2012/2013 Seite 47	Neuroendokrine Tumore Seite 48	Wissensdaten- banken in der Hämato-Onkologie Seite 48		
Mietbüro 2					
09.45 – 12.00	Patiententag Seite 61				

Design Center Linz  
Erdgeschoss



- Registratur
- Fachausstellung und Catering
- Posterausstellung
- Medienannahme
- Vortragssäle

Design Center Linz  
Untergeschoss



BEI FORTGESCHRITTENEM WEICHTEILSARKOM<sup>1)</sup>  
UND REZIDIVIERENDEM OVARIALKARZINOM<sup>2)</sup>

YONDELIS<sup>®\*</sup>  
(trabectedin)



Tumorkontrolle bei  
Weichteilsarkomen<sup>3)</sup>



Eine wertvolle Option beim  
Ovarialkarzinomrezidiv<sup>4-6)</sup>

- 1) Yondelis<sup>®</sup> ist indiziert für die Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Weichteilsarkom nach Versagen von Anthrazyklinen und Ifosamid, bzw. von Patienten, bei denen sich die Anwendung dieser Mittel nicht eignet. Die Wirksamkeitsdaten basieren vorwiegend auf Patienten mit Liposarkom und Leiomyosarkom.
- 2) Yondelis<sup>®</sup> in Kombination mit pegyliertem liposomalem Doxorubicin (PLD) ist indiziert für die Behandlung von Patientinnen mit einem platinresistenten Ovarialkarzinomrezidiv.
- \*) Yondelis<sup>®</sup> 0,25 mg und 1 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats.
- Literaturhinweise: 3) Blay J-Y et al. EJCMO 2009; 1 (2): 1-7. 4) Monk B, et al. J Clin Oncol. 2010; 28:3107-3114. 5) Poveda A, et al. Ann Oncol. 2011; 22(1):39-48. 6) Sehoul J, et al. Ann Oncol. 2012; 23:556-562.

**Donnerstag, 18. April 2013**

9.30–10.30 **Translational Research Symposium** **Seminarraum 1**

*Vorsitz: Ch. Zielinski, Wien / D. Strunk, Salzburg*

Novel Molecular Prognostic Factors in Ovarian Cancer

*P. Horak, Wien*

Function of large noncoding Transcripts in Leukemia and Lymphoma

*Ph. Staber, Boston (US)*

The Atomic Force Microscopy in NanoBiology:

Development of Recognition Imaging

*M. Leitner, Linz*

9.30–10.30 **Mikroskopiekurs** **Seminarraum 3**

Der Sprung ins Ungewisse

Interaktive Bearbeitung von seltenen und ungewöhnlichen hämatonkologischen Fällen

*Vorsitz: H. Löffler, Freiburg (DE) / G. Tschurtschenthaler, Linz*

*Technischer Leiter: J. König, Linz*

Fall 1: „Von jedem Dorf ein Hund“

*S. Machherndl-Spandl, Linz / M. Vockenhuber, Linz*

Fall 2: „Blastenlabyrinth“

*F. Lang, Linz / G. Tschurtschenthaler, Linz*

Fall 3: „Differentialdiagnose der Katzenkratzkrankheit oder Ähnlichem“

*S. Machherndl-Spandl, Linz / M. Vockenhuber, Linz*

Fall 4: „Ein haarsträubender Fall“

*F. Lang, Linz / G. Tschurtschenthaler, Linz / G. Webersinke, Linz*

**Donnerstag, 18. April 2013**

10.45–11.45 **Lungenkarzinom** **Kongresssaal**

*Vorsitz: W. Hilbe, Innsbruck / F. Ploner, Graz*

Molekulare Biomarker beim Lungenkarzinom  
*M. Filipits, Wien*

Systemische Therapie in den Stadien I bis III des  
nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms  
*F. Ploner, Graz*

Systemische Therapie des fortgeschrittenen nichtkleinzelligen  
Lungenkarzinoms  
*W. Hilbe, Innsbruck*

10.45–11.45 **Hochmaligne und seltene Lymphome** **Seminarraum 1**

*Vorsitz: W. Linkesch, Graz / M. Fridrik, Linz*

Anthracyclincardiomyopathie: Diagnose, Therapie und  
Prophylaxe  
*T. Suter, Bern (CH)*

Extranodale Manifestationen aggressiver Lymphome  
*M. Raderer, Wien*

Ist die Hochdosistherapie beim jungen Patienten mit  
Mantelzell-Lymphom obligat?  
*W. Willenbacher, Innsbruck*

10.45–11.45 **Diagnose:  
Entbehrliches und Unentbehrliches** **Seminarraum 3**

*Vorsitz: H. Löffler, Freiburg (DE) / M. Pfeilstöcker, Wien*

Alles MRD, oder was?  
*O. Zach, Linz*

Diagnostik im Grenzbereich von Routine und Forschung  
*P. Bettelheim, Linz*

**Donnerstag, 18. April 2013**

14.00–15.30 **Future Demands**

**Kongresssaal**

*Vorsitz: M. Fridrik, Linz / D. Geissler, Klagenfurt*

Comorbiditäten bei onkologischen PatientInnen an hämato-onkologischen Abteilungen Österreichs

*H. Samonigg im Namen der teilnehmenden hämato-onkologischen Abteilungen/Zentren*

New Drugs, New Toxicities

*W. Hilbe, Innsbruck*

Die Onkologie aus der Sicht der Bevölkerung – Ansichten und Erwartungen

*B. Rohrmoser, Linz / G. Lukesch, Linz*

Round Table

*Moderation: R. Greil, Salzburg*

TeilnehmerInnen:

*M. Fridrik, Linz*

*D. Geissler, Klagenfurt*

*W. Hilbe, Innsbruck*

*G. Lukesch, Linz*

*B. Rohrmoser, Linz*

*H. Samonigg, Graz*

*A. Weltermann, Linz*

*Ch. Zielinski, Wien*



## Our commitment to Oncology

As scientists, we never lose sight of those who  
rely most on our discoveries — the patients.  
As Janssen, we have the resources, the  
experience and the perseverance to lead in  
this fight against disease.

**Janssen-Cilag Pharma GmbH**

Vorgartenstraße 206B, 1020 Wien  
[www.janssen.at](http://www.janssen.at)

**janssen**   
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF *Johnson & Johnson*

**Donnerstag, 18. April 2013**

14.00–15.30 **Ösophagus/Magentumore** **Seminarraum 1**

*Vorsitz: E. Wöll, Zams / R. Schaberl-Moser, Graz*

Ösophaguskarzinom: Neoadjuvante und Palliative  
Therapiekonzepte

*W. Eisterer, Innsbruck*

Radiotherapeutische Herausforderungen bei Ösophagus  
und Magenkarzinom

*A. De Vries, Feldkirch*

Stellenwert der palliativen Chirurgie beim Magenkarzinom  
*J. Zacherl, Wien*

Neue zielgerichtete Therapieoptionen des Magenkarzinoms  
*E. Wöll, Zams*

14.00–15.30 **Akute Leukämie** **Seminarraum 4**

*Vorsitz: D. Lutz, Linz / W. Sperr, Wien*

Molekulare Marker der AML

*A. Zebisch, Graz*

Laufende Studien der AML-SG

*R. Schlenk, Ulm (DE)*

16.00–17.30 **Plenarsitzung und Eröffnung** **Kongresssaal**

*Vorsitz: P. Bettelheim, Linz / G. Gastl, Innsbruck*

Preisverleihung der Hans und Blanca Moser Stiftung  
*G. Gastl, Innsbruck / Ch. Zielinski, Wien*

Arzneimittelzulassung in Europa  
*M. Müller, Wien*



**ERBITUX<sup>®</sup>**  
**CETUXIMAB**

See the difference

Merck Oncology | *Combination is key*

ER-07/12-ONC-40-D Juli 2012 Merck GmbH, Zirmbagasse 5, 1147 Wien

**Freitag, 19. April 2013**

8.00–9.30 **CLL** **Kongresssaal**

*Vorsitz: R. Greil, Salzburg / B. Schneeweiß, Kirchdorf*

CLL Microenvironment and PI3K/PTEN Signalling

*M. Shehata, Wien*

Therapie der CLL: was, wann und wie lange

*M. Steurer, Innsbruck*

Neue Optionen in der Therapie der CLL ante portas

*A. Egle, Salzburg*

8.00–9.30 **Kolorektales Karzinom** **Seminarraum 1**

*Vorsitz: J. Thaler, Wels / G. Prager, Wien*

Adjuvante Therapie des kolorektalen Karzinoms: was wirkt,  
was nicht?

*W. Eisterer, Innsbruck*

Körperliche Aktivität und kolorektales Karzinom:  
was ist gesichert?

*G. Piringer, Wels*

Tumorstammzellen beim kolorektalen Karzinom: Relevanz für  
neue Therapieansätze?

*M. Balic, Graz*

Individualisierte Therapie des metastasierten kolorektalen  
Karzinoms

*G. Prager, Wien*

# Meilensteine in der CML Behandlung

## Auf dem Weg zur Heilung



Allogene Stammzelltransplantation bietet neue Perspektiven für Patienten.<sup>2</sup>

-1965-

1972

Hydroxyurea ermöglicht eine hämatologische Remission.<sup>1</sup>

-1975-

1978

1983

Interferon-alpha macht ein komplettes zytogenetisches Ansprechen möglich.<sup>1</sup>

-1985-

-1995-

2001

Mit Imatinib wird CML eine überwiegend chronische Erkrankung.<sup>3</sup>

-2005-

Heute

Nilotinib ermöglicht ein schnelleres und tieferes Ansprechen.<sup>4</sup>

-2015-



“Seit 2010 werde ich mit Tasigna behandelt. Ich erreichte schnell ein tiefes molekulares Ansprechen. Mein Arzt ist damit sehr zufrieden. Ich träume davon, meine CML Therapie eines Tages abzusetzen.”

Susanne, 39 Jahre alt, CML Patientin seit 2010

 **Tasigna**<sup>®</sup>  
(nilotinib)

Fachkurzinformation siehe Seite 68

Freitag, 19. April 2013

8.00–9.30 **Stammzelltransplantation** Seminarraum 4

*Vorsitz: A. Böhm, Linz / H. Greinix, Wien*

Schneller, höher, sicherer: Immungenetik mit Next Generation Sequencing

*Ch. Gabriel, Linz*

Chimärismus nach allogener Stammzelltransplantation

*T. Lion, Wien*

Allogene Stammzelltransplantation in der Osteomyelofibrose – Pros and Cons

*N. Kröger, Hamburg (DE)*

10.00–11.30 **MDS** Kongresssaal

*Vorsitz: M. Pfeilstöcker, Wien / H. Sill, Graz*

Neues zur Biologie – Umsetzung in die Praxis?

*T. Haferlach, München (DE)*

Neue Scores – Konsequenzen ?

*W. R. Sperr, Wien*

Innovation in der Therapie – aktuelle Daten und laufende Studien

*S. Burgstaller, Wels*

Welche Therapie für welchen Patienten – brauchen wir neue Algorithmen ?

*R. Stauder, Innsbruck*



GlaxoSmithKline  
Onkologie



# ONKOVISIONEN

LÖSUNGEN SEHEN.  
LEBEN SEHEN.

**HYCANTIN**  
(topotecan HCl)

  
**Votrient**  
pazopanib

  
**REVLADE**  
(eltrombopag olamine)

  
**Arzerra**  
ofatumumab

**Atriance**  
nelarabine solution for infusion

**Tyverb**  
lapatinib



Freitag, 19. April 2013

- 10.00–11.30 **Young Investigators Meeting** Seminarraum 1  
*Vorsitz: K. Aichberger, Linz / A. Egle, Salzburg*
- A 1 **The impact of miR-155 on cytokine regulation and tumor growth in Anaplastic Large Cell Lymphoma (ALCL)**  
*F. Hamacher, Salzburg*
  - A 2 **Effects of chemo-immunotherapy on CD4+CD25+ regulatory T cells in non small cell lung cancer (NSCLC)**  
*A. Pircher, Innsbruck*
  - A 3 **Expression of the IL-2R alpha chain CD25 on Neoplastic Stem Cells in Ph+ Chronic Myeloid Leukemia (CML)**  
*I. Sadovnik, Wien*
  - A 4 **Identification of BRD4 as a promising new target in acute myeloid leukemia (AML)**  
*H. Herrmann, Wien*
  - A 5 **Ueberexpression von UDP-Glucuronosyltransferase 2B17 bei Hochrisiko-CLL**  
*M. Gruber, Linz*
  - A 6 **Wert der molekularen Zytogenetik und multiplex RT-PCR in der Risikostratifizierung der akuten myeloischen Leukämie**  
*K. Orendi, Graz*
- 10.00–11.30 **Supportive Therapie** Seminarraum 4  
*Vorsitz: K. Geissler, Wien / M. Girschikofsky, Linz*  
Fertilitätserhaltung bei Tumorpatientinnen  
*M. Lipovac, Korneuburg*  
Virusdiagnostik und Impfungen  
*H. Kerschner, Linz*  
Pilz-PCR – wann, wie und warum?  
*C. Lass-Flörl, Innsbruck*
- 10.00–11.30 **Myelom Plattform** Splitmeetingraum 11  
*Vorsitz: W. Willenbacher, Innsbruck*
- 11.30–12.00 **Meeting der ABCSG: G-Lucas Studie** Seminarraum 3

R-CHOP

Intensive Salvage (e.g. R-DHAP)  
± Autologous Stem Cell transplant

Pixuvri®

There's more  
to come

NEW

**Pixuvri**™  
(PIXANTRONE)

Extending options in aggressive NHL

**Pixuvri** is indicated as monotherapy for the treatment of adult patients with multiply relapsed or refractory aggressive Non-Hodgkin B-cell Lymphomas (NHL).<sup>\*1</sup>



Scan for more  
information on Pixuvri

<sup>\*1</sup>The benefit of treatment with Pixuvri has not been established in patients when used as fifth line or greater chemotherapy in patients who are refractory to last therapy<sup>1</sup>  
R-CHOP = rituximab, cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone. RDHAP = rituximab, dexanemastine, cyclophosphamide, doxorubicin, prednisone.

**Abstract Product Characteristics (SPC) before prescribing** Presentation: Pixuvri powder for concentrate for solution for injection contains pixantone 22mg (as dimaleate) Indications: Monotherapy for the treatment of adult patients with multiply relapsed or refractory Non-Hodgkin B-cell Lymphomas. Benefit not established in patients when used as fifth line or greater chemotherapy who are refractory to last therapy. Dosage and administration: Dosage. The recommended dose is 50 mg/m<sup>2</sup> of pixantone base on days 1, 8, and 15 of each 28-day cycle for up to 6 cycles. Adjust before the start of each cycle based on nadir haematological counts or maximum toxicity from the preceding cycle. Determine dose in milligrams using the institutional standard for body surface area (BSA) calculation and a weight measured on day 1 of every cycle. Caution in obese patients as data on BSA-based dosing is very limited for this group. Dose modification guidelines – see SPC. Special populations. No specific dose adjustment required in elderly patients (aged > 65 years). Safety and efficacy not established in children aged < 18 years or in patients with impaired renal function or impaired hepatic function. Use with caution in patients with renal impairment, mild or moderate liver impairment or poor performance status (ECOG > 2). Method of Administration. Slow intravenous infusion after reconstitution and further dilution. For instructions, see SPC. Safety of intrathecal use not established. Contra-indications: Hypersensitivity to pixantone dimaleate, or to any of the excipients. Immunisation with live virus vaccines. Profound bone marrow suppression. Severe abnormal hepatic function. Warnings and Precautions: Initial treatment should be preceded by baseline assessment of blood counts, serum levels of total bilirubin and total creatinine, and cardiac function. Myelosuppression: Severe myelosuppression may occur. Patients are likely to experience myelosuppression with the predominant manifestation being neutropenia. Neutropenia is usually transient, reaching its nadir on days 15-22 with recovery usually occurring by day 28. Careful monitoring of blood counts is required. Recombinant haematopoietic growth factors may be used. Dose modifications should be considered (see section 4.2 of SPC). Cardiotoxicity: Changes in cardiac function including decreased LVEF or total congestive heart failure (CHF) may occur during or after treatment. Active or dormant cardiovascular disease, prior therapy with antiarrhythmics or antiarrhythmics, prior or concurrent radiotherapy to the mediastinal area, or concurrent use of other cardiotoxic medicinal products

may increase the risk of cardiac toxicity. Patients with cardiac disease or risk factors should receive careful risk versus benefit consideration before receiving treatment. Cardiac function should be monitored before initiation of treatment and periodically thereafter. If cardiac toxicity is demonstrated during treatment, the risk versus benefit of continued therapy must be evaluated. Secondary malignancy: Secondary acute myeloid leukaemia (AML) or myelodysplastic syndrome (MDS) is a well described complication of chemotherapy regimens containing antineoplastic and other topoisomerase II inhibitors. Infection: Infections, including pneumonia, cellulitis, bronchitis, and sepsis have been reported in clinical trials and have been associated with hospitalisation, septic shock, and death. Patients with neutropenia are more susceptible to infections, although, in the clinical studies there was no increased incidence of atypical, difficult-to-treat infections. Do not administer to patients with an active, severe infection or patients with a history of recurring or chronic infections or with underlying conditions which may further predispose them to serious infection. Tumor lysis syndrome: May induce hyperuricaemia and can lead to electrolyte imbalances and kidney damage. Evaluate blood urea acid levels, potassium, calcium phosphate, and creatinine after treatment in patients at high risk. Hydration, urine alkalinisation, and prophylaxis may minimise potential complications. Immunisation: Immunisation may be ineffective when given during therapy. Extravasation: Stop administration immediately and restart in another vein. The non-vesicant properties of Pixuvri minimise the risk of local reaction following extravasation. Prevention of photosensitivity reactions: Photosensitivity is a theoretical risk and no confirmed cases have been reported in the clinical trial program. Patients on a sodium restricted diet: Product contains approximately 1000 mg (43 mmol) sodium per dose after dilution. To be taken into consideration by patients on a controlled sodium diet. Interactions: No drug interactions have been reported in human studies and no drug-drug interaction studies in humans have been performed. Based on *in vitro* studies, agents which inhibit membrane transport proteins P-gp/BCRP and OCT1 have the potential to decrease hepatic uptake and excretion efficiency of pixantone. A possible mixed-type inhibition of CYP2A2 and CYP2C8 may be of clinical relevance. Exercise caution when continuously co-administered with theophylline, warfarin, amitriptyline, haloperidol, clozapine, ondansetron and propofol, rosiglitazone, rosiglitazone, or piroxicam, with membrane transport proteins (cyclosporine A, tacrolimus, rifampin, saquinavir, or nelfinavir) and with

efflux transport inducers (rifampicin, carbamazepine and glucocorticoids). Pregnancy and lactation: Advise women of childbearing potential and their partners to avoid pregnancies. Pixuvri is not recommended during pregnancy and in women of childbearing potential not using contraception. It is unknown whether Pixuvri/metabolites are excreted in human milk. Discontinue breast-feeding during treatment. Undesirable effects: Very common (> 1/10): Neutropenia, leukopenia, lymphopenia, anaemia, thrombocytopenia, nausea, vomiting, skin discolouration, dyspepsia, chancriform, asthenia. Common (> 1/100 to < 1/10): Neutropenic infection, respiratory tract infection, infection, febrile neutropenia, blood disorder, anaemia, hypophosphatemia, taste disturbances, paraesthesia, headache, somnolence, conjunctivitis, left ventricular dysfunction, cardiac disorder, cardiac failure congestive, bundle branch block, tachycardia, pancytopenia, skin discolouration, hypotension, dyspnoea, cough, stomatitis, diarrhoea, constipation, abdominal pain, dry mouth, dyspareunia, erythema, nail disorder, pruritus, bone pain, proteinuria, haematuria, fatigue, mucosal inflammation, pyrexia, chest pain, oedema, alanine aminotransferase increased, blood creatinine increased. Uncommon (> 1/1,000 to < 1/100): Include meningitis, pneumonia, septic shock, bone marrow failure, arrhythmia, pleural effusion, pneumonitis. See SPC for further details. Legal Category: POM. Package Quantities and Basic NHS Price: Not yet established. Marketing Authorisation Holder: CTI Life Sciences Limited, BioPark, Broadwater Road, Welwyn Garden City, Herts, AL7 3AW, UK. Marketing Authorisation Number: EU/1/12/764/001. Full prescribing information and further information is available on request. Date of preparation of abbreviated prescribing information: 4 June 2012.

Adverse events should be reported. Reporting forms and information can be found at [www.mhra.gov.uk/yellowcard](http://www.mhra.gov.uk/yellowcard). Adverse events should also be reported to [www.pixuvri.eu](http://www.pixuvri.eu)

References

1. Pixuvri Summary of Product Characteristics, July 2012.  
Date of preparation: September 2012. PIX-GB-09-2012-001/01



Making cancer more treatable

Freitag, 19. April 2013

13.30–14.30 **Posterbegehung**

Posterbereich

**Hämatologie, Onkologie, Klinische Studien**

**HÄMATOLOGIE**

**Hämatologie Teil 1 (AML, MPN, SCT, Sonstige)**

*Vorsitz: K. Aichberger, Linz*

**AML**

- P12** Zeitabhängige Einflüsse auf das Überleben unter 5-Azacytidin bei AML und MDS – Focus auf patientenbezogene Faktoren  
*R. Christ, Wien*
- P14** Eine gekürzte Version des RUNX1 Proteins auf Grund einer t(2;21) (p11.2;q22) in AML blockiert die Differenzierung von haematopoietischen Progenitorzellen in vitro  
*T. Malli, Linz*
- P17** Überexpression von EVI1 bei myeloischen Neoplasien: zwei neue EVI1-Rearrangements im Vergleich mit weiteren EVI1-Fällen und Assoziation mit anderen Chromosomenveränderungen  
*S. Haslinger, Linz*
- P35** Antineoplastic effects of the Syk-inhibitor fostamatinib (R788) and its active metabolite R406 in acute myeloid leukemia (AML)  
*R. Gaupmann, Wien*

**MPN**

- P13** The BCR/ABL tyrosine kinase inhibitor imatinib produces profound mast cell deficiency in chronic myeloid leukemia  
*S. Cerny-Reiterer, Wien*
- P26** Effects of the PI3-Kinase/mTOR blocker BEZ235 on oncogenic signaling and proliferation of leukemic cells in CML  
*I. Sadovnik, Wien*

---

Freitag, 19. April 2013

13.30–14.30 **Posterbegehung**

Posterbereich

- P29** Effects of PKC412 and its metabolites on growth and survival of neoplastic mast cells and IgE-dependent histamine release in basophils  
*B. Peter, Wien*
- K14** Hematologic response to 5-azacitidine in a 59-year old patient with KIT D816V+ systemic mastocytosis and chronic myelomonocytic leukemia  
*K. V. Gleixner, Wien*

**SCT**

- P20** Komplikationen nach allogener Stammzelltransplantation trotz erhöhter antioxidativer Enzymspiegel  
*B. Kircher, Innsbruck*
- P23** Overall survival after donor lymphocyte infusion for relapsed haematological malignancies after allogeneic haematopoietic cell transplantation  
*N. Worel, Wien*

**Sonstige**

- P01** G-CSF primary prophylaxis (PP) and neutropenia-related outcomes by age in patients with non-Hodgkins lymphoma (NHL) receiving R-CHOP-21: Austrian results from the international IMPACT NHL study  
*P. Neumeister, Graz*
- P02** Ungewöhnliche Hypereosinophilie bei dislozierter Intrauterinspirale – ein Fallbericht  
*P. Niedetzky, Linz*
- P10** Randomisierte, doppelt-verblindete Parallelstudie zum Vergleich von Fidaxomicin mit Vancomycin bei Patienten mit Clostridium difficile Infektion unter immunsuppressiver Therapie  
*G. Theiler, Graz*
- P21** Nabelschnurblutbank der Blutzentrale Linz  
*S. Hennerbichler-Lugscheider, Linz*

---

Freitag, 19. April 2013

13.30–14.30 **Posterbegehung**

Posterbereich

**P22 The prevalence and possible causes of anemia in the elderly:  
A Cross-sectional analysis from the Medical University  
Innsbruck**

*V. Bach, Innsbruck*

**P27 Assoziation des mittleren Thrombozytenvolumens mit dem  
Risiko venöser Thromboembolien bei Patienten mit einer  
Kreislauferkrankung**

*J. Riedl, Wien*

**P28 Darstellung molekularer Mechanismen der frühen CD105-  
positiven erythropoietischen Vorläuferzellen im Vergleich  
zu CD34-positiven gemeinsamen Vorläuferzellen durch  
durchflusszytometrische Zellsortierung und  
Genexpressionsanalysen**

*S. Machherndl-Spandl, Linz*

**Hämatologie Teil 2 (CLL, Lymphome, Multiples Myelom)**

*Vorsitz G. Hopfinger, Salzburg*

**CLL**

**P08 Ibrutinib versus Ofatumumab bei Patienten mit relapsierender  
oder refraktärer chronischer lymphatischer Leukämie/small  
lymphocytic lymphoma (Phase 3 Studie)**

*G. Theiler, Graz*

**P15 Dichotomy of the Transcription Factor IRF-4 in Chronic  
Lymphocytic Leukemia (CLL) and Relation to Prognosis**

*D. Asslaber, Salzburg*

**P16 BIRC3 mRNA Expression in Chronic Lymphocytic Leukemia  
Correlates with Disease Progression and Mediates Decreased  
Fludarabine Sensitivity in vitro**

*D. Asslaber, Salzburg*

**P18 TIAM/Rac1 signals contribute to CLL cell proliferation and  
chemoresistance**

*T. N. Hartmann, Salzburg*

---

Freitag, 19. April 2013

13.30–14.30 **Posterbegehung**

Posterbereich

- P30** A comparative study on the expression and targeting of PI3-K isoforms in chronic lymphocytic leukemia  
*S. Schnabl, Wien*
- P33** Green tea extract EGCG induces apoptosis in CLL cells through the regulation of PI3K/Akt cascade and proteasome activity  
*E. Ponath, Wien*  
**Lymphome**
- P03** Eine randomisierte, zweiarmige, Phase 3 Studie, die Alisertib versus Pralatrexat/Gemcitabine bei Patienten mit relapsierten oder refraktären peripheren T-Zell Lymphomen vergleicht  
*G. Theiler, Graz*
- P07** Pegfilgrastim-Primärprophylaxe und Outcomes bezüglich febriler Neutropenie (FN) bei Patienten mit Non-Hodgkin-Lymphom (NHL): Ergebnisse der österreichischen E-AVARE Studie  
*W. Willenbacher, Innsbruck*
- P19** Vemurafenib is highly active in advanced hairy-cell leukemia: a report of two cases  
*A. Pircher, Innsbruck*
- P24** Behandlung älterer Patienten mit aggressiven B-Zell Lymphomen: Genetische Polymorphismen im Stoffwechsel beeinflussen die Prognose  
*T. Melchardt, Salzburg*
- P25** Rituximab plus Bendamustine is active in patients with extragastric marginal zone B-cell lymphoma of the mucosa associated lymphoid tissue (MALT-lymphoma)  
*B. Kiesewetter, Wien*
- P32** Verlängertes Gesamtüberleben bei adipösen Patienten mit Diffus Großzelligem B-Zell Lymphom  
*L. Weiss, Salzburg*

---

Freitag, 19. April 2013

13.30–14.30 **Posterbegehung**

Posterbereich

**P34 Myocet beim Lymphom: Ergebnisse einer Observationsstudie in sieben westösterreichischen Zentren**

*I. Wasle, Innsbruck*

**Myelom**

**P04 Phase-II Studie, die den Effekt von Spiegelmer® NOX-H94 auf chronische Anämie bei Patienten mit Multiplem Myelom oder Lymphom untersuchen soll**

*G. Theiler, Graz*

**P05 Randomisierte, doppelblinde, Phase-3-Studie, die orales MLN9708 plus Lenalidomid/Dexamethason versus Placebo plus Lenalidomid/Dexamethason bei erwachsenen Patienten mit relapsiertem/refraktärem Multiplem Myelom vergleicht**

*G. Theiler, Graz*

**P06 Randomisierte, doppelblinde, multizentrische Studie die Denosumab versus Zoledronsäure (Zometa®) bei Patienten mit neu diagnostiziertem Multiplem Myelom und Knochenbeteiligung vergleicht**

*G. Theiler, Graz*

**P09 Multizentrische, einarmige Studie mit Pomalidomid in Kombination mit niedrig dosiertem Dexamethason bei Patienten mit refraktärem und/oder relapsiertem Multiplem Myelom**

*G. Theiler, Graz*

**P11 Multiple myeloma – toxicity studies of innovative organic substances**

*N. Steiner, Innsbruck*

**P31 Evaluation of antineoplastic effects of various targeted drugs on primary myeloma cells and five defined myeloma cell lines**

*K. Blatt, Wien*

---

Freitag, 19. April 2013

13.30–14.30 **Posterbegehung**

Posterbereich

**ONKOLOGIE**

**Onkologie Teil 1**

*Vorsitz: A. Lang, Feldkirch*

- P38** Loss of membranous EpICD expression is a frequent event and it is associated with poor survival in Pancreatic Cancer  
*A. Seeber, Innsbruck*
- P41** Analysis of oncological 'hotspot' genes: Comparison of Nextgeneration sequencing (NGS) versus Sanger sequencing  
*A. Zopf, Linz*
- P42** Einfluss von miR-143 auf Zytotoxizität, Generationszeit und Zellzyklus humaner Kolonkarzinomzellen  
*M. I. Moshammer, Wien*
- P43** Resistenz gegen 5-Fluoruracil ist mit Deregulation von mikroRNA assoziiert  
*A. Staribacher, Wien*
- P44** Verlust der mikroRNA-200 Familie in der erworbenen Chemoresistenz des Kolonkarzinoms  
*A. Staribacher, Wien*
- P45** Transfer von mikroRNA in Exosomen beim metastasierten- und chemoresistenten Kolonkarzinom in vitro  
*M. Kalipciyan, Wien*
- P50** KRAS Mutation im kolorektalen Karzinom: Assoziation mit Haplotypen?  
*R. Marschon, Linz*
- P53** Intratumorale Heterogenität am Beispiel der Ovarialkarzinom Side Population  
*M. Boesch, Innsbruck*
- P56** Feedback Activation Leads to Deregulation of the PI3K/AKT Signaling Cascade in Prostate Cancer Stem Cell Populations  
*M. Marhold, Wien*

---

Freitag, 19. April 2013

13.30–14.30 **Posterbegehung**

Posterbereich

**P58 Co-expression of HER3 is a predictor of impaired survival in HER2-positive breast cancer patients**

*A. S. Berghoff*

**P59 Epidermal growth factor – induced transcript isoform variation drives mammary cell migration**

*W. J. Kötler, Wien*

**P61 The tumor suppressor function of integrin 7 in malignant pleural mesothelioma**

*V. Laszlo, Wien*

**Onkologie Teil 2**

*Vorsitz: V. Buxhofer-Ausch, Linz*

**P36 The prognostic value of cognition in patients with Glioblastoma multiforme**

*B. Flechl, Wien*

**P37 Psychologischer Betreuungsbedarf von onkologischen PatientInnen**

*D. Fuchs, Linz*

**P39 Screening mittels Echokardiographie beeinflusst die klinische Entscheidungsfindung vor anthracyclinhaltiger Chemotherapie**

*D. Mayr, Linz*

**P40 Febrile Neutropenien, Toxizität und Dosisintensität im Vergleich FEC-T und TC bei adjuvanter Therapie des Mammacarcinoms**

*D. Mayr, Linz*

**P46 Long term cardiotoxicity in patients treated with chemotherapy and/or targeted drugs, a prospective non interventional trial**

*F. Kocher, Innsbruck*

**Freitag, 19. April 2013**13.30–14.30 **Posterbegehung**

Posterbereich

- P47** **Dritt malignome nach hämato-onkologischen Erkrankungen im Kindesalter**  
*M. Grillitsch, Graz*
- P48** **Konnataler Sarkom beim Neugeborenen mit multiplen Plazentametastasen**  
*U. Wanz, Graz*
- P49** **CMV-Infections in solid Tumors: an underestimated problem**  
*K. Schlick, Salzburg*
- P51** **Gewichtszunahme unter Aromatasehemmern bei Mammacarcinomen in Abhängigkeit vom Body Mass Index**  
*D. Lenger, Linz*
- P52** **Ovarian Tissue Banking – Das oberösterreichische Netzwerk FERTISAVE**  
*S. Hennerbichler-Lugscheider, Linz*
- P54** **Body Mass Index ohne Einfluss auf Dosisintensität und febrile Neutropenien bei adjuvanter Chemotherapie des Mammacarcinoms**  
*D. Mayr, Linz*
- P55** **Clinical prognostic factors in brain metastases from colorectal cancer**  
*A. S. Berghoff, Wien*
- P57** **Totally implanted access ports (Port-a-cath; PAC) related complications and analysis of patients satisfaction with PACs in a tertiary care center. A cross section study.**  
*C. Minichsdorfer, Wien*
- P60** **Die Bedeutung des Glasgow Prognostic Scores bei chirurgisch und multimodal behandelten Pleuramesotheliom-Patienten**  
*M. A. Hoda, Wien*

---

Freitag, 19. April 2013

13.30–14.30 **Posterbegehung**

Posterbereich

**P62 Prognostic impact of preinterventional plasma fibrinogen in malignant pleural mesothelioma**

*T. Klíkovits, Wien*

**KLINISCHE STUDIEN**

*Vorsitz: M. Fridrik, Linz*

**K 1 REMARC – Double blind randomized phase III study of Lenalidomide (Revlimid®) maintenance versus placebo in responding elderly patients with DLBCL and treated with R-CHOP in first line**

*U. Jäger, Wien*

**K 2 HD16 für frühe Stadien: Therapieoptimierungsstudie in der Primärtherapie des frühen Hodgkin Lymphoms: Therapie-stratifizierung mittels FDG-PET**

*R. Greil, Salzburg*

**K 3 HD17 für intermediäre Stadien: Therapieoptimierungsstudie in der Primärtherapie des intermediären Hodgkin Lymphoms: Therapiestratifizierung mittels FDG-PET**

*R. Greil, Salzburg*

**K 4 HD18 für fortgeschrittene Stadien: Therapieoptimierungsstudie in der Primärtherapie des fortgeschrittenen Hodgkin Lymphoms: Therapiestratifizierung mittels FDG-PET**

*R. Greil, Salzburg*

**K 5 Hemophagocytosis/hyperferritinemia syndrome in children with acute monoblastic leukemia**

*Ch. Urban, Graz*

**K 6 AGMT MALT-2: Phase II trial of Rituximab (Mabthera®) plus Lenalidomide (Revlimid®) in patients with lymphoma of the mucosa associated lymphoid tissue (MALT)**

*M. Raderer, Wien*

---

Freitag, 19. April 2013

13.30–14.30 **Posterbegehung**

Posterbereich

- K 7 AGMT\_CLL-8/A Mabtenance: International, Multicentre, Randomized Phase III Study of Rituximab as Maintenance Treatment versus Observation alone in Patients with Chronic Lymphocytic Leukemia**  
*R. Greil, Salzburg*
- K 8 AGMT\_CLL-9: Fludarabine/Rituximab combined with escalating doses of Lenalidomide in untreated chronic lymphocytic leukemia (CLL) – a dose-finding study with escalating starting dose of Lenalidomide and concomitant evaluation of safety and efficacy**  
*R. Greil, Salzburg*
- K 9 AGMT\_CMML 1: A Phase I/II Study of Lenalidomide in Patients with Chronic Myelomonocytic Leukemia**  
*S. Burgstaller, Wels*
- K10 AGMT\_CML 1: Phase 1 study to evaluate the feasibility and efficacy of the addition of P1101 (PEG-Proline-Interferon alpha-2b) to imatinib treatment in patients with chronic phase chronic myeloid leukaemia not achieving a complete molecular response (MR 4 or 4.5)**  
*S. Burgstaller, Wels*
- K11 HOVON 95 MM: A randomized phase III study to compare Bortezomib, Melphalan, Prednisone (VMP) with High Dose Melphalan followed by Bortezomib, Lenalidomide, Dexamethasone (VRD) consolidation and Lenalidomide maintenance in patients with newly diagnosed multiple myeloma**  
*H. Ludwig, Wien*
- K12 AGMT-ALL Reg: Registry and Biobank for the collection of clinical data and biomaterial from adult ALL patients**  
*U. Jäger, A. Hauswirth, Wien*
- K13 AGMT\_Vidaza Register: VIDAZA® in patients with MDS, CMML, or AML**  
*R. Greil, L. Pleyer, Salzburg*

---

**Freitag, 19. April 2013**13.30–14.30 **Posterbegehung** Posterbereich

- K15 Autologe Stammzellentransplantation bei erwachsenen Patienten mit Sarkomen der Ewing Familie – eine Einzelzentrum-Analyse**  
*W. Lamm, W. J. Köstler, Wien*
- K16 Analyse des Österreichischen Registers für Gastrointestinale Stromatumore**  
*T. Kühr, F. Längle, Wels*
- K17 AGMT-Capecet\_PK: Pharmacokinetics and metabolic activation of capecitabine when given concomitantly with oxaliplatin and the monoclonal antibody cetuximab**  
*Ch. Dittrich, Wien*
- K18 AGMT\_GASTRIC 5: PATIENT REGISTRY: Screening for human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) positivity in patients with inoperable locally advanced or metastatic gastric or gastro-esophageal junction (GEJ) cancer**  
*E. Wöll, Zams*
- K19 AGMT\_ERCC1: Pilotstudy: Biomarker directed treatment in metastatic colorectal cancer**  
*A. Lang, T. Winder, Feldkirch*
- K20 ABCSG-R05**  
*R. Bartsch, Wien*
- K21 LM 02**  
*R. Bartsch, Wien*
- K22 G-LUCAS**  
*R. Bartsch, Wien*
- K23 AGMT\_KRAS\_REG: PATIENT REGISTRY: Biomarkers in Metastatic Colorectal Cancer**  
*R. Greil, Salzburg*
- K24 AGMT\_LMR: PATIENTENREGISTER: Chirurgische Resektion von Lebermetastasen**  
*R. Greil, Salzburg*

---

Freitag, 19. April 2013

13.30–14.30 **Posterbegehung**

Posterbereich

- K25 EVEREST 2: Eine zweiarmige Phase-II-Studie über FOLFIRI in Kombination mit einer Standarddosis oder einer ansteigenden Dosis Cetuximab als Erstlinienbehandlung von metastasiertem kolorektalen KRAS-Wildtyp-Karzinom**  
*R. Greil, Salzburg*
- K26 SAKK 7508: Multimodal therapy with and without cetuximab in patients with locally advanced esophageal carcinoma. An open-label phase III trial**  
*W. Eisterer, Innsbruck*
- K27 AGMT\_MBC 6 Capecitabine in combination with Bendamustine in women with pretreated locally advanced or metastatic Her2-negative breast cancer, a Phase II Trial**  
*R. Greil, Salzburg*
- K28 AGMT\_Sport-1: Randomized trial of exercise training in postmenopausal patients with hormone-receptor positive breast cancer undergoing treatment with aromatase inhibitors**  
*R. Greil, Salzburg*
- K29 ABCSG 18-Randomisierte, doppelblinde placebokontrollierte multizentrische Phase III-Studie zur Bestimmung des Behandlungseffektes von Denosumab bei Patientinnen mit nicht metastisierendem Mammakarzinom unter AIT**  
*R. Bartsch, Wien*
- K30 ABCSG-22R Registry (Datenregister) – keine klinische Studie nach ICH GCP**  
*R. Bartsch, Wien*
- K31 ABCSG-28 / POSYTIVE Primäre Operation bei synchron metastasiertem invasiven Brustkrebs – die POSYTIVE Studie: Eine prospektiv randomisierte multizentrische Studie zur Evaluierung der lokalen Therapie – keine klinische Studie nach AMG**  
*R. Bartsch, Wien*

---

Freitag, 19. April 2013

13.30–14.30 **Posterbegehung**

Posterbereich

- K32 ABCSG-34** Prospektive, offene, randomisierte Phase II-Studie einer therapeutischen Impfung gegen Krebs (L-BLP25, Stimuvax®) in der präoperativen Behandlung von primärem Brustkrebs  
*R. Bartsch, Wien*
- K33 ABCSG-32** Multizentrische randomisierte Phase II Studie für neoadjuvantes Trastuzumab plus Docetaxel plus/minus nicht pegyliertes liposomal verkapseltes Doxorubicincitrat (NPLD) mit und ohne Bevacizumab bei HER2-positivem frühem Mammakarzinom  
*R. Bartsch, Wien*
- K34 ABCSG-39 / APHINITY (BIG4-11/B025126)** Randomisierte, multizentrische, doppelblinde, placebokontrollierte Phase III Studie zum Vergleich von Chemotherapie plus Trastuzumab plus Placebo vs. Chemotherapie plus Trastuzumab plus Pertuzumab als adjuvante Therapie bei Patienten mit operablem, Her2 positivem primärem Brustkrebs  
*R. Bartsch, Wien*
- K35 AGMT\_HNO 2** Randomisierte Phase II Pilot Studie: Induktionstherapie mit Docetaxel, Cisplatin und Cetuximab versus Docetaxel, Cisplatin und 5 FU gefolgt von Radioimmuntherapie mit Cetuximab bei lokal fortgeschrittenen oder inoperablen Kopf-Hals Tumoren  
*F. Keil, Wien*
- K36 AGMT\_HNO\_Reg: PATIENTENREGISTER:** Prospektive Datenerhebung der Therapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenen und rezidivierenden/metastasierenden Kopf-Hals-Tumoren  
*R. Greil, Salzburg*

# Jeden Tag mit Leben füllen! Meine Therapie: SUTENT<sup>®</sup>



5. Jänner



Schiurlaub

16. April



Start Golfkurs

11. November



Ganslessen

24. Dezember



Weihnachtsfeier mit der Familie

## SUTENT<sup>®</sup> – gute Wirksamkeit bei mRCC<sup>3</sup>:

- 11 Monate progressionsfreies Überleben
- 26,4 Monate medianes Gesamtüberleben
- 47 % Objektives Ansprechen

<sup>1</sup> SUTENT Fachinformation Dezember 2010

<sup>2</sup> NCCN Practice Guidelines in Oncology; Kidney Cancer v2.2011

<sup>3</sup> Motzer R et al.: J Clin Oncol 2009; 27: 3584-3590



www.pfizeroncology.at  
Pfizer Corporation Austria G.m.b.H., Wien

Fachkurzinformation siehe Seite 68



**Freitag, 19. April 2013**

13.30–14.30 **MDS Plattform** **Splitmeetingraum 11**

*Vorsitz: M. Pfeilstöcker, Wien / R. Stauder, Innsbruck*

14.30–16.00 **Hämostaseologie** **Kongresssaal**

*Vorsitz: A. Weltermann, Linz / I. Pabinger, Wien*

Asymptomatische venöse Thromboembolie bei Tumordiagnose  
– ein klinisch relevantes Problem?

*T. Gary, Graz*

Primäre Thromboseprophylaxe für Patienten mit solider  
Tumorerkrankung

*C. Ay, Wien*

Neue Antikoagulantien bei spontaner und tumorassoziierter  
VTE

*P. Kyrle, Wien*

Scores zur Rezidivrisiko-Evaluierung nach spontaner venöser  
Thromboembolie

*S. Eichinger, Wien*

14.30–16.00 **Novel Targets in Hematopoietic Neoplasms** **Seminarraum 1**

*Vorsitz: P. Valent, Wien / P. Bettelheim, Linz*

Classification of Neoplastic Stem Cells

*P. Valent, Wien*

STAT5 as a Novel Target in Myeloid Neoplasms

*R. Moriggl, Wien*

BET-ting on Bromodomains – BRD4 as a new Drug Target in AML

*J. Zuber, Wien*

JUN-PDGFR-driven Lymphomagenesis: a Novel Target-pathway

*L. Kenner, Wien*

Freitag, 19. April 2013

14.30–16.00 **Für StudentInnen:** **Fachinhalte und Beispiele – Teil 1** **Seminarraum 3**

*Vorsitz: A. Petzer, Linz / E. Rechberger, Schärding*

Begrüßung und Einleitung

*G. Gastl, Innsbruck*

Das Curriculum des Fachgebietes

*A. Petzer, Linz*

Clinical PHD Studium „Clinical Cancer Research“ – Ärzte mit wissenschaftlicher Ausbildung auf dem Weg zu einer universitären Karriere

*W. Hilbe, Innsbruck*

Therapiesäulen in der Onkologie

*J. König, Linz*

14.30–16.00 **Urogenitale Tumore/Ovarialkarzinom** **Seminarraum 4**

*Vorsitz: M. De Santis, Wien / A. De Vries, Feldkirch*

Ovarialkarzinom: „Aktuelle therapeutische Konzepte beim epithelialen Ovarialkarzinom“

*Ch. Dittrich, Wien*

Endometriumkarzinom: „Systemtherapie des Endometriumkarzinoms“

*B. Mlineritsch, Salzburg*

Hodentumor: „Cancer survivor: Nachsorge und Strahlenbelastung am Beispiel des Hodenkarzinoms“

*M. De Santis, Wien*

Urothelkarzinom: „Invasives Harnblasenkarzinom: neue Optionen der Radiochemotherapie“

*A. De Vries, Feldkirch*

**Freitag, 19. April 2013**

16.30–18.00 **Für StudentInnen:** Seminarraum 3

**Fachinhalte und Beispiele – Teil 2**

*Vorsitz: A. Weltermann, Linz / J. König, Linz*

Meilensteine in der Hämatologie

*K. Lechner, Wien*

Psychoonkologie als integraler Bestandteil der onkologischen  
Behandlung

*S. Schmid, Linz*

Differentialdiagnose der Lymphknotenschwellung

*D. Follmer, Linz*

Next Generation Blood Thinners for Upcoming Doctors

*A. Weltermann, Linz*

# AmBisome® – von Anfang an<sup>1</sup>



Vertrauen Sie bei vermuteten und gesicherten Systemmykosen auf mehr als 22 Jahre Erfahrung<sup>2</sup>

- **Unübertroffene Wirksamkeit**<sup>3,4,5,6</sup>
- **Umfassendes Wirkspektrum, auch bei Mucormykosen**<sup>7,8,9</sup>
- **Gute Verträglichkeit durch liposomale Formulierung**<sup>10,11</sup>

AmBisome®   
Liposomales Amphotericin B

Von Anfang an<sup>1</sup>

## Fachkurzinformation:

**AmBisome 50mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antimykotika zur systemischen Anwendung, Antibiotika; **ATC-Code:** J02AA01.

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche enthält 50mg Amphotericin B eingebettet in Liposomen. Nach der Rekonstitution enthält das Konzentrat 4mg/ml Amphotericin B. **Sonstige Bestandteile:** Hydriertes Sojaphosphatidylcholin, Cholesterin, Distearoylphosphatidylglycerol, Saccharose, Dinatriumsuccinat-Hexahydrat,  $\alpha$ -Tocopherol, Natriumhydroxid-Lösung (zur pH-Einstellung), Salzsäure-Lösung (zur pH-Einstellung) **Anwendungsgebiete:** AmBisome ist angezeigt zur · Behandlung von schweren systemischen und/oder tiefen Mykosen. Zu den erfolgreich mit AmBisome behandelten Mykosen gehören disseminierte Candidose, Aspergillose, Kryptokokkenmeningitis, Mucormykose und chronisches Myzelom. · empirischen Behandlung von vermuteten Pilzinfektionen bei Patienten mit febriler Neutropenie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Bestandteile, außer wenn nach Meinung des Arztes die zu behandelnde Infektion lebensbedrohlich ist und nur mit AmBisome behandelt werden kann. **Zulassungsinhaber:** Gilead Sciences International Limited, Grant Park, Abingdon, Cambridge CB21 6GT, Großbritannien **NR, apothekenpflichtig.** Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

**Datum der Erstellung:** September 2012  
131/AT/13-02/MI/1102

## Referenzen:

1. AmBisome Fachinformation, August 2012.
2. Richardson and de Pauw, Clin Microbiol Infect 2008;14(S4):1-4.
3. Walsh TJ et al., NEJM 1999;340:764-771.
4. Kuse ER et al., Lancet 2007;369: 1519-1527.
5. Walsh TJ et al., NEJM 2002;346:225-234.
6. Walsh TJ et al., NEJM 2004;351:1391-1402.
7. Lass-Flörl C et al., Antimicrob Agents Chemother 2008;52(10):3637-3641.
8. Ellis D et al., J Antimicrob Chemother 2002;49(1):7-10.
9. Cuenca-Estrella M et al., Antimicrob Agents Chemother 2006;50(3):917-920.
10. Boswell et al., J Clin Pharmacol 1998;38:583-592.
11. Prentice et al., Br J Haematol 1997;98:711-718.



**GILEAD**

Gilead Sciences GesmbH  
Wagramer Straße 19, 1220 Wien

**Samstag, 20. April 2013**

8.00–9.30 **OeGHO Mitgliederversammlung** **Kongresssaal**

9.45–10.45 **Myelom** **Kongresssaal**

*Vorsitz: H. Ludwig, Wien / A. Palumbo, Torino (IT)*

Treatment Strategies for Patients with Multiple Myeloma  
*A. Palumbo, Torino (IT)*

Future Developments in Myeloma and Myeloma Therapy  
*H. Ludwig, Wien*

9.45–10.45 **Mammakarzinom** **Seminarraum 1**

*Vorsitz: R. Bartsch, Wien / P. Dubsy, Wien*

Molekulare Subtypen und klinische Implikation  
*P. Gampenrieder, Salzburg*

Update adjuvante Therapie  
*G. Steger, Wien*

MBC: Update Her2-positive Tumore  
*M. Balic, Graz*

MBC: Update Her2-negative Tumore  
*R. Bartsch, Wien*

Targeting the Microenvironment  
*P. Dubsy, Wien*

9.45–10.45 **CML Plattform** **Seminarraum 3**

*Vorsitz: S. Schmidt, Innsbruck*

Bei mCRPC nach Docetaxel...

# See SURVIVAL in a Different Light Look to JEVTANA®

Viele Ihrer mCRPC Patienten erfüllen die Kriterien für eine Behandlung mit **JEVTANA®** und zeigen gute Voraussetzungen für einen signifikanten Überlebensvorteil.<sup>1</sup>

- Therapiekontinuum bei mCRPC: Docetaxel vor **JEVTANA®**
- Chance auf 2 ½ Jahre Überlebenszeit für Ihre Patienten<sup>2</sup>

Fachkurzinformation siehe Seite 68

Samstag, 20. April 2013

9.45–10.45 **Workshop Junge Hämatologen/  
Internistische Onkologen** Seminarraum 4

*Vorsitz: A. Böhm, Linz / M. Preusser, Wien*

Begrüßung & Einleitung

*A. Böhm, Linz / M. Preusser, Wien*

Tipps und Tricks für eine erfolgreiche wissenschaftliche  
Karriere als Youngster

*M. Raderer, Wien*

Überblick über die Nachwuchsförderung der EHA

*M. Gruber, Linz*

Überblick über die Aktivitäten des ESMO Young Oncologists  
Committee

*M. Preusser, Wien*

Gemeinsames Brainstorming: Ziele und Initiativen der ÖGHO  
Youngsters

*A. Böhm, Linz / M. Preusser, Wien*

9.45–10.45 **Gemeinsame Sitzung OeGHO AHOP** Seminarraum 2

Teamwork zwischen Pflege & Ärzteschaft in der Onkologie –  
Probleme und Lösungsansätze

*Vorsitz: G. Gastl, Innsbruck / W. Hofer, Wien*

Delegation und Eigenverantwortung im Teamwork Pflege/  
Ärzteschaft aus juristischer Sicht

*T. Radner, Innsbruck*

Ärztliche Sicht „The Doctor Nurse Game“

*A. Weltermann, Linz*

Pflegerische Sicht

*B. Glawogger, Graz*

**Samstag, 20. April 2013**

11.00–12.00 **Onko News 2012/2013** **Kongresssaal**

*Vorsitz: H. Samonigg, Graz / W. Stangl, Oberwart  
R. Greil, Salzburg*

11.00–12.00 **CML** **Seminarraum 1**

*Vorsitz: A. Petzer, Linz / P. Valent, Wien*

Update Diagnostik und Monitoring  
*T. Lion, Wien*

Erstlinienbehandlung der CML: Aktuelle  
Therapieoptionen/Strategien  
*A. Petzer, Linz*

Zweitlinien-Therapie und neue TKIs in der CML  
*P. Valent, Wien*

11.00–12.00 **Hämostaseologie** **Seminarraum 3**

Gerinnungsexpertise für die Praxis anhand von Fallbeispielen

*LeiterInnen: A. Weltermann, Linz / S. Eichinger, Wien*

- Update zur leitlinienkonformen Therapie, u.a. Stellenwert der lokalen Thrombolyse
- Katheter-assoziierte Thrombose
- Antikoagulation bei Risikopatienten
- Umgang mit neuen Antikoagulantien
- Prophylaxe des postthrombotischen Syndroms

Samstag, 20. April 2013

11.00–12.00 **Ernährung hämatologischer / onkologischer Patienten** Seminarraum 4

*Vorsitz: F. Keil, Wien / W. Druml, Wien*

Tumor und Kachexie – eine unheilvolle Allianz?  
*F. Keil, Wien*

Nutrition Day Onkologie – Parenterale Ernährung in der  
Hämatologie/Onkologie  
*W. Druml, Wien*

Nutritional support in hematological and oncological patients  
*P. Ravasco, Lissabon (PT)*

Bedeutung der Ernährung in der Strahlentherapie  
*A. De Vries, Feldkirch*

Mit freundlicher Unterstützung der  
Baxter Healthcare GmbH

**Baxter**

12.30–13.30 **Häma News 2012/2013** Kongresssal

*Vorsitz: J. Drach, Wien / K. Gatringer, Kufstein*

*G. Gastl, Innsbruck*

**Samstag, 20. April 2013**

12.30–13.30 **Neuroendokrine Tumore** **Seminarraum 1**

*Vorsitz: T. Kühr, Wels / P.Preis, Waidhofen*

Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie  
*I. Virgolini, Innsbruck*

Medikamentöse Therapie von Neuroendokrinen Tumoren  
(GEP-NET)

*T. Kühr, Wels*

Zukünftige Aspekte  
*M. Raderer, Wien*

12.30–13.30 **Wissensdatenbanken  
in der Hämato-Onkologie** **Seminarraum 3**

*Leiter: J. König, Linz*

Einführung in den Gebrauch von Literatur- und Faktendatenbanken in den Gebieten Hämato- und Onkologie sowie in die Benützung von Point-of-Care-Systemen (UpToDate – für diese Datenbank erhalten die TeilnehmerInnen einen kostenlosen Testzugang!)

### Programm der 20. AHOP – Frühjahrstagung

#### Donnerstag 18. April 2013

12.00–15.30 **KMT-Arbeitsgruppensitzung** Seminarraum 2

17.45–19.15 **AHOP-Vorstandssitzung** Splitmeetingraum 11

#### Freitag 19. April 2013

8.30–9.30 **Eröffnungssitzung** Seminarraum 2

*Vorsitz: A. Voraberger, Wels / B. Glawogger, Graz*

Eröffnung

*B. Glawogger, Graz / P. Bettelheim, Linz / A. Voraberger, Wels*

Onkologie in der OÖ-Spitalslandschaft – ein Netzwerk?

*M. Röhlin, Linz*

Entwicklungen in der onkologischen Pflege – Initiative Cancer

Nurse

*W. Hofer, Wien*

10.00–11.30 **Die Bedeutung der Psychoonkologie ...** Seminarraum 2

*Vorsitz: B. Kosel, Graz / D. Winter, Salzburg*

... aus Sicht des Mediziners

*H. Samonigg, Graz*

... aus Sicht der Psychologin/Psychotherapeutin

*E. Andritsch, Graz*

... aus Sicht der Pflegeperson

*E. Wauch, Klagenfurt*

12.00–13.30 **Vormittagsitzung** Seminarraum 2

*Vorsitz: H. Bickel, Feldkirch / B. Birkenau, Wien*

Zertifizierung des Schmerzmanagements –

wer profitiert davon?

*J. Trattner, Graz*

Transkulturelle und interreligiöse Aspekte in der onkologischen

Pflege

*H. Felbermayr, Linz*

Das onkologische geriatrische Behandlungskonzept der

Elisabethinen Linz – ein Update

*H. Koller, Linz*

13.30–14.30 **MITTAGSPAUSE**

### Freitag 19. April 2013

14.30–16.00 **AHOP-Förderpreise 2013** **Seminarraum 2**

*Vorsitz: G. Frim, Vöcklabruck / A. Erlinger, Linz*

#### **AHOP-Generalversammlung**

Vorstellung der nominierten Beiträge für die AHOP-Förderpreise 2013

1. „Hilfe – meine Leber brennt! Kann mehr Wissen über fremde Kulturen helfen, Pflege individuell und bedürfnisorientiert bereitzustellen?“

*Ch. Mössinger, Feldkirch*

2. „Wohlfühlen durch bewusstes Essen und Trinken“ – Prävention tumor-assoziiertes Mangelernährung und diätetische Interventionen bei gastrointestinalen Nebenwirkungen unter onkologischer Therapie

*I. Stimpfl, Oberwart / C. Pferschy, Oberwart*

3. „Pflegerberatung des onkologischen Patienten bei Zytostatika-Nebenwirkungen“

*A. Seiringer, Steyr*

Preisverleihung der AHOP-Förderpreise 2013

*B. Glawogger, Graz / K. Aichberger, Linz*

16.30–17.30 **Kritisch krank und das durch Krebs** **Seminarraum 2**

*Vorsitz: C. Jensen, Wien / J. Trattner, Graz*

Die Perspektive der Onkologischen Intensivpflege

*H. Titzer, Wien*

Die Perspektive des Intensivmediziners

*P. Schellongowski, Wien*

Schlussworte

*B. Glawogger, Graz*

### Samstag 20. April 2013

8.30–9.30 **Palliative Care** **Seminarraum 2**

*Vorsitz: M. Röthlin, Linz / I. Bachner (Linz)*

Mobiles Hospiz – mit Blick auf onkologische PatientInnen  
*F. Lackner, Linz*

Flächendeckung vor Bedarfsdeckung – Palliativversorgung auf dem Weg in den Alltag  
*H. Kössler, Baden*

9.45–10.45 **Gemeinsame Sitzung OeGHO AHOP** **Seminarraum 2**

Teamwork zwischen Pflege & Ärzteschaft in der Onkologie – Probleme und Lösungsansätze

*Vorsitz: G. Gastl, Innsbruck / W. Hofer, Wien*

Delegation und Eigenverantwortung im Teamwork Pflege/ Ärzteschaft aus juristischer Sicht  
*T. Radner, Innsbruck*

Ärztliche Sicht „The Doctor Nurse Game“  
*A. Weltermann, Linz*

Pflegerische Sicht  
*B. Glawogger, Graz*

11.00–12.30 **Workshop** **Seminarraum 2**

Transkulturelle und Interreligiöse Aspekte – eine Herausforderung

*H. Felbermayr, Linz / R. Kitzmüller, Linz*

**Donnerstag 18. April 2013**

12.00–13.30 **Symposium Mundipharma** **Kongresssaal**

**Bendamustin bei B-Zell-Lymphomen und soliden Tumoren:  
Bewährter Eckpfeiler – Neue Ansätze**

*Vorsitz: R. Greil, Salzburg / W. Linkesch, Graz*

Begrüßung  
*R. Greil, Salzburg*

Re-Treatment mit Bendamustin bei CLL und iNHL  
*M. Fiegl, Innsbruck*



Bendamustin beim iNHL: Neue Daten! Neuer Standard?  
*M. Rummel, Gießen (DE)*

Bendamustin beim Multiplen Myelom: Stellenwert der BBD  
Kombination  
*N. Zojer, Wien / H. Ludwig, Wien*

Bendamustin beim fortgeschrittenen Mammakarzinom:  
Eine Option?  
*B. Mlineritsch, Salzburg*

Zusammenfassung  
*W. Linkesch, Graz*

12.00–13.30 **Symposium Sanofi** **Seminarraum 1**

**mCRC: Neue Therapieoptionen**

*Vorsitz: D. Arnold, Hamburg (DE) / G. Kornek, Wien*

Stellenwert der Angiogenesehemmung beim mCRC  
*G. Prager, Wien*

mCRC: Welche Therapieoptionen ergeben sich aus den  
aktuellen Studien?  
*D. Arnold, Hamburg (DE)*

Nebenwirkungsmanagement unter Angiogenesehemmung  
*G. Kornek, Wien*



**Donnerstag 18. April 2013**

12.00–13.30 **Symposium Teva/ratiopharm I**

**Seminarraum 4**

**Blutige Auseinandersetzung**

*Vorsitz: A. Weltermann, Linz / H. Ludwig, Wien*

Was spricht für den Einsatz von ESA beim Tumorpatienten  
*D. Spahn, Zürich (CH)*

Was spricht für den Einsatz von Bluttransfusionen beim  
Tumorpatienten

*Ch. Gabriel, Rotes Kreuz, Linz*

ESA Rezeptoren auf Tumorzellen  
*H. Sitte, Wien*

Biosimilars in stem cell mobilisation  
*A. Nagler, Sheba Medical Center (IL)*

TEVA

**ratiopharm**

17.45–19.15 **Symposium Roche I**

**Kongresssaal**

**Der richtige Patient für Antiangiogenese**

*Vorsitz: Ch. Dittrich, Wien / G. Gastl, Innsbruck*

Antiangiogenetische Therapie: Wie lange ist zu kurz?  
*P. Krippel, Fürstenfeld*

Wie lange ist antiangiogenetische Therapie beim mCRC  
sinnvoll?

*R. Greil, Salzburg*

Die Hochrisikopatientin  
*R. Bartsch, Wien*

Avastin: „First in Class“ Angiogenesehemmer beim OC  
*P. Horak, Wien*

Avastin beim NSCLC – Fakten und Mythen  
*W. Hilbe, Innsbruck*

Antiangiogenetische Therapie in der Neuroonkologie  
*Ch. Marosi, Wien*



**Donnerstag 18. April 2013**

17.45–19.15 **Symposium Bayer**

**Seminarraum 1**

**ESMO Guidelines 2012**

**Innovationen in der Therapie des metastasierten kolorektalen Karzinoms**

*Vorsitz: W. Scheithauer, Wien / J. Thaler, Wels*

Beyond KRAS: prognostische und prädiktive Marker beim  
Kolorektalkarzinom

*G. Prager, Wien*

Klinisches Management des mCRC: Fortschritte in Forschung  
und Praxis

*W. Eisterer, Innsbruck*

ESMO 2012: neue Behandlungsparadigmen und  
Therapieoptionen beim mCRC

*W. Scheithauer, Wien*

Nebenwirkungsmanagement in der Therapie des mCRC:  
Stellenwert und Implikationen für die Klinik

*G. Kornek, Wien*



**Bayer**

**Donnerstag 18. April 2013**

17.45–19.15 **Symposium Celgene I**

**Seminarraum 4**

**Vidaza®**

**MDS 2013 – Standards, Trends, Aussichten**

*Vorsitz: W. Linkesch, Graz / W. Sperr, Wien*

Begrüßung

*W. Linkesch, Graz*

Management des Hochrisiko-MDS

*M. Pfeilstöcker, Wien*



Therapie spezifischer MDS-Subgruppen

*R. Stauder, Innsbruck*

Neue Daten zu Azacitidin aus dem österreichischen  
MDS-Register

*L. Pleyer, Salzburg*

Innovative Therapiekonzepte bei MDS

*U. Platzbecker, Dresden (DE)*

Zusammenfassung

*W. Sperr, Wien*

**Donnerstag 18. April 2013**

17.45–19.15 **Symposium Novartis I**

**Seminarraum 2**

**Hämatologie Symposium „State of the Art in der Therapie von Myeloproliferativen Neoplasien“**

*Vorsitz: K. Geissler, Wien*

**1. Chronische Myeloische Leukämie (CML)**

Treatment-free Remission – A Vision for CML Therapy?

*G. Saglio, Turin (IT)*

Ansprechen nach 3 Monaten – Lässt sich der weitere Verlauf der Erkrankung vorhersagen?

*A. Petzer, Linz*

Podiumsdiskussion

**2. Myelofibrose**

Langzeit-Erfahrungen mit Ruxolitinib als Therapie der Myelofibrose

*H. Gisslinger, Wien*

3 Fälle aus dem klinischen Alltag

*A. Lang, Feldkirch / W. Willenbacher, Innsbruck / T. Sliwa, Wien*

Podiumsdiskussion



**Freitag 19. April 2013**

12.00–13.30 **Symposium Roche II**

**Kongresssaal**

**„BRANDnew“: aktuelle Entwicklungen in der Therapie des Mammakarzinoms und hämatologischer Erkrankungen**

*Vorsitz: H. Samonigg, Graz / A. Petzer, Linz*

MabThera subkutan: Minuten anstatt Stunden

*G. Wahl, Wien*



Optimierter Standard in der Therapie des HER2 pos Mammakarzinoms: Herceptin subkutan

*G. Steger, Wien*

Perjeta: For HER2 – two for HER, neuer Standard in der 1st line Behandlung des metastasierten Mammakarzinoms

*K. Strasser-Weippl, Wien*

ADC – der neue Weg in der Therapie des Mammakarzinoms

*B. Mlineritsch, Salzburg*

12.00–13.30 **Symposium Amgen**

**Seminarraum 1**

**Innovation gestern, heute und morgen**

*Vorsitz: G. Kornek, Wien/A. Weltermann, Linz*

Supportivtherapie – Luxus oder Lebensretter

*G. Gastl, Innsbruck*



XGEVA® – Der neue Standard in der Behandlung von Knochenmetastasen bei soliden Tumoren;

*T. Brodowicz, Wien*

Latest Pipeline News – BiTe & more

*T. Lillie, International Development, Amgen*

**Freitag 19. April 2013**

12.00–13.30 **Symposium Celgene II**

**Seminarraum 4**

**Revlimid®**

**Multiples Myelom – Wo stehen wir 2013?**

*Vorsitz: J. Drach, Wien / H. Gisslinger, Wien*

Begrüßung

*J. Drach, Wien*

Neue molekulare und translationale Daten – Wegweiser für die zukünftige Therapie des MM?

*N. Zojer, Wien*

Optimal Sequencing of novel Agents in elderly P atients

*M. V. Mateos, Salamanca (ES)*

ASCT – Was dann?

*H. Ludwig, Wien*

Diskussion

Zusammenfassung

*H. Gisslinger, Wien*



12.00–13.30 **Symposium Janssen-Cilag**

**Splitmeetingraum 11**

**Update: Prostatakarzinom, Multiples Myelom, Akute Myeloide Leukämie und Ovarialkarzinom**

*Vorsitz: M. Fridrik, Linz*

Update zum metastasierten kastrationsresistenten

Prostatakarzinom

*M. De Santis, Wien*

Neue therapeutische Optionen beim Multiplen Myelom

*W. Willenbacher, Innsbruck*

AML – Ein Überblick

*H. Sill, Graz*

Ovarialkarzinom – Quo vadis?

*M. Fridrik, Linz*



**Freitag 19. April 2013**

16.30–18.00 **Symposium Novartis II**

**Kongresssaal**

**„Innovationen in der Onkologie – fortgeschrittenes  
Mammakarzinom and beyond“**

*Vorsitz: A. Petzer, Linz / R. Greil, Salzburg*

Neue Impulse in der Therapie des fortgeschrittenen  
Mammakarzinoms – Ein- und Ausblicke

*G. Steger, Wien*

mTOR-Inhibition als neue Therapieoption beim HR+, HER2-,  
fortgeschrittenem Mammakarzinom

*D. Lüftner, Berlin (DE)*

Biosimilars – gestern, heute, morgen

*M. Schiestl, Scientific & Regulatory Advisor,  
Sandoz Biopharmazeutika, Kundl*



16.30–18.00 **Symposium Alexion**

**Seminarraum 1**

**Complement verbindet**

*Vorsitz: P. Bettelheim, Linz / R. Oberbauer, Linz*

Das Complementsystem:  
Alter Hut oder Ziel innovativer Therapieansätze?  
*G. Zlabinger, Wien*



Leitliniengerechte Therapie der PNH in Österreich:  
Was lehrt uns das PNH-Register?  
*P. Bettelheim, Linz*

Innovative Therapiekonzepte beim aHUS  
– Klinische Erfahrung mit Eculizumab  
*C. Mache, Graz*

Diskussion & Zusammenfassung  
*P. Bettelheim, Linz / R. Oberbauer, Linz*

**Freitag 19. April 2013**

16.30–18.00 **Symposium Teva/ratiopharm II**

**Seminarraum 4**

**Kardiotoxizität unter Chemotherapie –  
die Myozyten sind einmalig**

*Vorsitz: G. Gastl, Innsbruck / M. Fridrik, Linz*

Kardiotoxizität & Lymphome  
*M. Fridrik, Linz*



**ratiopharm**

Tiroler NHL Auswertung & Kardiotoxizität  
*M. Fiegl, Innsbruck*

Kardiotoxizität & Mammakarzinom  
*T. Suter, Bern (CH)*

Vorstellung CACOCA Trial  
*W. Hilbe, Innsbruck*

**Samstag, 20. April 2013**

9.45–12.00 **Patiententag**

**Mietbüro 2**

**Thema: Reisemedizin für Krebskranke**

*Vorsitz: M. Girschikofsky, Linz*

Reiseapotheke und Impfungen

*R. Gattringer, Linz*

Blutarmut, Blutungen und Thromboseschutz

*M. Girschikofsky, Linz*

(Stand bei Drucklegung)

**ALEXION Pharma Germany**, München, Deutschland  
**AMGEN**, Wien  
**AOP Orphan Pharmaceuticals**, Wien  
**ASTELLAS Pharma**, Wien  
**ASTRAZENECA Österreich**, Wien  
**ASTRO-PHARMA**, Wien  
**AXON LAB**, Polling  
**BAYER Austria**, Wien  
**Boehringer Ingelheim**, Wien  
**BRISTOL-MYERS SQUIBB**, Wien  
**CELGENE**, Wien  
**CLIMED Medizinische Produkte**, Wien  
**CODAN Medical**, Salzburg  
**CSC Pharmaceuticals**, Bisamberg  
**CTI Life Sciences**, Mannheim, Deutschland  
**EISAI**, Wien  
**ELI LILLY**, Wien  
**EUSA Pharma**, München, Deutschland  
**FRESENIUS Medical Care Austria**, Wien  
**GILEAD Sciences**, Wien  
**GLAXOSMITHKLINE Pharma**, Wien  
**HELTSCHL**, Schlußberg  
**JANSSEN-CILAG Pharma**, Wien  
**MEDMEDIA Verlag und Mediaservice**, Wien  
**MERCK SERONO**, Wien  
**MERCK SHARP & DOHME**, Wien  
**MUNDIPHARMA**, Wien  
**NORDIC Pharma**, Ismaning, Deutschland  
**NOVARTIS Pharma**, Wien  
**PFIZER Corporation Austria**, Wien  
**PharmaMar**, Colmenar Viejo (Madrid), Spanien  
**PIERRE FABRE Onkologie Österreich**, Baden  
**ROCHE Austria**, Wien  
**SANDOZ**, Wien  
**sanofi-aventis**, Wien  
**TAKEDA Pharma**, Wien  
**TEVA/ratiopharm Arzneimittel**, Wien  
**THE BINDING SITE**, Schwetzingen, Deutschland

Design Center Linz  
Europaplatz 1  
4020 Linz

**Anreise per Auto:**  
von Richtung Salzburg und Wien auf der Westautobahn A1, Abfahrt Linz/Zentrum

von Richtung Prag, Freistadt auf der Mühlkreisautobahn A7, Abfahrt Linz/-Hafenstraße

von Richtung Regensburg, Passau auf der Innkreisautobahn A8 zur A1, Abfahrt Linz/Zentrum oder mautfrei entlang der Donau auf der B 127



A1 – Abfahrt Linz – **Abfahrt Prinz-Eugen-Straße** – an der 4. Ampel links abbiegen – folgen Sie der Beschilderung zur Design Center Linz Garage oder dem Freiparkplatz in 500m Entfernung.

### Öffentliche Verkehrsmittel:

Ab Hauptbahnhof mit Buslinie 12 oder 17 bis Europaplatz, oder Buslinie 27 bis Franckstraße.

### Flughafen:

Flughafen Linz GesmbH  
Flughafenstraße 1  
A-4063 Hösrsching  
<http://www.flughafen-linz.at/>

### Bahnhof:

Hauptbahnhof Linz  
Bahnhofplatz 8  
A-4020 Linz

**BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS:** Afinitor 2,5 mg/ 5 mg/ 10 mg Tabletten

**QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Tablette enthält 2,5 mg, 5 mg bzw. 10 mg Everolimus. Sonstige Bestandteile: Jede Tablette enthält 74 mg, 149 mg bzw. 297 mg Lactose. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Butylhydroxytoluol (E321), Magnesiumstearat, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Crospovidon Typ A, Lactose. **Anwendungsgebiete:** Hormonrezeptor-positives, fortgeschrittenes Mammakarzinom: Afinitor wird in Kombination mit Exemestan zur Therapie des Hormonrezeptor-positiven, HER2/neu-negativen, fortgeschrittenen Mammakarzinoms bei postmenopausalen Frauen ohne symptomatische viszerale Metastasierung angewendet, nachdem es zu einem Rezidiv oder einer Progression nach einem nicht-steroidalen Aromataseinhibitor gekommen ist. Neuroendokrine Tumoren pankreatischen Ursprungs: Afinitor ist zur Behandlung von inoperablen oder metastasierten, gut oder mäßig differenzierten neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs bei Erwachsenen mit progressiver Erkrankung indiziert. Nierenzellkarzinom: Afinitor ist zur Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom indiziert, bei denen es während oder nach einer gegen VEGF gerichteten Therapie zu einer Krankheitsprogression kommt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, andere Rapamycin-Derivate oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **INHABER DER ZULASSUNG:** Novartis Europharm Limited, Wimbleshurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Vereinigtes Königreich. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, andere antineoplastische Mittel, Proteinkinase-Inhibitoren, ATC-Code: L01XE10. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rp, apothekenpflichtig. Stand: Dezember 2012.

Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen.

**Yondelis® 0,25 mg / 1 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats**

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Durchstechflasche mit Pulver enthält 0,25 mg / 1 mg Trabectedin. Ein ml rekonstituierte Lösung enthält 0,05 mg Trabectedin. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Durchstechflasche mit Pulver enthält 2 mg / 8 mg Kalium und 0,1 g / 0,4 g Sucrose. **Anwendungsgebiete:** Yondelis ist indiziert für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem Weichteilsarkom nach Versagen von Anthrazyklinen und Ifosfamid, bzw. von Patienten, bei denen sich die Anwendung dieser Mittel nicht eignet. Die Wirksamkeitsdaten basieren vorwiegend auf Patienten mit Liposarkom und Leiomyosarkom. Yondelis in Kombination mit pegyliertem liposomalem Doxorubicin (PLD) ist indiziert für die Behandlung von Patientinnen mit einem platinensensiblen Ovarialkarzinomrezidiv. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Trabectedin oder einen der sonstigen Bestandteile. Begleitende schwere oder unkontrollierte Infektion. Stillzeit. Kombinierte Anwendung mit Gelbfiebervakzin. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Sucrose. Kaliumdihydrogenphosphat. Phosphorsäure (zur pH-Anpassung). Kaliumhydroxid (zur pH-Anpassung). **Inhaber der Zulassung:** Pharma Mar, S.A., Avda. de los Reyes 1, Polígono Industrial La Mina, 28770 Colmenar Viejo (Madrid), Spanien. **Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastisches Mittel, ATC-Code: L01XC01. **Stand der Information:** August 2012.

**Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Angaben zu Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Erbitux 5mg/ml Infusionslösung

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 ml Infusionslösung enthält 5 mg Cetuximab. Eine Durchstechflasche mit 20 ml enthält 100 mg Cetuximab. Eine Durchstechflasche mit 100 ml enthält 500 mg Cetuximab. Cetuximab ist ein mittels rekombinanter DNA-Technologie aus einer Säugerzelllinie (Sp2/0) gewonnener chimärer monoklonaler IgG1-Antikörper. **Anwendungsgebiete:** Erbitux ist indiziert zur Behandlung des metastasierenden, EGFR (epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor) exprimierenden Kolorektalkarzinoms mit Wildtyp-K-Ras-Gen • in Kombination mit einer Irinotecan-basierten Chemotherapie, • als Erlintinenbehandlung in Kombination mit FOLFOX, • als Monotherapie bei Patienten, bei denen die Therapie mit Oxaliplatin und Irinotecan versagt hat und die Irinotecan nicht vertragen. *Einzelheiten siehe Abschnitt 5.1.* Erbitux ist indiziert zur Behandlung von Patienten mit Plattenepithelkarzinom im Kopf- und Halsbereich • in Kombination mit einer Strahlentherapie für eine lokal fortgeschrittene Erkrankung, • in Kombination mit einer platin-basierten Chemotherapie für eine rezidivierende und/oder metastasierende Erkrankung. **Gegenanzeigen:** Erbitux ist kontraindiziert bei Patienten mit bekannten schweren Überempfindlichkeitsreaktionen (Grad 3 oder 4) gegen Cetuximab. Die Kombination von Erbitux mit Oxaliplatin-haltiger Chemotherapie ist kontraindiziert bei Patienten mit metastasierendem Kolorektalkarzinom mit K-Ras-Mutation oder unbekanntem K-Ras-Mutationsstatus (siehe auch Abschnitt 4.4). Vor Beginn einer Kombinationsbehandlung sind die Gegenanzeigen für die gleichzeitig angewandten Chemotherapeutika oder für eine Strahlentherapie zu beachten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper. ATC-Code: L01XC06. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriumchlorid, Glycin, Polysorbat 80, Citronensäure-Monohydrat, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Merck KGaA, 64271 Darmstadt, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** Jänner 2013. Weitere Informationen zu den Abschnitten Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

**Avastin® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jeder Milliliter Konzentrat enthält 25 mg Bevacizumab\*. Jede Durchstechflasche zu 4 ml enthält 100 mg Bevacizumab, entsprechend 1,4 mg/ml bei Verdünnung gemäß Empfehlung. Jede Durchstechflasche zu 16 ml enthält 400 mg Bevacizumab, entsprechend 16,5 mg/ml bei Verdünnung gemäß Empfehlung. \*Bevacizumab ist ein rekombinanter humanisierter monoklonaler Antikörper, der mittels DNA-Technologie aus Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) gewonnen wird. **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 Platin-haltigen 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 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 epitheliale Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom in den International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)-Stadien IIIB, IIIC und IV angewendet. Bevacizumab wird in Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin 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. **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“). **Liste der sonstigen Bestandteile:**  $\alpha, \alpha$ -Trehalose 2 H<sub>2</sub>O, Natriumphosphat, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische und immunmodulierende Mittel, antineoplastische Mittel, andere antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC07. **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.** November 2012

**Zelboraf® 240 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 240 mg Vemurafenib (als Kopräzipitat von Vemurafenib und Hypromelloseacetatsuccinat). **Anwendungsgebiete:** Vemurafenib ist angezeigt als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit BRAF-V600 Mutation positivem nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose; Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)oxid (E 172). **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Proteinkinase Inhibitor, ATC-Code: L01XE15. **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.** Jänner 2013

#### **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 3,36 mg Pertuzumab für die Initialdosis und 1,68 mg Pertuzumab für die Erhaltungsdosis (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 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. **Anwendungsgebiete:** 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 Pertuzumab oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Essigsäure 99 %, L-Histidin, Sucrose, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Antineoplastische Substanzen, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC13. **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.** März 2013

**MabThera® 100 mg (10 mg/ml) Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung, MabThera® 500 mg (10 mg/ml) Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jeder Milliliter enthält 100 mg Rituximab. Jede Durchstechflasche zum einmaligen Gebrauch enthält 100 mg/500 mg Rituximab. Rituximab ist ein gentechnisch hergestellter monoklonaler chimärer Antikörper (Maus/Mensch), ein glykosyliertes Immunglobulin. Seine konstanten Bereiche bestehen aus humanem IgG1, die variablen Bereiche aus murinen leichten und schweren Kettensequenzen. Der Antikörper wird in einer Zellkultur aus Säugtierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) hergestellt und durch Affinitäts- und Ionenaustauscher-Chromatographie gereinigt, einschließlich spezifischer Schritte zur Virusinaktivierung und -entfernung. **Anwendungsgebiete:** MabThera ist bei Erwachsenen für die folgenden Anwendungsgebiete angezeigt: **Non-Hodgkin-Lymphom (NHL):** MabThera ist in Kombination mit einer Chemotherapie für die Erstbehandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom im Stadium III-IV angezeigt. Eine MabThera Erhaltungstherapie ist angezeigt zur Behandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom, die auf eine Induktionstherapie angesprochen haben. MabThera ist als Monotherapie für die Behandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom im Stadium III IV angezeigt, die gegen eine Chemotherapie resistent sind oder nach einer solchen einen zweiten oder neuerlichen Rückfall haben. MabThera ist für die Behandlung von Patienten mit CD20-positivem, diffusem großzelligem B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphom in Kombination mit einer CHOP(Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednisolon)-Chemotherapie angezeigt. **Chronische lymphatische Leukämie (CLL):** MabThera ist in Kombination mit einer Chemotherapie für die Behandlung von nicht vorbehandelten Patienten und von Patienten mit rezidivierender/refraktärer chronischer lymphatischer Leukämie angezeigt. Für Patienten, die bereits mit monoklonalen Antikörpern einschließlich MabThera behandelt wurden oder für Patienten, die refraktär auf eine vorherige Behandlung mit MabThera in Kombination mit Chemotherapie sind, liegen nur begrenzte Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit vor. Für weitere Informationen siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“. **Rheumatoide Arthritis:** MabThera in Kombination mit Methotrexat ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer, aktiver rheumatoider Arthritis angezeigt, die ungenügend auf andere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) einschließlich einer oder mehrerer Therapien mit Tumornekrosefaktor(TNF)-Hemmern angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Es konnte gezeigt werden, dass MabThera in Kombination mit Methotrexat das Fortschreiten der radiologisch nachweisbaren Gelenkschädigung vermindert und die körperliche Funktionsfähigkeit verbessert. **Gegenanzeigen:** **Gegenanzeigen beim Non-Hodgkin-Lymphom und bei der chronischen lymphatischen Leukämie:** - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Maus-Proteine. - Aktive, schwere Infektionen (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“). - Patienten mit stark geschwächter Immunabwehr. **Gegenanzeigen bei rheumatoider Arthritis:** - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Maus-Proteine. - Aktive, schwere Infektionen (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“). - Patienten mit stark geschwächter Immunabwehr. - Schwere Herzinsuffizienz (New York Heart Association Klasse IV) oder schwere, unkontrollierte Herzerkrankungen (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ bezüglich anderer kardiovaskulärer Erkrankungen). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriumcitrat, Polysorbit 80, Natriumchlorid, Natriumhydroxid, Salzsäure, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Monoklonale Antikörper, ATC Code: L01XC02. **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.** Mai 2012

**Tarceva® 100 mg Filmtabletten / Tarceva® 150 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Tarceva 100 mg: Eine Filmtablette enthält 100 mg Erlotinib (als Erlotinibhydrochlorid). Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 69,21 mg Lactose-Monohydrat. Tarceva 150 mg: Eine Filmtablette enthält 150 mg Erlotinib (als Erlotinibhydrochlorid). Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 103,82 mg Lactose-Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** **Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC):** Tarceva ist zur First-Line-Behandlung bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden EGFR-Mutationen angezeigt. Tarceva ist auch als Monotherapie zur Erhaltungsbehandlung bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC angezeigt, deren Krankheitszustand nach 4 Behandlungszyklen einer platinbasierten First-Line-Standardchemotherapie unverändert ist. Tarceva ist auch zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem NSCLC angezeigt, bei denen mindestens eine vorausgegangene Chemotherapie versagt hat. Beim Verschreiben von Tarceva sollten Faktoren, die im Zusammenhang mit einer verlängerten Überlebenszeit stehen, berücksichtigt werden. Bei Patienten mit epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-(EGFR)-ICH-negativen Tumoren konnten weder ein Überlebensvorteil noch andere klinisch relevante Wirkungen durch die Behandlung gezeigt werden (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Pankreaskarzinom:** Tarceva in Kombination mit Gemcitabin ist zur Behandlung von Patienten mit metastasiertem Pankreaskarzinom angezeigt. Beim Verschreiben von Tarceva sollten Faktoren, die im Zusammenhang mit einer verlängerten Überlebenszeit stehen, berücksichtigt werden (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte 4.2 „Dosierung, Art und Dauer der Anwendung“ und 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Pankreaskarzinom konnte ein Überlebensvorteil nicht gezeigt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Erlotinib oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose (E 460), Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A) (Ph. Eur.), Natriumdoccylsulfat, Magnesiumstearat (Ph. Eur.) (E 470b). Filmüberzug: Hypromellose (E 463), Titandioxid (E 171), Macrogol (400), Hypromellose (E 464). Tarceva 100 mg - graue Drucktinte: Schellack (E 904), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171). Tarceva 150 mg - braune Drucktinte: Schellack (E 904), Eisen(III)-oxid (E 172). **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastisches Mittel Proteinkinase-Hemmer. ATC-Code: L01XE03. **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.** Stand: Juni 2012

**Xeloda® 150 mg Filmtabletten / Xeloda® 500 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 150 mg / 500 mg Capecitabin. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 150 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 15,6 mg wasserfreie Lactose. 500 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 52 mg wasserfreie Lactose. **Anwendungsgebiete:** Xeloda ist zur adjuvanten Behandlung von Patienten nach Operation eines Kolonkarzinoms im Stadium III (Dukes Stadium C) indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Xeloda ist zur Behandlung des metastasierten Kolorektalkarzinoms indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Xeloda ist in Kombination mit einem Platin-haltigen Anwendungsschema als First-line-Therapie des fortgeschrittenen Magenkarzinoms indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Xeloda ist in Kombination mit Docetaxel (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“) zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom nach Versagen einer zytotoxischen Chemotherapie indiziert. Eine frühere Behandlung sollte ein Anthracyclin enthalten haben. Xeloda ist außerdem als Monotherapie zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom indiziert, bei denen eine Therapie mit Taxanen und Anthracyclinen versagt hat oder eine weitere Anthracyclinbehandlung nicht angezeigt ist. **Gegenanzeigen:** • Schwerwiegende und unerwartete Reaktionen bei Vorbehandlung mit Fluoropyrimidinen • Überempfindlichkeit gegen Capecitabin oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Fluorouracil • bekannter Dihydropyrimidin-Dehydrogenase-Mangel (DPD) (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“) • Schwangerschaft und Stillzeit • schwere Leukopenie, Neutropenie oder Thrombozytopenie • schwere Beeinträchtigung der Leberfunktion • schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min • Behandlung mit Sorivudin oder dessen chemischen Verwandten, wie z.B. Brivudin (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.5 „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“) • Wenn für eines der Arzneimittel der Kombinationstherapie Gegenanzeigen vorliegen, darf dieses Arzneimittel nicht angewendet werden. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: wasserfreie Lactose, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Hypromellose, Titandioxid (E171), Eisenoxidhydrat und Eisen(III)-oxid (E172), Talkum. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Zytostatikum (Antimetabolit), ATC-Code: L01BC06. **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.** November 2012

**Herceptin® 150 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche enthält 150 mg Trastuzumab, einen humanisierten IgG1 monoklonalen Antikörper, der aus einer Suspensionskultur von Säugetierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) hergestellt und durch eine Affinitäts- und Ionenaustauschchromatographie, die spezifische virale Inaktivierungs- und Entfernungprozesse beinhaltet, gereinigt wird. Die rekonstituierte Lösung mit Herceptin enthält 21 mg/ml Trastuzumab. **Anwendungsgebiete: Brustkrebs:** Metastasierter Brustkrebs (MBC): Herceptin ist zur Behandlung von Patienten mit HER2-positivem metastasiertem Brustkrebs 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 metastasiertem Brustkrebs, die noch nicht mit Trastuzumab behandelt wurden. Brustkrebs im Frühstadium (EBC): Herceptin ist zur Behandlung von Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium indiziert: - nach einer Operation, Chemotherapie (neoadjuvant oder adjuvant) 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 entzündlichem) 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“). **Metastasiertes Magenkarzinom (MGC):** Herceptin ist in Kombination mit Capecitabin oder 5-Fluorouracil und Cisplatin indiziert zur Behandlung von Patienten mit HER2-positivem metastasiertem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs, die bisher keine Krebstherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Herceptin ist nur bei Patienten mit metastasiertem Magenkarzinom anzuwenden, deren Tumore eine HER2-Überexpression, definiert durch ein IHC2+ und ein bestätigendes SISH- oder FISH-Ergebnis, oder durch ein IHC3+ Ergebnis, aufweisen. Hierfür sollten genaue und validierte Untersuchungsmethoden angewendet werden (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Trastuzumab, Mausproteine oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwere Ruhedyspnoe, die durch Komplikationen der fortgeschrittenen Krebserkrankung verursacht wird oder die eine unterstützende Sauerstofftherapie benötigt. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** Vorsicht ist bei Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz, Hypertonie in der Anamnese oder nachgewiesener koronarer Herzkrankheit geboten, und bei Brustkrebs im Frühstadium bei Patienten mit einer linksventrikulären Auswurfleistung (LVEF) von 55 % oder weniger. **Liste der sonstigen Bestandteile:** L-Histidinhydrochlorid, L-Histidin,  $\alpha,\alpha$ -Trehalosedihydrat, Polysorbat 20 **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/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.** Jänner 2013

**BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS:** Tasigna 150 mg Hartkapseln, Tasigna 200 mg Hartkapseln. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Eine Hartkapsel enthält 150 mg (200 mg) Nilotinib (als Hydrochlorid 1 H<sub>2</sub>O). **Sonstige Bestandteile (mit bekannter Wirkung):** Eine Hartkapsel enthält 117,08 mg (156,11 mg) Lactose (als Monohydrat). **Inhalt der Hartkapsel:** Lactose-Monohydrat, Crospovidon, Poloxamer 188, Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. **Hülle der Hartkapsel:** Gelatine, Titandioxid (E171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172), Eisen(III)-oxid (E172). **Druckfarbe:** Schellack, Eisen(II,III)-oxid (E172). **Anwendungsgebiete:** 150 mg: Tasigna ist angezeigt für die Behandlung von Erwachsenen mit neu diagnostizierter Philadelphia-Chromosom positiver chronischer myeloischer Leukämie (CML) in der chronischen Phase. 200 mg: Tasigna ist angezeigt für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit: – neu diagnostizierter Philadelphia-Chromosom positiver chronischer myeloischer Leukämie (CML) in der chronischen Phase, – Philadelphia-Chromosom positiver CML in der chronischen und akzelerierten Phase mit Resistenz oder Unverträglichkeit gegenüber einer Vorbehandlung einschließlich Imatinib. **Wirksamkeitsdaten** zu Patienten mit CML in der Blastenkrise liegen nicht vor. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Protein-Tyrosinkinasehemmer; ATC-Code: L01XE08. **INHABER DER ZULASSUNG:** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Vereinigtes Königreich. **ABGABE:** NR, apothekenpflichtig. Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte sind den veröffentlichten Fachinformationen zu entnehmen.

#### **SUTENT 12,5 mg/25 mg/50 mg Hartkapseln**

**Zusammensetzung:** Eine Hartkapsel enthält Sunitinibmalat, entsprechend 12,5 mg/25 mg/50 mg Sunitinib. **Sonstige Bestandteile: Kapselinhalt:** Mannitol (E 421) (Ph. Eur.), Croscarmellose-Natrium, Povidon (K 25), Magnesiumstearat (Ph. Eur). **Orangefarbene Kapselhülle (Sutent 12,5 mg/25 mg):** Gelatine, Eisen(III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171) **Karamellfarbene Kapselhülle (Sutent 25 mg/50 mg):** Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172) **Drucktinte:** Schellack, Propylenglycol, Natriumhydroxid, Povidon, Titandioxid (E 171) **Anwendungsgebiete:** Gastrointestinale Stromatumoren (GIST): Sutent wird bei Erwachsenen zur Behandlung nicht resezierbarer und/oder metastasierter maligner gastrointestinaler Stromatumoren (GIST) eingesetzt, wenn eine Behandlung mit Imatinib wegen Resistenz oder Unverträglichkeit fehlgeschlagen ist. Metastasierte Nierenzellkarzinome (mRCC): Sutent wird bei Erwachsenen zur Behandlung fortgeschrittener/metastasierter Nierenzellkarzinome (mRCC) eingesetzt. Pankreatische neuroendokrine Tumoren (pNET): Sutent wird bei Erwachsenen zur Behandlung nicht resezierbarer oder metastasierter, gut differenzierter pankreatischer neuroendokriner Tumoren (pNET) mit Krankheitsprogression eingesetzt. Die Erfahrung mit Sutent als First-line-Behandlung ist begrenzt (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Arzneimittel, Protein-Kinase-Inhibitoren **ATC-Code:** L01XE04 **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Ltd, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich **Stand der Information:** Januar 2013 **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

#### **JEVTANA 60 mg Konzentrat und Lösungsmittel zur Herstellung einer Infusionslösung**

**Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 ml des Konzentrates enthält 40 mg Cabazitaxel. Jede Durchstechflasche mit 1,5 ml (Nominalvolumen) Konzentrat enthält 60 mg Cabazitaxel. Nach der initialen Verdünnung mit dem gesamten Lösungsmittel enthält jeder ml der Lösung 10 mg Cabazitaxel. **Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:** Jede Durchstechflasche mit Lösungsmittel enthält 573,3 mg Ethanol 96 %. **Liste der sonstigen Bestandteile: Konzentrat:** Polysorbat 80, Citronensäure-Monohydrat. **Lösungsmittel:** Ethanol 96 %, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Jevtana ist in Kombination mit Prednison oder Prednisolon zur Behandlung von Patienten mit hormonrefraktärem metastasiertem Prostatakarzinom angezeigt, die mit einem Docetaxel-basierten Therapieschema vorbehandelt sind. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Cabazitaxel, gegen andere Taxane oder einen der sonstigen Bestandteile in der Formulierung, einschließlich Polysorbat 80; Bei einer Neutrophilenzahl kleiner als 1.500/mm<sup>3</sup>; • Bei eingeschränkter Leberfunktion (Bilirubin  $\geq$  1-Fache des oberen Normalwertes oder AST und/oder ALT  $\geq$  1,5-Fache der oberen Normalwerte); Gleichzeitige Impfung mit einem Gelbfieberimpfstoff. **Inhaber der Zulassung:** sanofi-aventis groupe, 54, rue La Boétie, 75008 Paris, Frankreich. • **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, Taxane, ATC-Code: L01CD04 • **Stand der Information:** September 2012.

**Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

# JAHRESTAGUNG 2013 Wien

18.–22. Oktober

Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie



## Call for Abstracts

Abstracteinreichung  
bis 6. Mai 2013

### Tagungspräsident

Prim. Univ.-Prof. Dr. Richard Greil  
Universitätsklinik für Innere Medizin III  
Salzburg, Österreich

### Tagungsort

Austria Center Vienna  
Bruno-Kreisky-Platz 1  
1220 Wien, Österreich

### Gesamtorganisation

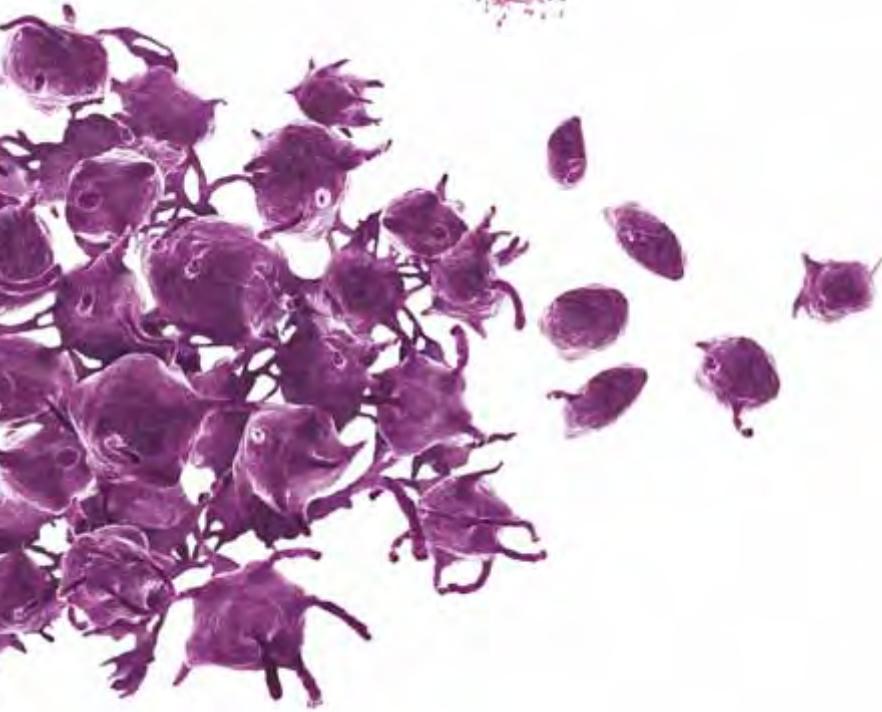
DGHO Service GmbH  
Alexanderplatz 1  
10178 Berlin, Deutschland  
E-Mail: jahrestagung2013@dgho-service.de  
Tel.: +49 (0) 30-2787 6089-14, -19

Alle Informationen finden Sie auch auf der Website der Jahrestagung:

[www.haematologie-onkologie-2013.at](http://www.haematologie-onkologie-2013.at)



# Thromboreductin®



## Targeted therapy of Essential Thrombocythemia

- Platelet selective<sup>1,2,3</sup>
- High response rate: 82-85%<sup>4</sup>
- Reduction of thromboembolic complications<sup>4,5</sup>
- Favorable long term safety profile<sup>4</sup>

[www.aorporphan.com](http://www.aorporphan.com)

- 1 Hong Y and Erusalimsky JD, Platelets [2002] 13, 381-386
- 2 Hong Y et al., Leukemia [2006], 1-6
- 3 Ahluwalia M et al., Journal of Thrombosis and Haemostasis [2010] 8: 2252-2261
- 4 Steurer M et al., Blood [2010], ASH Annual Meeting 2010, Abstract 5064
- 5 Steurer M et al., Cancer [2004], Volume 101/Number 10, 2239-2246



**AOP ORPHAN**  
FOCUS ON RARE DISEASES

SPC [short version]

**Name of the Medicinal Product** Thromboreductin® 0.5 mg capsules **Qualitative and Quantitative Composition** Each capsule contains 0.5 mg anagrelide as hydrochloride. Lactose warning: Each capsule contains 94 mg lactose monohydrate. **List of excipients** Capsule filling: lactose monohydrate, povidone, croscopolidone, microcrystalline cellulose, magnesium stearate. Capsule shell: titanium dioxide E171, indigo carmine E132, gelatine, water. **Therapeutic indications** Thromboreductin® is indicated for the reduction of an increased platelet number and associated clinical symptoms in high risk patients with essential thrombocythemia. High risk patients with essential thrombocythemia show one or more following symptoms: Age  $\geq$  60 years. Platelet counts  $\geq$  1,000,000/ $\mu$ l. Increase of platelet count  $\geq$  300,000/ $\mu$ l within 3 months. Severe thrombocythemic or ischaemic symptoms in anamnesis. Vascular risk factors. **Contraindications** Hypersensitivity to anagrelide or to any of the excipients of the medicinal product. Cardiovascular disease grade 3 with a negative benefit / risk assessment or grade 4 (South West Oncology Group). Severe renal insufficiency (creatinine clearance < 30ml/min). Moderate to severe hepatic insufficiency. **Marketing Authorisation Holder** Orpha-Devel Handels und Vertriebs GmbH, Austria **Dispensing status:** subject to medical prescription. **Pharmacotherapeutic group:** L01 (other antineoplastic substances). ATC code: L01XX35 **Date of revision of the text:** June 2010. Please refer to the published Summary of Product Characteristics for full prescribing information.