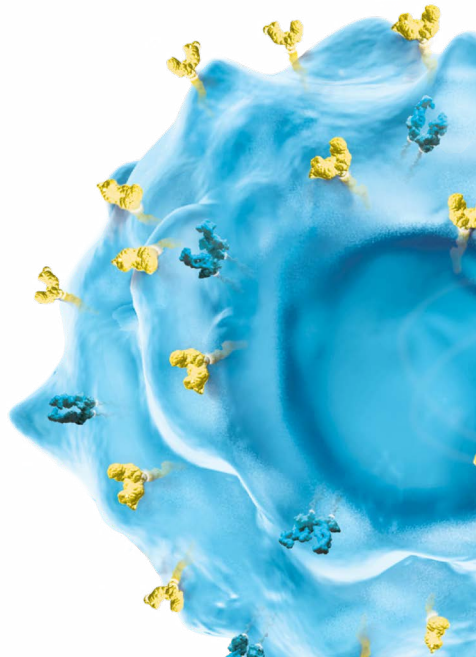


# CAR-T-ZELL- THERAPIE

zur Behandlung des rezidierten/refraktären (r/r)  
aggressiven B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphoms ab der 2L\*

**BROSCHÜRE FÜR ZUWEISENDE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE**  
INFORMATIONEN ZUR THERAPIE MIT BREYANZI®  
UND DER PATIENTENBETREUUNG

\*Ausführliche Indikation auf S.3 dieser Broschüre



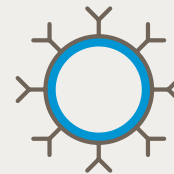
# IST IHRE PATIENTIN ODER IHR PATIENT GEEIGNET FÜR EINE CAR-T-ZELLTHERAPIE?

## BEHANDLUNG DES R/R AGGRESSIVEN B-ZELL-NON-HODGKIN-LYMPHOMS (B-ZELL-NHL) AB DER 2L\* MIT BREYANZI® (LISOCABTAGEN MARALEUCEL)

BREYANZI® ist eine gegen CD19 gerichtete, genetisch modifizierte, autologe, zelluläre Immuntherapie, die aus chimären Antigenrezeptor (CAR)-positiven lebensfähigen T-Zellen besteht (zusammengesetzt aus CD8+ und CD4+ Zellkomponenten).<sup>1</sup>




\* BREYANZI® ist indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit:

- diffusem grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL), High-Grade-B-Zell-Lymphom (HGBCL) oder primär mediastinalem grosszelligem B-Zell-Lymphom (PMBCL), das auf die Erstlinien-Chemoimmuntherapie refraktär ist oder innerhalb von 12 Monaten nach der Erstlinien-Chemoimmuntherapie rezidiert,<sup>1</sup>
- rezidiviertem oder refraktärem (r/r) DLBCL, HGBCL oder PMBCL nach zwei oder mehr systemischen Therapielinien.<sup>1</sup>



**Anti-CD19-CAR-T-Zelltherapie mit hoher Wirksamkeit und gut kontrollierbarem Sicherheitsprofil zur Behandlung von r/r B-Zell-NHL-Patientinnen und -Patienten ab der 2L<sup>1-4\*</sup>**

# EINE VIELZAHL VON PATIENTIN- NEN UND PATIENTEN MIT R/R AGGRESSIVEM B-ZELL-NHL KANN VON EINER CAR-T-ZELLTHERAPIE PROFITIEREN<sup>1</sup>

AUTOLOGE SZT*	ALLOGENE SZT*	CAR-T-ZELLTHERAPIE MIT BREYANZI®
		
<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Jüngere, fittere Patientinnen und Patienten<sup>14</sup></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Weniger Komorbiditäten</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Keine Altersbeschränkung (≥18 Jahre)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Chemosensitiv + chemorefraktär</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ECOG 0-2**</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Nach autologer/allogener SZT oder ohne vorangegangene SZT</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Auch mit moderater Einschränkung der Herz-, Leber- und Nierenfunktion möglich***</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Möglich bei sekundären ZNS-Lymphomen***</li> </ul>

**Patientinnen und Patienten können für eine CAR-T-Zelltherapie geeignet sein, obwohl für sie eine Blutstammzelltransplantation nicht in Frage kommen.**

\* SZT: Stammzelltransplantation.

\*\* TRANSCEND-NHL-001-Studie: ECOG ≤2 beim Vorscreening.<sup>3</sup>  
TRANSFORM-Studie: ECOG ≤1 beim Vorscreening.<sup>2</sup>

\*\*\* In der TRANSCEND-NHL-001- und TRANSFORM-Studie wurden Patientinnen und Patienten mit geringgradiger/mässiger Einschränkung der Herz-, Leber- und Nierenfunktion sowie sekundären ZNS-Lymphomen eingeschlossen.<sup>2,3</sup>

# PATIENTINNEN UND PATIENTEN PROFITIEREN VON DER FRÜHZEITIGEN PLANUNG EINER CAR-T-ZELLTHERAPIE



Das Therapieergebnis verschlechtert sich bei jedem weiteren Rezidiv und der Therapiedruck steigt nach jeder weiteren Behandlung.<sup>5</sup>

Eine **frühzeitige Planung und eine gute Zusammenarbeit zwischen überweisenden und behandelnden Ärztinnen und Ärzte** können den Therapieerfolg positiv beeinflussen.<sup>6,7</sup>

Die CAR-T-Zelltherapie sollte frühzeitig geplant werden, damit die Leukapherese schnellstmöglich erfolgen kann und Zeit gewonnen wird.



**Gemeinsam entscheiden,**

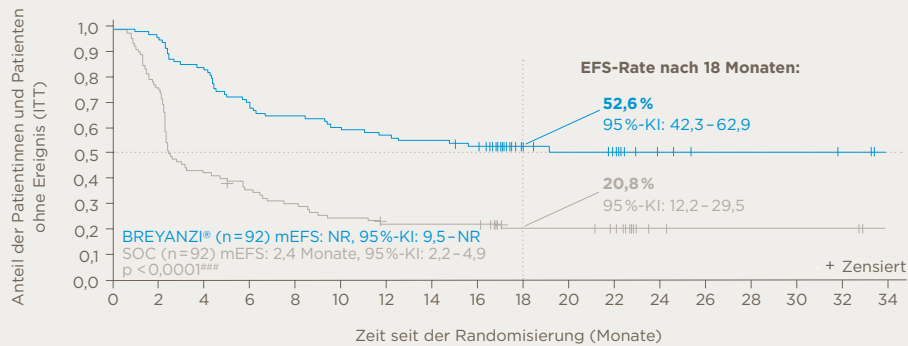
- ob die Patientin oder der Patient für eine CAR-T-Zelltherapie geeignet ist
- ob und welche Brückentherapie notwendig ist
- wann eine T-Zell-toxische Therapie vermieden werden soll

# BREYANZI® - ERGEBNISSE ZUR WIRKSAMKEIT IN DER 2L (TRANSFORM)<sup>2</sup>

TRANSFORM ist eine globale, randomisierte, offene Phase-3 Zulassungsstudie zum direkten Vergleich von BREYANZI® vs. Standard Of Care (SOC) bei 2L-LBCL-Patientinnen und Patienten, die für eine ASZT geeignet sind und innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der Erstlinien-Chemoimmuntherapie rezidivierten oder gegenüber dieser refraktär sind.<sup>2</sup>

## BREYANZI® IN DER 2L - MIT NUR EINER INFUSION SIGNIFIKANTE ÜBERLEGENHEIT GEGENÜBER SOC<sup>#,##,2</sup>

### Primärer Endpunkt: Ereignisfreies Überleben (EFS)<sup>#</sup>



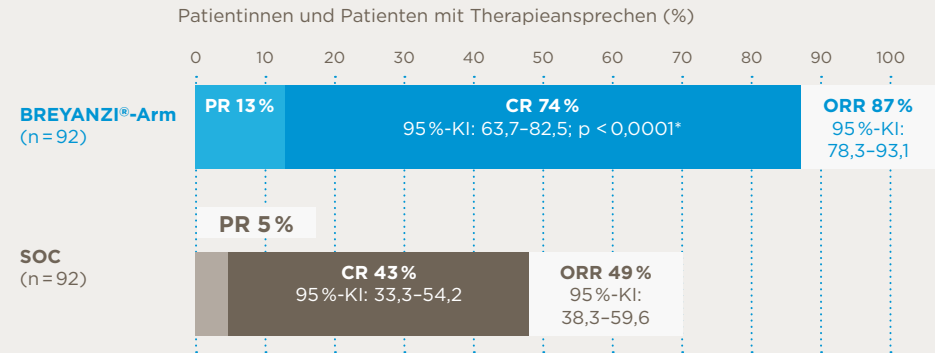
### Patientinnen und Patienten unter Risiko

BREYANZI®	92	87	76	62	59	55	52	48	45	24	20	17	5	3	3	3	3	0
SOC	92	66	39	32	27	22	19	19	19	12	12	10	3	2	2	2	2	0

Adaptiert nach [2]

## HOHE ANSPRECHRATEN UNTER BREYANZI® - EIN PLUS VON 30% GEGENÜBER SOC<sup>2</sup>

### Sekundärer Endpunkt: Komplettes Ansprechen (CR)



Adaptiert nach [2]

\* Der p-Wert wurde mit dem für die Primäranalyse präspezifizierten Signifikanzniveau von 0,021 verglichen.<sup>2</sup>  
<sup>#</sup> Das EFS (ereignisfreies Überleben) ist definiert als die Zeit von der Randomisierung bis zum Tod durch jedwede Ursache, PD, Nicht-Erreichen eines CR oder einer PR innerhalb von 9 Wochen nach Randomisierung oder Beginn einer antineoplastischen Therapie aufgrund von Wirksamkeitsbedenken, je nachdem, was zuerst eintrat.<sup>2</sup>  
<sup>###</sup> Durch das Independent Review Committee (IRC) gemäss Lugano-Klassifikation bestimmt.<sup>15</sup>  
<sup>###</sup> Das EFS wurde zum Zeitpunkt der Primäranalyse nicht erneut formal getestet.<sup>2,3</sup>

# BREYANZI® – GUTES ANSPRECHEN IN DER 2L IN VERSCHIEDENEN SUBGRUPPEN (TRANSFORM)<sup>2</sup>

**EIN THERAPIEANSPRECHEN WURDE AUCH IN ALLEN UNTERSUCHTEN SUBGRUPPEN BEOBACHTET, INKL. PATIENTINNEN UND PATIENTEN MIT DEN FOLGENDEN MERKMALEN:\***

- NHL-Histologien (DLBCL NOS de novo, DLBCL, HGBCL, PMBCL)
- Rezidiert oder refraktär auf die vorherige Therapie
- Hohe Tumorlast\*\*
- < 65 und ≥ 65 Jahre
- ECOG PS (beim Screening) 0, 1
- sAAPI: 0 oder 1; 2 oder 3
- Sekundäres ZNS-Lymphom

\* Weitere Subgruppen mit Therapieansprechen in der TRANSCEND NHL 001 Studie mit BREYANZI® in der 3L waren eine erhaltene Brückentherapie, ein sekundäres ZNS-Lymphom und Komorbiditäten wie Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance < 60 ml/min), Laktatdehydrogenase ≥ 500 U/L und Herzinsuffizienz (LVEF < 50 %).<sup>3</sup>

\*\* D. h. Summe der Produktdiameter ≥ 50 cm<sup>2</sup>.

## WEITERE AUSGEWÄHLTE SEKUNDÄRE ENDPUNKTE<sup>2</sup>

Bei einem medianen Follow-up von 17,5 Monaten war das mPFS unter BREYANZI® gegenüber SOC signifikant<sup>#</sup> überlegen. Das OS zeigte eine numerische Tendenz zugunsten von BREYANZI®.<sup>2</sup>

Parameter	BREYANZI®	SOC
mPFS, Monate (95%-KI) <sup>###</sup>	NR (12,6–NR)	6,2 (4,3–8,6)
PFS-Rate nach 18 Monaten, % (95%-KI)	58,2 (47,7–68,7)	28,8 (17,7–40,0)
mOS, Monate (95%-KI) <sup>###</sup>	NR (29,5–NR)	29,9 (17,9–NR)
OS-Rate nach 18 Monaten, % (95%-KI)	73,1 (63,9–82,3)	60,6 (50,2–71,1)
mOS, bereinigt um den Crossover-Effekt, Monate (95%-KI) <sup>###</sup>	NR (29,5–NR)	NR (8,1–NR)
OS-Rate nach 18 Monaten, bereinigt um den Crossover-Effekt, % (95%-KI) <sup>####</sup>	73,1 (63,9–82,3)	54,1 (43,1–65,2)

<sup>#</sup> p < 0,0001. Der p-Wert wurde mit dem für die Primäranalyse präspezifizierten Signifikanzniveau von 0,021 verglichen.<sup>2</sup>

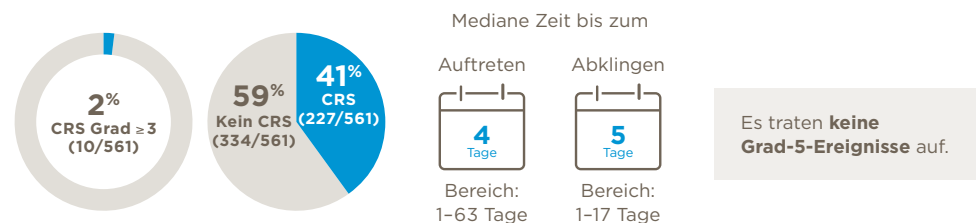
<sup>###</sup> Das PFS ist definiert als die Zeit von der Randomisierung bis zum Tod durch jedwede Ursache oder PD, je nachdem, was zuerst eintrat.<sup>2</sup>

<sup>####</sup> OS ist definiert als die Zeit von der Randomisierung bis zum Tod durch jedwede Ursache.<sup>2</sup>

<sup>#####</sup> Crossover vom Therapiestandard- in den BREYANZI®-Studienarm war zulässig, wenn nach drei Zyklen der Immun-chemotherapie kein komplettes oder partielles Ansprechen erreicht wurde, die Krankheit zu irgendeinem Zeitpunkt fortschritt oder eine neue antineoplastische Therapie begonnen werden musste, weil 18 Wochen nach der Randomisierung kein komplettes Ansprechen vorlag.<sup>2,3</sup>

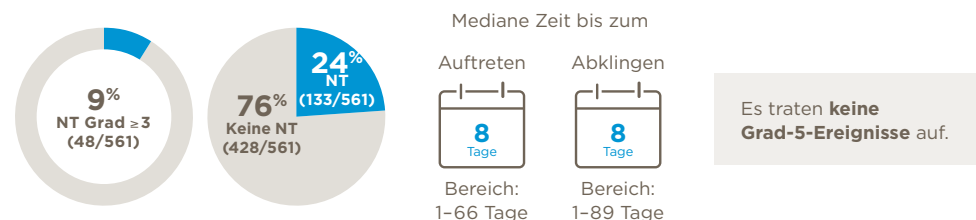
# AUSGEWÄHLTE NEBENWIRKUNGEN EINER BREYANZI®-THERAPIE (GEPOOLTE DATEN)<sup>1,#</sup>

## BEI 41% DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN TRAT EIN ZYTOKIN-FREISETZUNGSSYNDROM (CRS) AUF<sup>\*,\*\*,##</sup>



21% (116/561) der Patientinnen und Patienten erhielten nach der Infusion von BREYANZI® Tocilizumab und/oder ein Kortikosteroid gegen CRS. 10% (55/561) der Patientinnen und Patienten erhielten nur Tocilizumab, 9% (53/561) erhielten Tocilizumab und ein Kortikosteroid und 1% (8/561) erhielten nur Kortikosteroide.<sup>1</sup>

## BEI 24% DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN TRAT EINE NEUROTOXIZITÄT (NT) AUF<sup>#,\*,\*\*\*</sup>



<sup>#</sup> Weitere Informationen zu möglichen Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der ausführlichen BREYANZI® Fachinformation unter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).

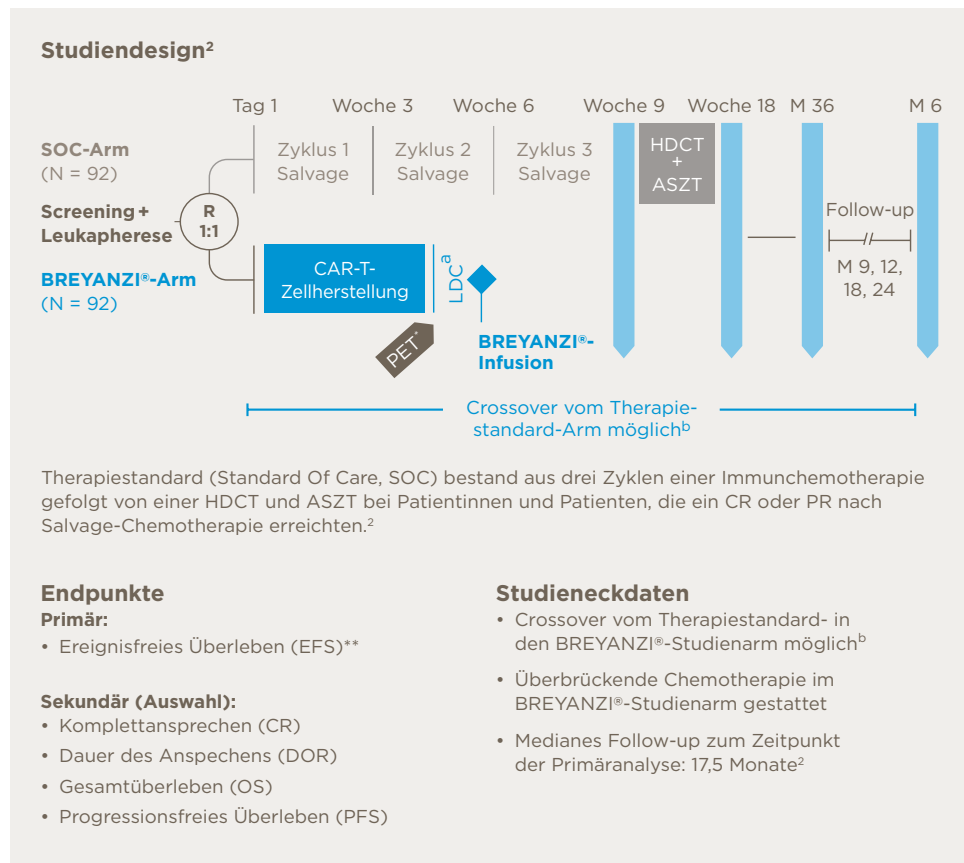
<sup>##</sup> Alle Schweregrade.

<sup>\*</sup> Safety Set ohne Crossover von SOC zu BREYANZI®.

<sup>\*\*</sup> CRS wurde gemäss den Kriterien von Lee 2014<sup>19</sup> bewertet.

<sup>\*\*\*</sup> Definiert als Prüfärzt-identifiziertes neurologisches BREYANZI®-bedingtes unerwünschtes Ereignis, bewertet gemäss National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events version 4.03.20

# TRANSFORM (PHASE-3 ZULASSUNGSTUDIIE): STUDIENDESIGN, ENDPUNKTE UND ECKDATEN<sup>2</sup>



**ASZT:** Autologe Stammzelltransplantation; **HDCT:** Hochdosis-Chemotherapie; **LDC:** Lymphodepletierende Chemotherapie.

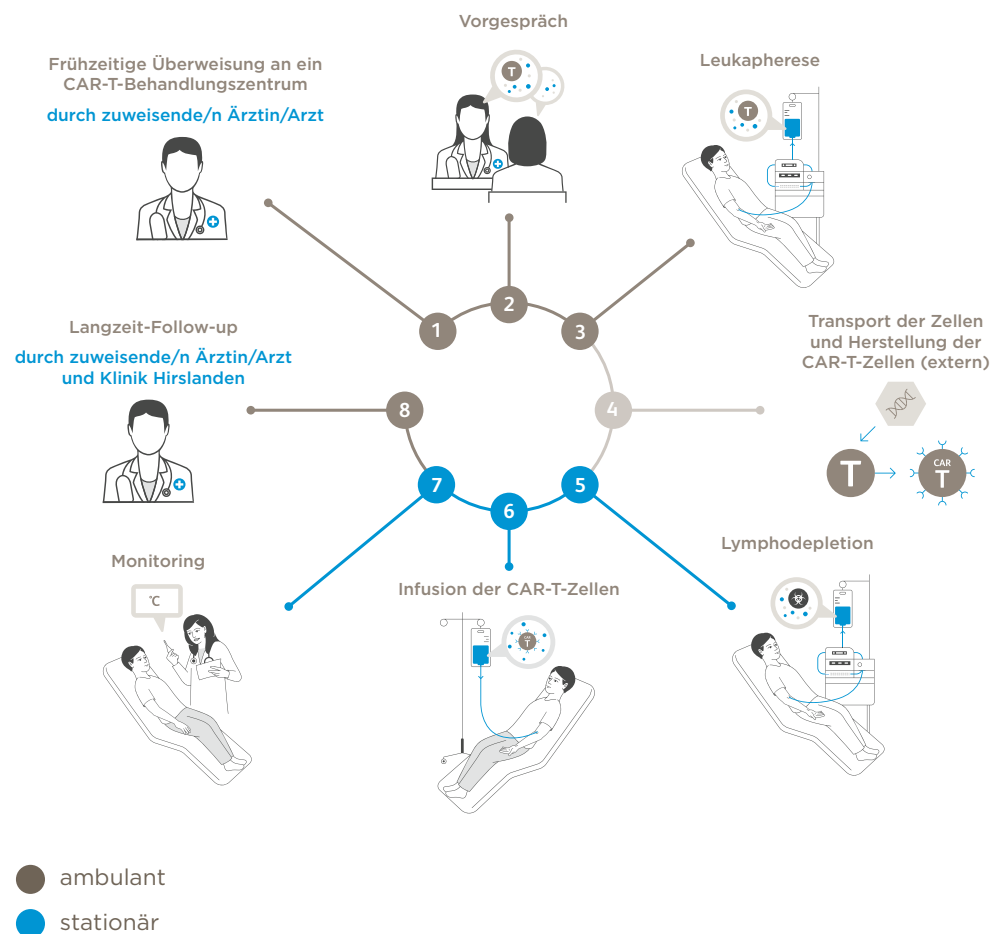
<sup>\*</sup> Positronen-Emissions-Tomographie (nur für Patientinnen und Patienten, die eine überbrückende Chemotherapie erhalten haben).

<sup>\*\*</sup> Das EFS (ereignisfreies Überleben) ist definiert als die Zeit von der Randomisierung bis zum Tod durch jedwede Ursache, PD, Nicht-Erreichen eines CR oder einer PR innerhalb von 9 Wochen nach Randomisierung oder Beginn einer antineoplastischen Therapie aufgrund von Wirksamkeitsbedenken, je nachdem, was zuerst eintritt.<sup>2,3</sup>

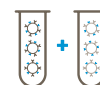
<sup>a</sup> LDC bestand aus Fludarabin 30 mg/m<sup>2</sup>/Tag und Cyclophosphamid 300 mg/m<sup>2</sup>/Tag über drei Tage.<sup>2,3</sup>

<sup>b</sup> Ein Crossover vom Therapiestandard- in den BREYANZI®-Arm war zulässig, wenn nach drei Zyklen der Immunchemotherapie kein komplettes oder partielles Ansprechen erreicht wurde, die Krankheit zu irgendeinem Zeitpunkt fortschritt oder eine neue antineoplastische Therapie begonnen werden musste, weil 18 Wochen nach der Randomisierung kein komplettes Ansprechen vorlag.<sup>2,3</sup>

# ABLAUF VON UND BETREUUNG WÄHREND DER CAR-T-ZELLTHERAPIE<sup>1,8,9</sup> IN DER KLINIK HIRSLANDEN



# BREYANZI® - EINE CHANCE AUF ANHALTENDEN THERAPIEERFOLG FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN MIT R/R NHL<sup>\*,1-3</sup>



Eine gegen CD19-gerichtete CAR-T-Therapie zusammengesetzt aus CD8+ und CD4+ Zellkomponenten<sup>1</sup>



Überlegene Wirksamkeit gegenüber SOC<sup>\*\*</sup> in der 2L<sup>#,1,2</sup>  
EFS | CR | PFS



Lange Persistenz der CAR-T-Zellen  
BREYANZI® im peripherem Blut bis zu 24 Monate nachweisbar<sup>###,1</sup>



Zugelassen für ein breites Patientinnen- und Patientenkollektiv ab der 2L<sup>\*,2</sup>  
DLBCL | HGBCL | PMBCL



Überzeugendes, gut kontrollierbares Sicherheitsprofil<sup>###,1</sup>

	Grad ≥3	Grad 5		Grad ≥3	Grad 5
CRS	2%	0%		NT	9%
					0%

\* ausführliche Indikation auf S. 3 dieser Broschüre.  
\*\* Salvage-Chemotherapie gefolgt von HDCT und ASZT.  
# p < 0,0001 gegenüber SOC für EFS, CR und PFS.<sup>1,2</sup>  
### Daten aus der TRANSCEND-NHL-001-Studie.<sup>1</sup>  
### gepoolte Daten.

# HÄUFIGE SYMPTOME BEI CRS UND NT UNTER EINER CAR-T-THERAPIE

## ZYTOKIN-FREISETZUNGSSYNDROM (CRS)<sup>19,20\*</sup>



Tachykardie,  
Arrhythmie



Hypoxie



Hypotension



Schüttelfrost



Fieber

## NEUROTOXIZITÄT (NT)<sup>19,20\*</sup>



Enzephalopathie



Schwindel,  
Delirium,  
Kopfschmerzen



Schwindel,  
Delirium,  
Kopfschmerzen



Aphasie



Fatigue

# REFERENZEN, KURZFACHINFORMATION

1. Fachinformation BREYANZI®, Stand Mai 2024, [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). 2. Abramson JS et al. Lisocabtagene maraleucel as second-line therapy for large B-cell lymphoma: primary analysis of phase 3 TRANSFORM study. *Blood*. 2023;141(14):1675-1684;(Daten und Supplement). 3. Abramson JS et al. Lisocabtagene maraleucel for patients with relapsed or refractory large B-cell lymphomas (TRANSCEND NHL 001): a multicentre seamless design study. *Lancet*. 2020 Sep 19;396(10254):839-852. 4. Kamdar M et al. Lisocabtagene maraleucel versus standard of care with salvage chemotherapy followed by autologous stem cell transplantation as second-line treatment in patients with relapsed or refractory large B-cell lymphoma (TRANSFORM): results from an interim analysis of an open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet*. 2022; 399(10343): 2294-2308. 5. McMillan A et al. Post relapse survival rates in diffuse large B-cell lymphoma. *Blood*. 2016 Dec 2;128(22):4204. 6. <https://touchoncology.com/education/car-t-in-clinical-practice-navigating-the-patient-journey-from-referral-to-long-term-follow-up/> - letzter Aufruf: 14.03.2023. 7. Porter DL et al. CAR T therapy referral for diffuse large B cell lymphoma (DLBCL) by U.S. community Hematology/Oncology (cH/O) practices: perceptions and patterns. *Blood*. 2021;138(Supplement 1):4977. 8. Fachinformation ABECMA®, Stand April 2024, [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). 9. Maus MV, Levine BL. Chimeric antigen receptor T-cell therapy for the community oncologist. *Oncologist*. 2016 May;21:608-617. 10. Shimabukuro-Vornhagen A et al. Cytokine release syndrome. *J Immunother Cancer*. 2018 Jun;6(1):56. 11. Lee DW et al. ASTCT consensus grading for cytokine release syndrome and neurologic toxicity associated with immune effector cells. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2019 Apr;25(4):625-638. 12. Turtle CJ et al. CD19 CAR-T cells of defined CD4+:CD8+ composition in adult B cell ALL patients. *J Clin Invest*. 2016 Jun 1;126(6):2123-2138. 13. Lee DH et al. Improved expansion and function of CAR T cell products from cultures initiated at defined CD4:CD8 ratios. *Blood*. 2018 Nov 29;132(Supplement 1):3334. 14. Gisselbrecht C, Van Den Neste E. How I manage patients with relapsed/refractory diffuse large B cell lymphoma. *Br J Haematol*. 2018 Sep;182(5): 633-643. 15. Cheson BD et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. *J Clin Oncol* 2014; 32(27): 3059-68. 16. Swerdlow SH et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood* 2016; 127(20): 2375-90. 17. Shah NN et al. CD4/CD8 T-cell selection affects chimeric antigen receptor (CAR) T-cell potency and toxicity: updated results from a phase I anti-CD22 CAR T-cell trial. *J Clin Oncol*. 2020 Jun 10;38(17):1938-1950. 18. Gardner RA et al. Intent-to-treat leukemia remission by CD19 CAR T cells of defined formulation and dose in children and young adults. *Blood*. 2017 Jun 22;129(25):3322-3331. 19. Lee DW et al. Current concepts in the diagnosis and management of cytokine release syndrome. *Blood*. 2014 Jul 10;124(2):188-195. 20. [https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE\\_4.03/](https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03/) - letzter Aufruf: 05.10.2023. **Literatur auf Anfrage.**

**BREYANZI® (Lisocabtagen Maraleucel) ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Für weitere Informationen siehe Fachinformation BREYANZI® auf [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).** I: Bei Erwachsenen mit diffusem grosszelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL), hochmalignem High-Grade-B-Zell-Lymphom (HGBCL) oder primär mediastinalem grosszelligem B-Zell-Lymphom (PMBCL), das auf die Erstlinien-Chemoimmuntherapie refraktär ist oder innerhalb von 12 Monaten nach der Erstlinien-Chemoimmuntherapie rezidiert; oder mit rezidiviertem oder refraktärem (r/r) DLBCL, HGBCL oder PMBCL nach zwei oder mehr systemischen Therapielinien. D: Die Ziellosis beträgt 100×10<sup>6</sup> CAR-positive lebensfähige T-Zellen (bestehend aus einem 1:1-Zielverhältnis von CD8+ und CD4+-Zellkomponenten) innerhalb eines Bereichs von 44 bis 120×10<sup>6</sup> CAR-positiven lebensfähigen T-Zellen. Muss unter Leitung und Aufsicht von geschultem ärztlichem Personal in einem qualifizierten Behandlungszentrum verabreicht werden. KI: Überempfindlichkeit gegen Wirk-/Hilfsstoffe. Auch Kontraindikationen der lymphodepletierenden Chemotherapie beachten. W&V: Zytokinfreisetzungssyndrom (CRS) und neurologische Toxizitäten mit lebensbedrohlichen Reaktionen sind nach Behandlung mit BREYANZI® aufgetreten. Patientinnen und Patienten sollten während mindestens der ersten Woche nach der Infusion täglich überwacht werden. Bereitstellung von zwei Dosen Tocilizumab sowie Zugang zu einer weiteren Dosis innerhalb von 8h ist sicherzustellen. Allergische Reaktionen sowie Virusreaktivationen (HBV) können auftreten. Schwere Infektionen sowie febrile Neutropenien wurden beobachtet. Risiko länger anhaltender Zytopenien und Hypogammaglobulinämie. Patientinnen und Patienten können sekundäre Malignome entwickeln. Keine Verabreichung an Patientinnen und Patienten mit aktiven Infektionen oder entzündlichen Erkrankungen. Es liegen keine Daten zur Anwendung von BREYANZI® bei primären ZNS-Lymphomen, Lymphomen am Herzen und CD19 negativen DLBCL vor. Die Behandlung mit BREYANZI® kann zu einem Tumolyse-syndrom (TLS) führen. Das Lentivirus, das zur Herstellung von BREYANZI® verwendet wird, kann bei einigen HIV-Nukleinsäuretests zu falsch positiven Ergebnissen führen. Vakzinierung mit viralen Lebendimpfstoffen sollte 6 Wochen vor Behandlung vermieden werden. Die Spende von Blut, Organen, Gewebe und Zellen ist untersagt. IA: Es wurden keine Interaktionsstudien durchgeführt. Theoretisches Risiko, dass Anti-EGFR-monoklonale Antikörper die Anzahl der BREYANZI®-Zellen und somit deren Nutzen reduzieren könnten, da ein verkürzter EGFR auf den CAR-T-Zellen exprimiert wird. UAW: Infektionen, verminderte Anzahl Blutzellen, Hypofibrinogenämie, CRS, Hypogammaglobulinämie, Hypophosphatämie, Schlaflosigkeit, Angst, Delirium, Kopfschmerzen, Enzephalopathie, Schwindel, Tremor, Aphasie, periphere Neuropathie, Sehstörungen, Ataxie, Geschmacksstörung, Kleinhirnsyndrom, zerebrovaskuläre Erkrankung, Krampfanfall, Tachykardie, Arrhythmie, Hypotonie, Hypertonie, Thrombose, Husten, Dyspnoe, Pleuraerguss, Hypoxie, Übelkeit, Obstipation, Diarrhö, Bauchschmerzen, Erbrechen, Gastrointestinale Blutungen, Hautausschlag, Akute Nierenschädigung, Müdigkeit, Pyrexie, Ödem, Schüttelfrost, Infusionsbedingte Reaktionen. P: BREYANZI® ist in Kryokonservierungs-Durchstechflaschen erhältlich. Jede Durchstechflasche enthält 4,6 ml Zelldispersion (CD8+ und CD4+-Zellkomponenten separat) (A). **Ausführliche Informationen:** Fachinformation auf [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). Zi: Bristol-Myers Squibb SA, Hinterbergstrasse 16, 6312 Steinhausen. Version 09/2023.

\* Keine abschliessende Auflistung von CRS- und NT-Symptomen.

in Kooperation mit:





# KONTAKT



Erfahren Sie über nebenstehenden QR-Code mehr über die CAR-T-Zelltherapie. Für Fragen und Zuweisung rund um die Zelltherapie an der Klinik Hirslanden steht Ihnen das Ärzteteam des medizinischen Programms für Zelltherapie gerne telefonisch unter 044 387 37 80 oder per E-Mail zur Verfügung.



## **Prof. Dr. med. Christoph Renner**

Facharzt für: Hämatologie, Allgemeine Innere Medizin, Medizinische Onkologie

[christoph.renner@kho.ch](mailto:christoph.renner@kho.ch)



## **PD Dr. med. Panagiotis Samaras**

Facharzt für: Medizinische Onkologie, Allgemeine Innere Medizin

[panagiotis.samaras@kho.ch](mailto:panagiotis.samaras@kho.ch)



## **PD Dr. Med Karin Hohloch**

Fachärztin für: Allgemeine Innere Medizin, medizinische Onkologie und Hämatologie

[karin.hohloch@kho.ch](mailto:karin.hohloch@kho.ch)



## **PD Dr. med. Ulf Petrausch**

Facharzt für: Medizinische Onkologie, Allgemeine Innere Medizin, Allergologie und klinische Immunologie

[ulf.petrausch@ozh.ch](mailto:ulf.petrausch@ozh.ch)