Un estudio para comparar el medicamento experimental T-guard frente a ruxolitinib para tratar la enfermedad injerto contra huésped aguda que no mejora suficientemente con el tratamiento estándar con esteroides

Estado	Tipo de Participantes	Rangos de Edad
EC Finalizado	Población especialmente vulnerable , Pacientes	Mayores de 64 , Adultos (18-64 años)
Género	**Fases**	**Participantes esperados**
Ambos	Fase III	246
Resultados	**Bajo nivel intervención**	**Enfermedad rara**
Tiene resultados	No	Si
Cobertura geográfica	**Ámbitos del ensayo**	**Terapia avanzada**
Multicéntrico nacional, Multicéntrico internacional	tratamiento, seguridad, eficacia, farmacocinética, farmacodinamica	NO

Información

Identificador
2021-000343-53

Cod. Protocolo
BMTCTN2002

Área terapéutica
Enfermedades [C] - Patologías del sistema inmunitario [C20]|

Enfermedad investigada
Enfermedad injerto contra huésped aguda que no responde correctamente con el tratamiento habitual con corticoides.

Título Científico
Estudio en fase III, aleatorizado, abierto y multicéntrico que compara TGuard con ruxolitinib en el tratamiento de pacientes con enfermedad de injerto contra huésped aguda corticorresistente (EICHa-CR) de grado III o IV

Justificación

No aportado

Objetivo Principal

Evaluar la tasa de respuesta completa (RC) en los participantes conGrados III y IV de la EICHa refractaria a esteroides el Día 28 tras la aleatorización.

Variables de Evaluación Primaria

El objetivo principal es obtener la proporción de participantes con RC en el Día 28 tras la aleatorización.

Momentos temporales de evaluación primaria

Día 28

Objetivo Secundario

Los objetivos secundarios son:
1.Estimar la supervivencia general los Días 60, 90 y 180.
2.Evaluar la duración de la respuesta completa (DRC).
3.Estimar el tiempo hasta la respuesta completa (RC) desde la aleatorización.
4.Estimar la tasa de respuesta completa (RC) o respuesta parcial (RP) los Días 14, 28 y 56.
5.Describir las proporciones de RC, RP, respuesta mixta (RM), ausencia de respuesta (AR) y progresión de la EICHa los Días 6, 14, 28 y 56.
6.Estimar la incidencia acumulada de mortalidad no por recidiva (MNR) los Días 90 y 180.
7.Estimar la supervivencia sin recidiva el Día 180.
8.Estimar la supervivencia general sin EICH los Días 90 y 180.
9.Estimar la incidencia acumulada de EICH crónica (EICHc) el Día 180.
10.Estimar la incidencia acumulada de recidiva/progresión subyacente el Día 180.
11.Describir la incidencia de infecciones.
12.Describir la incidencia de toxicidades.
13.Evaluar la farmacocinética (FC) de T-Guard.
14.Evaluar la inmunogenicidad de T-Guard.

Variables de Evaluación Secundaria

La supervivencia general será evaluada los Días 60, 90 y 180 tras la aleatorización.
La duración de la respuesta completa (DRC): DRC se define como el tiempo desde el Día 28 hasta que un órgano diana de EICHa empeora al menos en una etapa y requiere un aumento significativo del tratamiento (definido a continuación), o la muerte.
Tiempo hasta la respuesta completa: Se evaluará el tiempo desde la aleatorización hasta la primera observación de RC.

Tasa de respuesta completa (TRR): TRR se estimará en los días 14. 28 y 56 tras la aleatorización
Proporción de la respuesta: En los días 6, 14, 28 y 56 tras la aleatorización.
Mortalidad no por recidiva (MNR): En los días 90 y 180 tras la aleatorización
Supervivencia sin recidiva: En el Día 180 tras la aleatorización Supervivencia general sin EICH: En los Días 90 y 180 tras la aleatorización
EICH crónica (EICHc): En el Día 180 tras la aleatorización
Recaída / progresión de la malignidad subyacente: En el Día 180 tras la aleatorización
Incidencia de toxicidades: Desde la aleatorización hasta los 56 días tras la aleatorización
Farmacocinética de T-guard: antes de cada infusión y en los siguientes momentos tras la infusión: 4, 5, 6, 8, y 24 hotas para la primera infusión, 4, 6, y 24 horas para la segunda y tercera infusión, y 4, 6, 24 y 48 horas para la cuarta infusión.
Inmunogenicidad de T-guard: Valor basal y en los días 6, 14, 28, 90 y 180 después del inicio del tratamiento solo en los pacientes tratados con T-guard

Momentos temporales de evaluación secundaria

Los tiempos están definidos en el apartado E.5.2

Criterios de Inclusión

1. Los pacientes deben tener al menos 18 años de edad en el momento del consentimiento.
2. El paciente debe haberse sometido primero a un alo-TCMH de unafuente de donante o una fuente de injerto.
3. Pacientes diagnosticados con EICHa refractaria a esteroides de Grado III o IV tras el alo-TCMH. La refracción a esteroides incluye la EICHa tratada inicialmente con una dosis de esteroides menor, pero debe cumplir con uno de los criterios siguientes:
• progresión o implicación de un órgano nuevo tras 3 días de tratamiento con metilprednisolona (o equivalente) mayor o igual a 2 mg/kg/día,
• ausencia de mejoría después de 7 días de tratamiento primario con metilprednisolona (o equivalente) mayor o igual a 2 mg/kg/día,
• pacientes con EICHa visceral (GI y/o de hígado) y de la piel en el inicio con metilprednisolona (o equivalente) con mejora en la EICH de la piel sin ninguna mejora en la EICH visceral después de 7 días de tratamiento con metilprednisolona (o equivalente) mayor o igual a 2 mg/kg/día
• pacientes solo con EICH de la piel que desarrollan EICHa visceral durante el tratamiento con metilprednisolona (o equivalente) mayor o
igual a 1 mg/kg/día y no mejoran después de 3 días con una dosis mayor o igual a 2 mg/kg /día
4. Los pacientes deben presentar pruebas de implantación mieloide (p. ej., recuento de neutrófilos absoluto mayor o igual a 0,5 x 109/l durante
3 días consecutivos si se ha usado previamente terapia ablativa). Se permite el uso de suplementos con factor de crecimiento.
5. Los pacientes o un testigo imparcial (si el paciente es capaz de aportar su consentimiento verbal pero no es capaz de firmar el consentimiento informado) deben haber entregado el consentimiento informado por escrito.

Criterios de Exclusión

1. Pacientes con un nivel de creatinina mayor o igual a 2 mg/dl o un aclaramiento de la creatinina estimado inferior a 40 ml/min o quienes requieran hemodiálisis.
2. Pacientes diagnosticados con microangiopatía trombótica activa (MTA), definidos como los pacientes que cumplen todos los criterios siguientes: • más de un 4% de esquistocitos en sangre (o equivalente si se usa la escala semicualitativa, p. ej. 3+ o 4+ esquistocitos en la muestra de sangre periférica),

• trombocitopenia nueva, prolongada o progresiva (recuento de plaquetas inferior a 50 x 109/l o una reducción mayor o igual al 50 % respecto a recuentos anteriores),
• aumento repentino y persistente en la concentración de lactato deshidrogenasa mayor de 2x ULN, • reducción de la concentración de hemoglobina o aumento del requisito de transfusión atribuido a hemólisis negativa para Coombs, Y • reducción de la haptoglobina en suero.
3. Pacientes que han recibido anteriormente tratamiento con eculizumab.
4. Pacientes que han recibido previamente inhibidores de puntos de control (antes o después de un alo-TCH).
5. Pacientes a los que se ha diagnosticado síndrome de superposición, es decir, con cualquier característica concurrente de EICHc.
6. Pacientes que precisan ventilación mecánica o vasopresores.
7. Pacientes que han recibido cualquier tratamiento sistémico, además de esteroides, como tratamiento de primera línea de una EICHa o como tratamiento para la EICHa refractaria a esteroides. S permitirá la restitución de activos profilácticos de EICH utilizados previamente (p. ej., tacrolimus, ciclosporina, MTX, MMF), o sustitutos en casos con intolerancia documentada previamente. No se permite el tratamiento previo con inhibidor de JAK como parte de la profilaxis o tratamiento de la EICH.
8. Pacientes con hipoalbuminemia severa, con un nivel de albúmina inferior o igual a 1 g/dl.
9. Pacientes con un nivel de creatinina cinasa mayor a 5 veces el límite superior a lo considerado normal.
10. Pacientes con infecciones no controladas. Las infecciones se consideran controladas si se ha implantado una terapia adecuada y, en el momento de la inscripción, no se observan signos de progresión. La fiebre persistente, sin otros signos o síntomas, no se interpretará como infección en progreso. La progresión de la infección se define como:
• inestabilidad hemodinámica atribuible a sepsis O BIEN
• nuevos síntomas atribuibles a infección O BIEN
• empeoramiento de los signos físicos atribuibles a infección O BIEN
• empeoramiento de los hallazgos radiográficos atribuibles a infección
11. Pacientes con evidencia de recidiva, progresión o neoplasia maligna persistente, o que hayan sido tratados de su recidiva tras el trasplante, o que puedan requerir la retirada rápida de la supresión inmune como tratamiento preemergente de una recidiva de la neoplasia maligna temprana.
12. Pacientes con evidencia de enfermedad residual mínima que requieran la retirada de la supresión inmune sistémica.
13. Pacientes con toxicidad grave no resuelta o complicaciones (que no sean la EICH aguda) debido a un trasplante previo.
14. Historial de síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS)/enfermedad venooclusiva (EVO).
15. Pacientes con hipersensibilidad conocida a cualquiera de los componentes de los anticuerpos monoclonales murinos o la cadena-A de toxina de ricino recombinante.
16. Pacientes que hayan recibido tratamiento con cualquier otro activo, dispositivo o procedimiento en investigación en los 21 días siguientes (o 5 semividas de eliminación, lo que sea mayor) antes de la inscripción.
17. Pacientes que hayan recibido más de un alo-TCHP.
18. Pacientes con infección conocida por el virus de inmunodeficiencia humana.
19. Pacientes con un IMC mayor o igual a 35 kg/m2.
20. Los pacientes que estén tomando sirolimus deben interrumpir su administración antes de iniciar el tratamiento del estudio.
21. Las pacientes embarazadas, en periodo de lactancia o sexualmente activas y en edad fértil (Apéndice H) que no deseen usar un método anticonceptivo eficaz (Apéndice H) desde el inicio del tratamiento hasta los 30 días después de la última dosis del tratamiento.
22. Los pacientes sexualmente activos y con pareja de sexo femenino en edad fértil (Apéndice H) que no deseen usar un método anticonceptivo eficaz (Apéndice H) desde el inicio del tratamiento hasta los 65 días después de la última dosis del tratamiento.
23. Los pacientes con alguna condición que pudiese, a juicio del investigador, interferir en la participación completa en el estudio, incluyendo la administración de un fármaco del estudio y asistir a las visitas del estudio necesarias, podrían suponer un riesgo significativo para el paciente o interferir con la interpretación de los datos del estudio.
24. Los pacientes cuya decisión de participar pudiese verse influida excesivamente por la expectación percibida de ventajas o desventajas de la participación, como pacientes detenidos por una orden oficial o legal.

Calendario

(Última actualización: 30/04/2024)

Autorización	Inicio de Ensayo	Inclusión Primer Paciente	Interrumpido	Reiniciado
21/02/2022	04/05/2022	No aportado	No aportado	No aportado

Fin de reclutamiento	Fin prematuro (España)	Fin prematuro (Global)	Fin del ensayo en España	Fin del ensayo global
No aportado	04/01/2023	04/01/2023	04/01/2023	No aportado

Promotor

Xenikos B.V. Holanda

Wilhelminasingel 14 6524 AL Nijmegen

Contact Person

Xenikos B.V. - Ypke van Oosterhout

+31 24 300 01 00

+31 (0) 24 744 0155

y.vanoosterhout@xenikos.com

Monetary support: Xenikos B.V.|

Tipo de promotor: Comercial

Ceim

CEIm Hospital General Universitario Gregorio Marañón

C/ Doctor Esquerdo, 46 28007 Madrid

ceim.hgugm@salud.madrid.org

915867007

Centros

Cerrado (17/01/2023)

CENTRE SOCIOSANITARI SANT JORDI DE LA VALL D'HEBRON

Barcelona

BARCELONA

Servicio de Hematología y Hemoterapia

Cerrado (16/01/2023)

Complejo Asistencial Universitario De Salamanca

Salamanca

SALAMANCA

Servicio de Hematología y Hemoterapia

Cerrado (18/01/2023)

Complejo Hospitalario Gregorio Marañón

Madrid

MADRID

Servicio de Hematología y Hemoterapia

Cerrado (19/01/2023)

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

València

VALENCIA

Servicio de Hematología

Cerrado (19/01/2023)

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

Santander

CANTABRIA

Servicio de Hematología

Cerrado (19/01/2023)

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

Sevilla

SEVILLA

Servicio de Hematologia y Hemoterapia

Cerrado (17/01/2023)

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE

València

VALENCIA

Hematología

Medicamentos

A mixture of mAb SPV-T3a-ricin A chain fusion protein and mAb WT1- ricin A chain fusion protein

Solución para perfusión

-

Principios Activos: grisnilimab setaritox|dafsolimab setaritox|

Huérfano **Experimental**

Jakavi 5 mg tablets

Comprimido

-

Principios Activos: Ruxolitinib|

Comparador

Tiene resultados

A study to compare the experimental medicine T-Guard to Ruxolitinib for treating acute Graft-versus-Host Disease that does not sufficiently improve with the standard steroid treatment

State	Type of participants	Age Ranges
Finished CT	Population especially vulnerable , Patient	Older than 64 , Adults (18-64 years)
Gender	**Phases**	**Expected Participants**
Both	Phase III	246
Results	**Low level of intervention**	**Rare disease**
Has results	No	Yes
Geographic coverage	**Areas of the study**	**Advanced therapy**
National multicenter, International multicenter	treatment, safety, effectiveness, pharmacokinetics, pharmacodynamics	NO

Information

Identifier
2021-000343-53

Protocol Code
BMTCTN2002

Therapeutic area
Diseases [C] - Immune System Diseases [C20]|

Investigated Disease
Acute Graft-versus-Host Disease that does not adequately respond on the regular treatment with corticosteroids.

Scientific Title
A Phase 3, Randomized, Open-Label, Multicenter Study, to Compare T-Guard to Ruxolitinib for the Treatment of Patients with Grade III or IV Steroid-Refractory Acute Graft-Versus-Host Disease (SR-aGVHD)

Rationale

Not provided

Main Objective

To assess the rate of complete response (CR) in Grades III and IV SR-aGVHD participants on Day 28 post-randomization.

Primary Endpoints

The primary endpoint is the proportion of participants with a CR on Day 28 after randomization.

Temporary moments of secondary assessment

Day 28

Secondary Objective

Secondary objectives are the following:
1. Estimate the overall survival (OS) at Days 60, 90, and 180.
2. Evaluate the duration of complete response (DoCR).
3. Estimate the time to complete response (CR) from randomization.
4. Estimate the overall response rate (CR or partial response (PR)) at Days 14, 28, and 56.
5. Describe proportions of CR, PR, mixed response (MR), no response (NR), and progression of aGVHD at Days 6, 14, 28, and 56.
6. Estimate the cumulative incidence of non-relapse mortality (NRM) at Days 90 and 180.
7. Estimate relapse-free survival at Day 180.
8. Estimate GVHD-free survival at Days 90 and 180.
9. Estimate the cumulative incidence of chronic GVHD (cGVHD) at Day 180.
10. Estimate the cumulative incidence of underlying disease relapse/progression at Day 180.
11. Describe the incidence of infections.
12. Describe the incidence of toxicities.
13. Assess the pharmacokinetics (PK) of T-Guard.
14. Assess the immunogenicity of T-Guard.

Secondary Endpoints

Overall Survival (OS) will be assessed at Days 60, 90 and 180 post-randomization. Duration of Complete Response (DoCR): DoCR is defined as the time from Day 28 until an aGVHD target organ worsens by at least 1 stage and requires a significant escalation in treatment (defined below), or death.
Time to Complete Response: The time from randomization to first observation of CR will be evaluated.
Overall Response Rate (ORR): The ORR will be estimated at Days 14, 28, and 56 post-randomization.
Proportion of Response: Days 6, 14, 28 and 56 post-randomization.

Non-relapse Mortality (NRM): Days 90 and 180 post-randomization.
Relapse-free Survival (RFS): Day 180 post-randomization.
GVHD-free Survival: Days 90 and 180 post-randomization.
Chronic GVHD (cGVHD): Day 180 post-randomization Relapse/Progression of Underlying Malignancy: Day 180 post-randomization Incidence of Infections: from randomization to 90 days post-randomization
Incidence of Toxicities: from randomization to Day 56 post- randomization Pharmacokinetics of T-Guard: before each infusion and at the following post-infusion timepoints: 4, 5, 6, 8, and 24 hours for the first infusion, 4, 6, and 24 hours for the second and third infusions, and 4, 6, 24 and 48 hours for the fourth infusion. Immunogenicity of T-Guard: baseline and at Days 6, 14, 28, 90, and 180 after initiation of treatment in T-Guard treated participants only

Temporary moments of secondary assessment

Timepoints are defined under E.5.2

Inclusion criteria

1. Patients must be at least 18.0 years of age at the time of consent.
2. Patient has undergone first allo-HSCT from any donor source or graft source.
3. Patients diagnosed with Grade III or IV SR-aGVHD after allo-HSCT. SR includes aGVHD initially treated at a lower steroid dose, but must meet one of the following criteria:
• progressed or new organ involvement after 3 days of treatment with methylprednisolone (or equivalent) of greater than or equal to 2 mg/kg/day,
• no improvement after 7 days of primary treatment with methylprednisolone (or equivalent) of greater than or equal to 2mg/kg/day
• patients with visceral (GI and/or liver) plus skin aGVHD at methylprednisolone (or equivalent) initiation with improvement in skin GVHD without any improvement in visceral GVHD after 7 days of primary treatment with methylprednisolone (or equivalent) of greater than or equal to 2mg/kg/day
• Patients who have skin GVHD alone and develop visceral aGVHD during treatment with methylprednisolone (or equivalent) of greater than or equal to 1mg/kg/day and do not improve after 3 days of greater than or equal to 2mg/kg/day
4. Patients must have evidence of myeloid engraftment (e.g., absolute neutrophil count greater than or equal to 0.5 × 109/L for 3 consecutive days if ablative therapy was previously used). Use of growth factor supplementation is allowed.
5. Patients or an impartial witness (in case the patient is capable to provide verbal consent but not capable to sign the informed consent) should have given written informed consent.

Exclusion criteria

1. Patients who have a creatinine greater than or equal to 2mg/dL or estimated creatinine clearance less than 40 mL/min or those requiring hemodialysis.
2. Patients who have been diagnosed with active Thrombotic Microangiopathy (TMA), defined as meeting all the following criteria: • greater than 4% schistocytes in blood (or equivalent if semiquantitative scale is used e.g., 3+ or 4+ schistocytes on peripheral blood smear),
• de novo, prolonged or progressive thrombocytopenia (platelet count less than 50 x 109/L or 50% or greater reduction from previous counts),
• sudden and persistent increase in lactate dehydrogenase concentration greater than 2x ULN, • decrease in hemoglobin concentration or increased transfusion requirement attributed to Coombs-negative hemolysis, AND • decrease in serum haptoglobin
3. Patients who have previously received treatment with eculizumab.

4. Patients who have previously received checkpoint inhibitors (either before or after allo-HCT).
5. Patients who have been diagnosed with overlap syndrome, that is, with any concurrent features of cGVHD.
6. Patients requiring mechanical ventilation or vasopressor support.
7. Patients who have received any systemic treatment, besides steroids, as upfront treatment of aGVHD or as treatment for SR-aGVHD. Reinstitution of previously used GVHD prophylaxis agents (e.g., tacrolimus, cyclosporin, MTX, MMF) or substitutes in cases with previously documented intolerance will be permitted. Previous treatment with a JAK inhibitor as part of GVHD prophylaxis or treatment is not allowed.
8. Patients who have severe hypoalbuminemia, with an albumin of less than or equal to 1 g/dl.
9. Patients who have a creatine kinase (CK) level of greater than 5 times the upper limit of normal.
10. Patients with uncontrolled infections. Infections are considered controlled if appropriate therapy has been instituted and, at the time of enrollment, no signs of progression are present. Persisting fever without other signs or symptoms will not be interpreted as progressing infection. Progression of infection is defined as:
• hemodynamic instability attributable to sepsis OR
• new symptoms attributable to infection OR
• worsening physical signs attributable to infection OR
• worsening radiographic findings attributable to infection
11. Patients with evidence of relapsed, progressing, or persistent malignancy, or who have been treated for relapse after transplant, or who may require rapid immune suppression withdrawal as pre-emergent treatment of early malignancy relapse.
12. Patients with evidence of minimal residual disease requiring withdrawal of systemic immune suppression.
13. Patients with unresolved serious toxicity or complications (other than acute GVHD) due to previous transplant.
14. History of sinusoidal obstruction syndrome (SOS)/veno-occlusive disease (VOD).
15. Patients with known hypersensitivity to any of the components murine monoclonal antibodies (mAb) or recombinant Ricin Toxin A-chain (RTA).
16. Patients who have had treatment with any other investigational agent, device, or procedure within 21 days (or 5 half-lives, whichever is greater) prior to enrollment.
17. Patients who have received more than one allo-HSCT.
18. Patients with known human immunodeficiency virus infection.
19. Patients who have a BMI greater than or equal to 35 kg/m2.
20. Patients who are taking sirolimus must have it discontinued prior to starting study treatment.
21. Female patients who are pregnant, breast feeding, or, if sexually active and of childbearing potential (for definition refer to Appendix H), unwilling to use effective birth control (for definition refer to Appendix H) from start of treatment until 30 days after the last treatment dose.
22. Male patients who are, if sexually active and with a female partner of childbearing potential (for definition refer to Appendix H), unwilling to use effective birth control (for definition refer to Appendix H) from start of treatment until 65 days after the last treatment dose.
23. Patients with any condition that would, in the investigator's judgment, interfere with full participation in the study, including administration of study drug and attending required study visits; pose a significant risk to the patient; or interfere with interpretation of study data.
24. Patients whose decision to participate might be unduly influenced by perceived expectation of gain or harm by participation, such as patients in detention due to official or legal order.

Calendar

(Last Update: 30/04/2024)

Authorization	Start of Trial	First patient inclusion	Halted	Restarted
21/02/2022	04/05/2022	Not aported	Not aported	Not aported

End of recruitment	Premature end (Spain)	Premature End (Global)	Trial end (Spain)	Trial end (Global)
Not aported	04/01/2023	04/01/2023	04/01/2023	Not aported

Sponsor

Xenikos B.V. Holanda

Wilhelminasingel 14 6524 AL Nijmegen

Contact Person

Xenikos B.V. - Ypke van Oosterhout

+31 24 300 01 00

+31 (0) 24 744 0155

y.vanoosterhout@xenikos.com

Monetary support: Xenikos B.V.|

Sponsor type: Commercial

Ceim

CEIm Hospital General Universitario Gregorio Marañón

C/ Doctor Esquerdo, 46 28007 Madrid

ceim.hgugm@salud.madrid.org

915867007

Sites

Closed (17/01/2023)

CENTRE SOCIOSANITARI SANT JORDI DE LA VALL D'HEBRON

Barcelona

BARCELONA

Servicio de Hematología y Hemoterapia

Closed (16/01/2023)

Complejo Asistencial Universitario De Salamanca

Salamanca

SALAMANCA

Servicio de Hematología y Hemoterapia

Closed (18/01/2023)

Complejo Hospitalario Gregorio Marañón

Madrid

MADRID

Servicio de Hematología y Hemoterapia

Closed (19/01/2023)

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

València

VALENCIA

Servicio de Hematología

Closed (19/01/2023)

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

Santander

CANTABRIA

Servicio de Hematología

Closed (19/01/2023)

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

Sevilla

SEVILLA

Servicio de Hematologia y Hemoterapia

Closed (17/01/2023)

HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITECNICO LA FE

València

VALENCIA

Hematología

Medication

A mixture of mAb SPV-T3a-ricin A chain fusion protein and mAb WT1- ricin A chain fusion protein
Solución para perfusión

-

Active Principles: grisnilimab setaritox|dafsolimab setaritox|

Orphan **Experimental**

Jakavi 5 mg tablets
Comprimido

-

Active Principles: Ruxolitinib|

Comparator

Has results