

Estudio abierto, con un único grupo, para evaluar pegcetacoplan en pacientes con MT-AT tras un TCP

Estado

No iniciado

Tipo de ParticipantesSujetos incapaces de otorgar consentimiento ,
Población especialmente vulnerable , Pacientes**Rangos de Edad**

Mayores de 64 , Adultos

Género

Ambos

Fases

Fase II

Participantes esperados

9

Resultados

Sin resultados

Bajo nivel intervención

No

Enfermedad rara

Si

Cobertura geográficaUnicéntrico nacional, Multicéntrico
internacional**Ámbitos del ensayo**

seguridad, farmacocinética, farmacodinámica

Tipo de promotor

Comercial

Información

Identificador

2021-003157-27

Enfermedad investigada

Enfermedades inflamatorias y trombóticas del sistema de vasos sanguíneos diminutos.

Título Científico

Estudio piloto, abierto, multicéntrico, con un único grupo, para evaluar la farmacocinética, la farmacodinámica y la seguridad de pegcetacoplan en pacientes con microangiopatía trombótica asociada con un trasplante (MT-AT) tras un trasplante de células progenitoras (TCP)

Justificación

La microangiopatía trombótica asociada con un trasplante (MAT-AT) es una complicación potencialmente mortal del trasplante de células progenitoras (TCP), caracterizada por anemia hemolítica, trombocitopenia y daño orgánico isquémico que afecta con mayor frecuencia a los riñones, los pulmones, el sistema nervioso central y el tracto

gastrointestinal, como consecuencia de la acumulación de plaquetas en la microcirculación. No existen estrategias de atención que estén generalmente aceptadas para la MAT-AT tras un TCP. El tratamiento de la MAT-AT es en su mayor parte sintomático, e incluye la retirada o la minimización de los medicamentos que dañan el endotelio, el tratamiento de las enfermedades concomitantes, como las infecciones y la enfermedad injerto contra huésped, que pueden agravar la MAT, y el tratamiento intensivo de la hipertensión. Sin embargo, estas intervenciones solo tienen éxito en los casos de MAT-AT sin carácter grave, en los que el daño orgánico específico aún no está establecido. Pegcetacoplan, que actúa mediante la modulación del sistema del complemento, ya ha demostrado su eficacia en varias enfermedades hematológicas mediadas por el complemento (hemoglobinuria paroxística nocturna y enfermedad por crioglobulinas). De acuerdo con los datos científicos y clínicos sobre el papel destacado de la sobreactivación del complemento en la MAT-AT, que provoca lesiones endoteliales, cabe esperar que pegcetacoplan, al impedir la activación de las vías del complemento mediada por la C3, puede representar una estrategia de tratamiento válida para la MAT-AT. El objetivo principal de este estudio es evaluar la FC, la seguridad y la tolerabilidad de pegcetacoplan en pacientes con MAT-AT grave.

Objetivo Principal

Evaluar la farmacocinética (FC), la seguridad y la tolerabilidad de pegcetacoplan en pacientes con MT-AT.

VARIABLES DE EVALUACIÓN PRIMARIA

- Parámetros FC de pegcetacoplan:
o AUC_{0-tau}, C_{máx}, T_{máx} y C_{mín}

MOMENTOS TEMPORALES DE EVALUACIÓN PRIMARIA

Días 1, 3 y 5 y, a partir de la semana 2, en todas las demás visitas

Objetivo Secundario

- Evaluar la farmacodinámica (FD) de pegcetacoplan en pacientes con MT-AT.
- Evaluar la respuesta clínica de pegcetacoplan en pacientes con MT-AT.
- Evaluar la supervivencia global de pegcetacoplan en pacientes con MT-AT.

VARIABLES DE EVALUACIÓN SECUNDARIA

- Criterios de valoración FD: o Niveles absolutos, cambio respecto al período inicial y cambio porcentual entre el período inicial y la semana 24 en los biomarcadores de la activación del complemento: sC5b-9, C3a, C3, Bb, C4a, ensayos funcionales para las vías clásicas y alternativas del complemento. • Respuesta clínica en la semana 24 desde el inicio del tratamiento, definida como una mejoría en los marcadores analíticos y una mejoría en el estado clínico, definida como: Marcadores analíticos: o Concentración de lactato deshidrogenasa (LDH) menor de 1,5 veces el límite superior de la normalidad (LSN) y o Recuento de plaquetas $\geq 50\ 000/\text{mm}^3$ sin administración de transfusiones durante los 7 días anteriores. Estado clínico: al menos 1 de las siguientes (sin deterioro en otros órganos atribuibles a la MT-AT): o Respuesta renal: requiere una disminución $>40\%$ en la creatinina, la normalización de la creatinina, la interrupción de la terapia de sustitución renal, la disminución de la proteinuria $<30\ \text{mg/dl}$ o un valor aleatorio de la razón proteínas/creatinina en orina (RPCOa) $<2\ \text{mg/mg}$. o Respuesta pulmonar:

requiere la extubación y la interrupción de la ventilación con presión positiva. o Respuesta gastrointestinal (GI): aplicable solo a los pacientes con MT-AT GI confirmada mediante biopsia y requiere una mejoría en la función GI de acuerdo con los criterios del Consorcio Internacional de la enfermedad aguda de injerto contra huésped (MAGIC) del Mount Sinai (ausencia de náuseas o náuseas intermitentes, vómitos o anorexia relacionadas con la MT-AT [porción alta del tubo digestivo]; deposiciones/día [porción baja del tubo digestivo]: <500 ml/día o < 3 episodios/día. o Respuesta neurológica: requiere una mejoría en las condiciones neurológicas reversibles (por ejemplo, cese de las convulsiones o que éstas estén controladas con medicación, resolución de la alteración mental; es aceptable la presencia de signos radiológicos residuales sin sintomatología clínica), o estabilización de las condiciones neurológicas irreversibles (por ejemplo, estabilidad de las deficiencias neurológicas tras un accidente cerebrovascular sin deterioro adicional o accidentes cerebrovasculares posteriores). o Independencia de las transfusiones: requiere la ausencia de transfusiones de plaquetas o de concentrados de eritrocitos (CE) relacionadas con la MT-AT durante los 7 días anteriores (solo es aplicable si el paciente recibía transfusiones de plaquetas o de CE al inicio del estudio). o Respuesta cardiovascular: requiere la resolución de la hipertensión pulmonar (el paciente puede recibir medicamentos contra la hipertensión pulmonar si todavía recibe tratamiento de mantenimiento), o control de la hipertensión con la administración de 2 medicamentos como máximo, excepto los diuréticos (aplicable solo a los pacientes que al inicio del estudio presentaran hipertensión grave). o Respuesta a la serositis: requiere ausencia de signos de derrame pericárdico o pleural clínicamente significativo que requiera tratamiento quirúrgico (por ejemplo, pericardiocentesis/toracocentesis). En relación con los pacientes que presenten acontecimientos intercurrentes, incluido el uso de medicamentos prohibidos o la retirada del estudio antes de la semana 24 (salvo en caso de muerte no relacionada con la MT-AT), se considerará que el tratamiento ha fracasado/que no han respondido al tratamiento. •Supervivencia global el día 100 desde la fecha del diagnóstico de la MT-AT.

Momentos temporales de evaluación secundaria

según el protocolo

Criterios de Inclusión

1. Pacientes de ambos sexos ≥ 18 años en el momento de la firma del documento de consentimiento informado (DCI). 2. Haber recibido un TCP alogénico de un donante emparentado o no emparentado, compatible o no compatible desde el punto de vista de los antígenos leucocitarios humanos. Se considerarán idóneos los pacientes que hayan recibido células progenitoras de cualquiera de las siguientes procedencias: células progenitoras de sangre periférica movilizadas con factores estimulantes de colonias de granulocitos, médula ósea, sangre del cordón umbilical. 3. Diagnóstico de MT-AT confirmado por los signos histológicos de microangiopatía en cualquier órgano biopsiado O, de acuerdo con los siguientes marcadores analíticos indicativos de MT: a. Trombocitopenia de nueva aparición o progresiva (recuento de plaquetas $< 50 \times 10^9/l$ o una disminución $> 50\%$ en el recuento de plaquetas respecto al valor más alto alcanzado tras el trasplante) Y b. Elevación de la concentración de LDH ($> 1,5 \times$ LSN). Y al menos 1 criterio analítico adicional de entre los siguientes: c. Presencia de esquistocitos en el frotis de sangre periférica (≥ 2 por campo de alta potencia [cap]). O d. Anemia de nueva aparición (hemoglobina $<$ límite inferior de la normalidad (LIN) o anemia que precise transfusiones de CE de acuerdo con según las normas locales de la institución). O e. Proteinuria (RPCOa ≥ 2 mg/mg O proteinuria > 30 mg). O f. Concentración plasmática elevada de sC5b-9 por encima del LSN 4. Presentar un diagnóstico de MT-AT que persista a pesar del tratamiento inicial de cualquier enfermedad desencadenante. 5. Presentar al menos 1 signo/síntoma de disfunción orgánica: a. Riñón: duplicación de la concentración de creatinina sérica en comparación con el nivel previo al TCP o paciente que reciba terapia de sustitución renal o presente proteinuria ≥ 30 mg/dl o RPCOa ≥ 2 mg/mg. b. Pulmones: hipoxemia o necesidad de ventilación con presión positiva (invasiva o no invasiva). c. Cardiovascular: hipertensión pulmonar diagnosticada por un cardiólogo mediante cateterismo cardíaco, presencia de criterios de hipertensión pulmonar en la ecocardiografía o de hipertensión arterial (tensión arterial sistólica [TAS] ≥ 140 mmHg y/o una TA diastólica > 90 mmHg al inicio del estudio o hipertensión que requiera > 2 medicamentos [salvo diuréticos]). d. Serositis: derrame pleural o derrame pericárdico clínicamente significativos que requieran tratamiento quirúrgico (por

ejemplo, pericardiocentesis/toracocentesis). e. SNC: convulsiones atribuibles al síndrome de encefalopatía posterior reversible. f. Tubo digestivo: presencia de MT-AT gastrointestinal confirmada mediante biopsia. Se excluirá a los pacientes con hemorragia GI (hematemesis o hematoquecia). 6. Las mujeres en edad fértil (esto es, las mujeres que hayan experimentado la menarquia y que NO sean permanentemente estériles o posmenopáusicas), deben presentar un resultado negativo en una prueba de embarazo en suero en el momento de la selección y estar de acuerdo en utilizar los métodos anticonceptivos definidos en el protocolo durante la duración del estudio y las 8 semanas posteriores a la última dosis del PEI. Nota: La posmenopausia se define como 12 meses consecutivos sin menstruación, sin una causa médica alternativa. 7. Los varones deben estar de acuerdo con los siguientes puntos, tanto durante el estudio como durante las 8 semanas posteriores a la última dosis del PEI: a. Evitar engendrar un hijo. b. Utilizar los métodos anticonceptivos definidos en el protocolo. c. Abstenerse de donar espermatozoides. 8. El paciente y/o su representante legalmente autorizado deben poder otorgar su consentimiento informado firmado, lo que incluye el cumplimiento de los requisitos y las restricciones que se enumeran en el DCI.

Criterios de Exclusión

1. Resultado positivo en una prueba de Coombs directa. 2. Deficiencia de ADAMTS13 (hereditaria o adquirida) conocida. 3. Síndrome hemolítico urémico asociado con la toxina Shiga conocido. 4. Insuficiencia medular o fracaso del injerto conocidos. 5. Diagnóstico de coagulación intravascular diseminada. 6. Diagnóstico de enfermedad venooclusiva (EVO). 7. Hemorragia gastrointestinal activa (hematemesis o hematoquecia) al inicio del estudio. 8. Peso corporal <30 kg y >100 kg. 9. Infección bacteriana o fúngica sistémica no controlada, presencia o sospecha de sepsis. 10. Haber recibido tratamiento previo o recibir en la actualidad un inhibidor del complemento (aprobado o en investigación). 11. Pacientes embarazadas o en período de lactancia. 12. Presencia de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana en el momento de la selección o que esté documentada en la historia clínica previa al TCP. 13. Presencia de virus de la hepatitis C detectable mediante reacción en cadena de la polimerasa en el momento de la selección o que esté documentado en la historia clínica previa al TCP. 14. Presencia de virus de la hepatitis B crónico e inactivo con cargas víricas >1000 UI/ml (>5000 copias/ml) en el momento de la selección o que esté documentada en la historia clínica previa al TCP. Los pacientes elegibles que sean portadores crónicos activos (<=1000 UI/ml) deben recibir tratamiento antivírico profiláctico (por ejemplo, entecavir, tenofovir, lamivudina) según las directrices locales del país. 15. Incapacidad para cooperar con los procedimientos del estudio o presentar cualquier condición que, en opinión del investigador, pueda aumentar el riesgo del paciente si participa en el estudio o interferir en la interpretación de los resultados del estudio.

Calendario

(Última actualización: 13/01/2022)

Autorización 13/12/2021	Inicio de Ensayo No aportado	Inclusión Primer Paciente No aportado	Interrumpido No aportado	Reiniciado No aportado
--	---	--	---	---

Fin de reclutamiento No aportado	Fin prematuro (España) No aportado	Fin prematuro (Global) No aportado	Fin del ensayo en España No aportado	Fin del ensayo global No aportado
---	---	---	---	--

Promotor

Swedish Orphan Biovitrum AB Suecia

Tomtebodavägen 23A SE-112 76 Solna

Contact Person

Swedish Orphan Biovitrum AB - Regulatory Affairs

0041 79 362 97 99

Anke.Arnold@sobi.com

Monetary support: Apellis Pharmaceuticals, Inc (and subsidiaries).|Swedish Orphan Biovitrum AB|

Ceim

CEIm Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda

C/ Joaquin Rodrigo, 2 Majadahonda 28222 Madrid

secreceic.hpth@salud.madrid.org

911917479-911917662

Centros

No iniciado (13/12/2021)

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Majadahonda

MADRID

Servicio de Hematología

Medicamentos

Pegcetacoplan

Solución inyectable y para perfusión

-
Principios Activos: pegcetacoplan|

Experimental

Pegcetacoplan

Solución inyectable y para perfusión

-
Principios Activos: pegcetacoplan|

Experimental

Sin resultados

An Open-label, Single-arm, Study to Evaluate Pegcetacoplan in Patients with TA-TMA after HSCT

State Not initiated	Type of participants Incapable subjects of giving consent , Population especially vulnerable , Patient	Age Ranges Older than 64 , Adults
Gender Both	Phases Phase II	Expected Participants 9
Results No results	Low level of intervention No	Rare disease Yes
Geographic coverage National One-center , International multicenter	Areas of the study safety, pharmacokinetics, pharmacodynamics	Sponsor type Commercial

Information

Identifier

2021-003157-27

Investigated Disease

Inflammatory and thrombotic diseases of the system of tiny blood vessels

Scientific Title

An Open-label, Single-arm, Multicenter Pilot Study to Evaluate the Pharmacokinetics, Pharmacodynamics and Safety of Pegcetacoplan in Patients with Transplant-associated Thrombotic Microangiopathy (TA-TMA) After Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT)

Rationale

Transplant-Associated Thrombotic Microangiopathy (TA-TMA) is a life-threatening complication of Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT) characterized by hemolytic anemia, thrombocytopenia, and ischemic organ damage most commonly affecting the kidneys, lungs, central nervous system and the gastrointestinal tract due to platelet clumping in the microcirculation. There are no universally agreed on care strategies for TA-TMA after HSCT.

Treatment of TA-TMA is mostly supportive, including withdrawal or minimization of medication insult to endothelium, treatment of co-existing conditions such as infections and graft-versus-host disease that may aggravate TMA and aggressive hypertension management. However, these interventions are successful only in non-severe TA-TMA cases where the end-organ damage is not yet established. Pegcetacoplan, which acts through the modulation of the complement system, has already proved to be effective in several complement-mediated hematological diseases (paroxysmal nocturnal hemoglobinuria and cold agglutinin disease). On the basis of the scientific and clinical evidence on the preminent role of complement overactivation leading to endothelial injury in TA-TMA, it can be anticipated that pegcetacoplan, preventing the C3-mediated activation of the complement pathways, may represent a valid treatment strategy for TA-TMA. The primary objective of this study is to evaluate the PK, safety and tolerability of pegcetacoplan in patients with severe TA-TMA.

Main Objective

To evaluate the pharmacokinetics (PK), safety and tolerability of pegcetacoplan in patients with TA-TMA.

Primary Endpoints

- Pegcetacoplan PK parameters: o AUC_{0-tau}, C_{max}, T_{max} and C_{trough}.

Temporary moments of secondary assessment

Days 1, 3 and 5, and, from Week 2 onwards, at all other visits

Secondary Objective

- To evaluate the pharmacodynamics (PD) of pegcetacoplan in patients with TA-TMA.
- To evaluate the clinical response of pegcetacoplan in patients with TA TMA.
- To evaluate the overall survival with pegcetacoplan in patients with TA TMA.

Secondary Endpoints

- PD endpoints: o Absolute levels, change from baseline, and % change from baseline to Week 24 in biomarkers of complement activation: sC5b-9, C3a, C3, Bb, C4a, functional assays for classical and alternative complement pathways.
- Clinical response at Week 24 from treatment start, defined as improvement in laboratory markers and improvement in clinical status as follows: Laboratory markers: o Lactate dehydrogenase (LDH) less than 1.5 x upper limit of normal (ULN) and o Platelet count $\geq 50\ 000/\text{mm}^3$ without transfusion support during the prior 7 days. Clinical status: at least 1 of the following (without deterioration in other organs attributable to TA-TMA): o Renal response – requires > 40 % reduction in creatinine, or normalization of creatinine, or discontinuation of renal replacement therapy, or reduction of proteinuria < 30 mg/dL or random urine protein/creatinine ratio (rUPCR) < 2 mg/mg. o Pulmonary response – requires extubation and discontinuation of positive pressure ventilation. o Gastrointestinal (GI) response – applicable only to patients with biopsy proven GI TA-TMA and requires improvement in GI function as determined by the Mount Sinai Acute Graft-versus-host disease International Consortium (MAGIC) criteria (no or intermittent nausea, vomiting or anorexia attributed to TA-TMA for upper GI; stool output/day for lower GI as follows: < 500 mL/day or < 3 episodes/day. o Neurological response – requires improvement in reversible neurological conditions (e.g., cessation of seizures or controlled under medication, resolution of mental alteration;

residual radiologic signs are acceptable without clinical symptomatology), or stabilization of irreversible neurological conditions (e.g., stability of neurological deficits following stroke without further deterioration or subsequent strokes).

- o Freedom from transfusion – requires absence of platelet or packed red blood cells (PRBC) transfusions attributed to TA-TMA during the prior 7 days (only applicable if patient was undergoing platelet or PRBC transfusion at baseline).
- o Cardiovascular response – requires resolution of pulmonary hypertension (may receive anti-pulmonary hypertension medications if still on maintenance therapy), or hypertension control on no more than 2 medications excluding diuretics (applicable only to patients with severe hypertension at baseline).
- o Serositis response – requires no evidence of clinically significant pericardial or pleural effusion requiring surgical therapy (e.g., pericardiocentesis/thoracocentesis). Patients meeting intercurrent events, including use of prohibited medication or study withdrawal before Week 24 (with the exception of non-TA-TMA related death), will be considered as failures/nonresponders.

• Overall survival at Day 100 from date of TA-TMA diagnosis.

Temporary moments of secondary assessment

as per the protocol

Inclusion criteria

1. Male and female patients aged ≥ 18 years at the time of informed consent form (ICF) signature. 2. Received allogeneic HSCT from a related or unrelated, human leukocyte antigen-matched or mismatched donor. Patients having received any of the following stem cell sources are eligible: granulocyte colony stimulating factor mobilized peripheral blood stem cells, bone marrow, umbilical cord blood. 3. Diagnosis of TA-TMA established by histologic evidence of microangiopathy in any biopsied organ OR, as per the laboratory markers below, indicating TMA: a. De novo or progressing thrombocytopenia (platelet count $< 50 \times 10^9/L$ or $> 50\%$ decrease in platelet count from the highest value achieved after transplantation). AND b. Elevated LDH ($> 1.5 \times ULN$). AND at least 1 additional laboratory criteria among the following: c. Schistocytes on the peripheral blood smear (≥ 2 per hpf). OR d. De novo anemia (hemoglobin $< LLN$ or anemia requiring PRBC transfusion support as per local institutional standard). OR e. Proteinuria (rUPCR ≥ 2 mg/mg OR proteinuria > 30 mg) OR f. Elevated plasma concentration of sC5b-9 above ULN. 4. Have a diagnosis of TA-TMA that persists despite initial management of any triggering condition. 5. Have at least 1 sign/symptom of organ dysfunction: a. Kidney: doubling of serum creatinine compared with pre-HSCT level or patient receiving renal replacement therapy or proteinuria ≥ 30 mg/dL OR rUPCR ≥ 2 mg/mg. b. Lungs: hypoxemia or any need for noninvasive or invasive positive pressure ventilation. c. Cardiovascular: pulmonary hypertension diagnosed by a cardiologist using cardiac catheterization, or pulmonary hypertension criteria on echocardiography or arterial hypertension, defined by systolic blood pressure (BP) ≥ 140 mmHg and/or diastolic BP ≥ 90 mmHg at baseline or hypertension requiring > 2 medications (excluding diuretics). d. Serositis: clinically significant pleural effusion or pericardial effusion requiring surgical therapy (e.g., pericardiocentesis/thoracocentesis). e. CNS: seizures attributable to posterior reversible encephalopathy syndrome. f. GI tract: presence of biopsy-proven GI TA-TMA. Patients with GI bleeding (hematemesis or hematochezia) will be excluded. 6. Women of childbearing potential, defined as any women who have experienced menarche and who are NOT permanently sterile or postmenopausal, must have a negative serum pregnancy test at screening and agree to use protocol-defined methods of contraception for the duration of the study and 8 weeks after their last IMP dose. Note: Postmenopausal is defined as having had 12 consecutive months with no menses without an alternative medical cause. 7. Men must agree to the following for the duration of the study and 8 weeks after their last dose of IMP: a. Avoid fathering a child. b. Use protocol-defined methods of contraception. c. Refrain from donating sperm. 8. Patient and/or legally authorized representative must be capable of giving signed informed consent, which includes compliance with the requirements and restrictions listed in the ICF.

Exclusion criteria

1. Positive direct Coombs test. 2. Known familial or acquired ADAMTS13 deficiency. 3. Known Shiga toxinrelated hemolytic uremic syndrome. 4. Known bone marrow or graft failure. 5. Diagnosis of disseminated intravascular coagulation. 6. Diagnosis of veno-occlusive disease (VOD). 7. Active GI bleeding (hematemesis or hematochezia) at baseline. 8. Body weight < 30 kg and > 100 kg. 9. Uncontrolled systemic bacterial or fungal infection, presence or suspicion of sepsis. 10. Previously or currently treated with a complement inhibitor (approved or investigational). 11. Pregnancy or breastfeeding. 12. Positive human immunodeficiency virus antibody at screening or documented in pre-HSCT medical record. 13. Hepatitis C virus detectable by polymerase chain reaction at screening or documented in pre-HSCT medical record. 14. Chronic inactive hepatitis B virus with viral loads > 1000IU/mL (> 5000copies/mL) at screening or documented in pre-HSCT medical record. Eligible patients who are chronic active carriers (<= 1000IU/mL) must receive prophylactic antiviral treatment (e.g., entecavir, tenofovir, lamivudine) according to local country guidelines. 15. Inability to cooperate with study procedures or any condition that, in the opinion of the investigator, could increase the patient's risk by participating in the study or confound the outcome of the study.

Calendar

(Last Update: 13/01/2022)

Authorization 13/12/2021	Start of Trial Not aported	First patient inclusion Not aported	Halted Not aported	Restarted Not aported
------------------------------------	--------------------------------------	---	------------------------------	---------------------------------

End of recruitment Not aported	Premature end (Spain) Not aported	Premature End (Global) Not aported	Trial end (Spain) Not aported	Trial end (Global) Not aported
--	---	--	---	--

Sponsor

Swedish Orphan Biovitrum AB Suecia

Tomtebodavägen 23A SE-112 76 Solna

Contact Person

Swedish Orphan Biovitrum AB - Regulatory Affairs

0041 79 362 97 99

Anke.Arnold@sobi.com

Monetary support: Apellis Pharmaceuticals, Inc (and subsidiaries).[Swedish Orphan Biovitrum AB]

Ceim

CEIm Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda

C/ Joaquin Rodrigo, 2 Majadahonda 28222 Madrid

secreceic.hpth@salud.madrid.org

911917479-911917662

Sites

not initialized (13/12/2021)

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Majadahonda

MADRID

Servicio de Hematología

Medication

Pegcetacoplan
Solución inyectable y para perfusión

-

Active Principles: pegcetacoplan|

Experimental

Pegcetacoplan
Solución inyectable y para perfusión

-

Active Principles: pegcetacoplan|

Experimental

No results