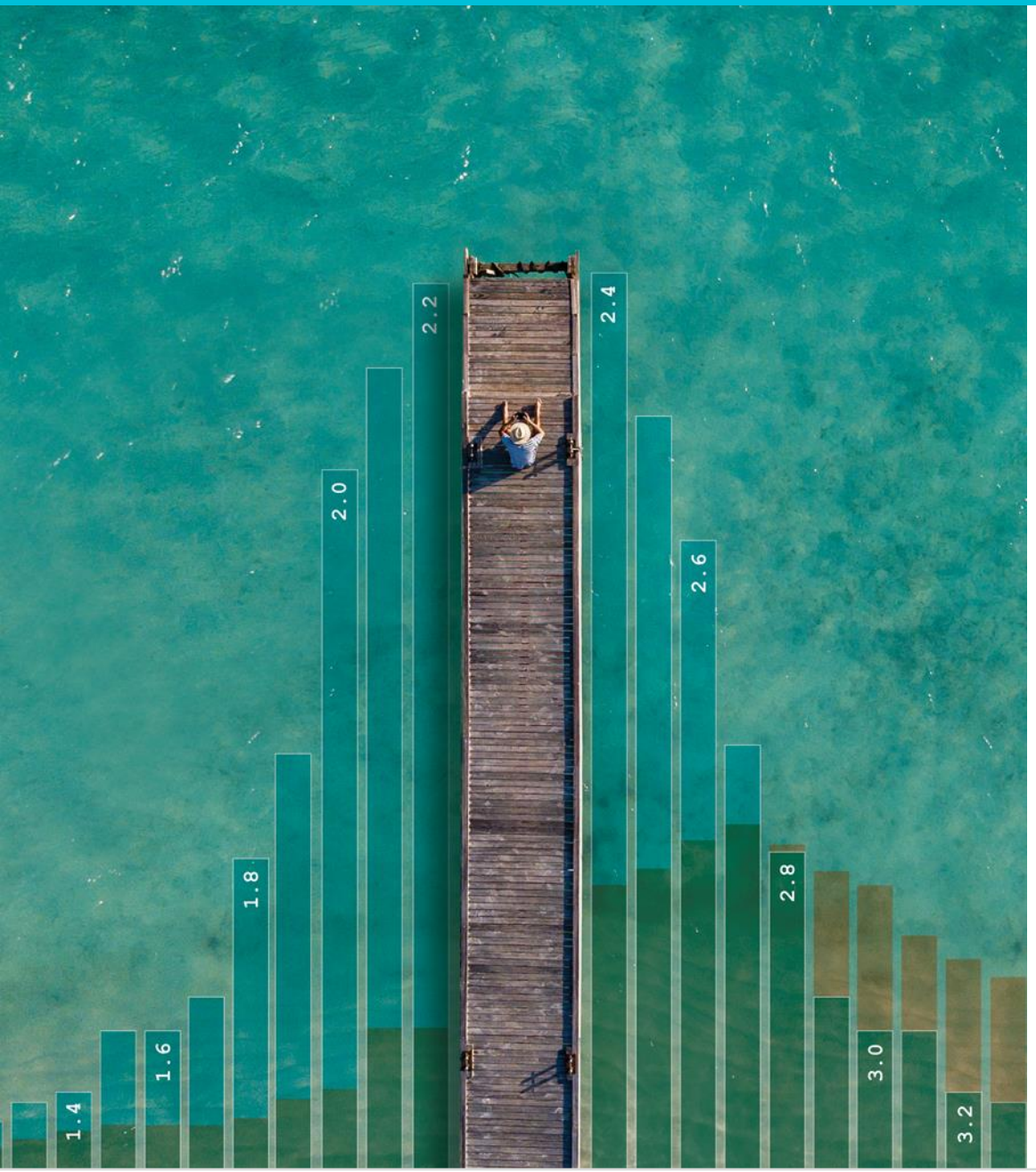
TriNetX

Explore real-world, real-time global data

Le réseau de recherche TriNetX, un atout collaboratif supplémentaire pour la recherche régionale



Un partenariat pour soutenir l'attractivité & la notoriété de votre établissement

1. Favoriser l'accès des patients à l'innovation
2. Faciliter la recherche Clinique
3. Renforcer la recherche sur données
4. Développer les collaborations de recherche

TriNetX – Connecte le monde de la recherche en santé

30
Pays

250M+
Patients

240+
Etablissements de santé

40+
Partenaires industriels

15K
Utilisateurs de la plateforme

Aujourd'hui

Dans le réseau de recherche TriNetX

Origines & développement

Société issue du programme EHR4CR IMI 1, le plus grand réseau opérationnel de recherche (EU)

2019

Suivi de pharmacovigilance en temps réel (US)

2022

Données d'oncologie de qualité réglementaire (EU)

2022

En unissant nos forces, nous pouvons faire avancer la recherche

DONNEES + TriNetX = **WIN-WIN**

Opportunités d'essais cliniques

Outils d'analyse

Données de recherche mondiales

L'échelle de RWD avec TriNetX

sert la communauté de recherche

18,500+
Opportunités d'essais cliniques

300+
Recherches peer-reviewed

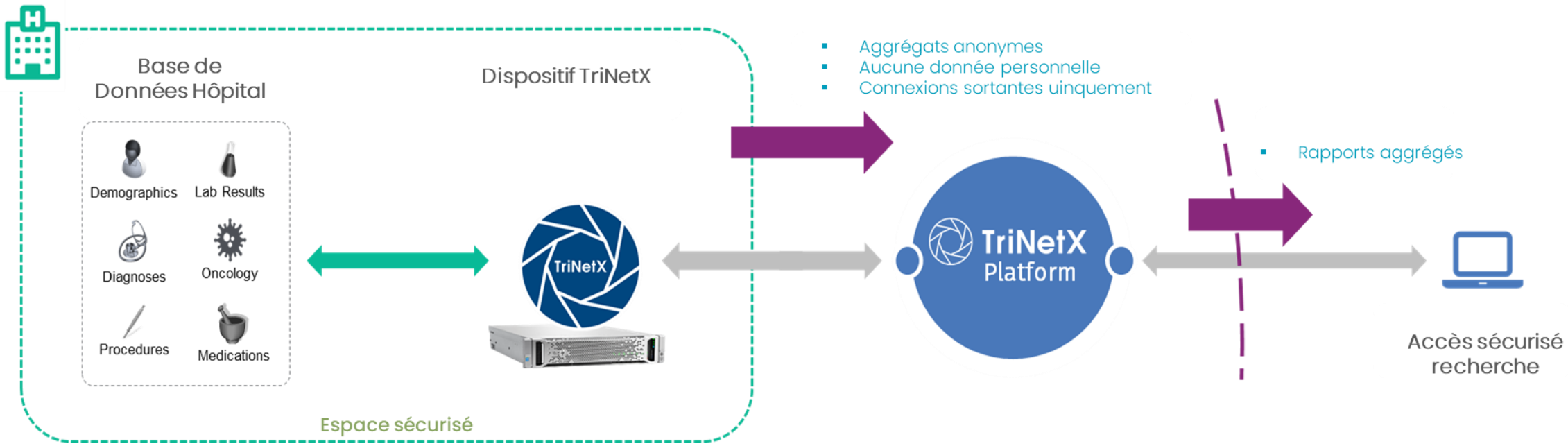
A travers toutes les aires thérapeutiques

Neoplasms	Endocrinology	Musculo-skeletal	Cardiology
C00-D49	E00-E89	M00-M99	I00-I99
30.8M	52.1M	65.9M	50.1M
PATIENTS	PATIENTS	PATIENTS	PATIENTS

Pulmonology	CNS	Infectious Disease	Dermatology
J00-J99	G00-G99	A00-B99	L00-L99
58.1M	40.1M	41.2M	35.6M
PATIENTS	PATIENTS	PATIENTS	PATIENTS

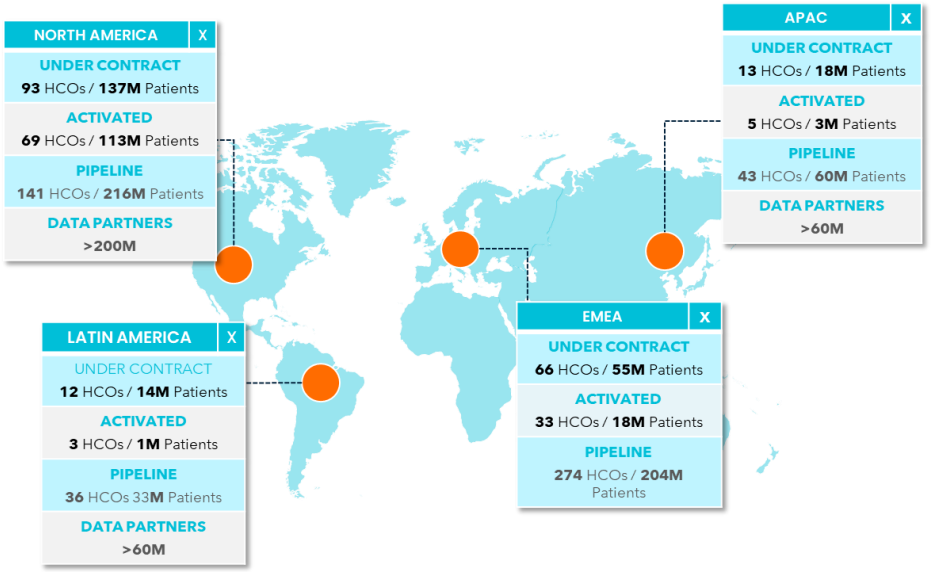
Updated 11-Oct-2022 by Jan Horak

De manière fédérée – conforme aux règlementations



- Aucune donnée personnelle n'est transmise en dehors de l'espace sécurisé.
- L'anonymisation consiste en une agrégation (addition) des termes ou points de données, résultant en un nombre N pour lequel il est impossible de réidentifier un individu.
- Le processus d'anonymisation produit des "N" conformes aux trois critères définis par l'avis du G29 (pas d'individualisation de la donnée, pas de corrélation possible et pas d'inférence possible).

Faciliter et développer
Recherche clinique | RWE | Collaboration



Un écosystème d'établissements de santé, d'entreprises biopharmaceutiques et de CROs pour **améliorer la recherche Clinique.**

Une implantation permettant l'utilisation de données anonymes globales pour mener des **études en vie réelle.**

Points clefs du Réseau Mondial de Recherche en Santé TriNetX

Architecture Fédérée

Sécurité Compliance

Hardware local

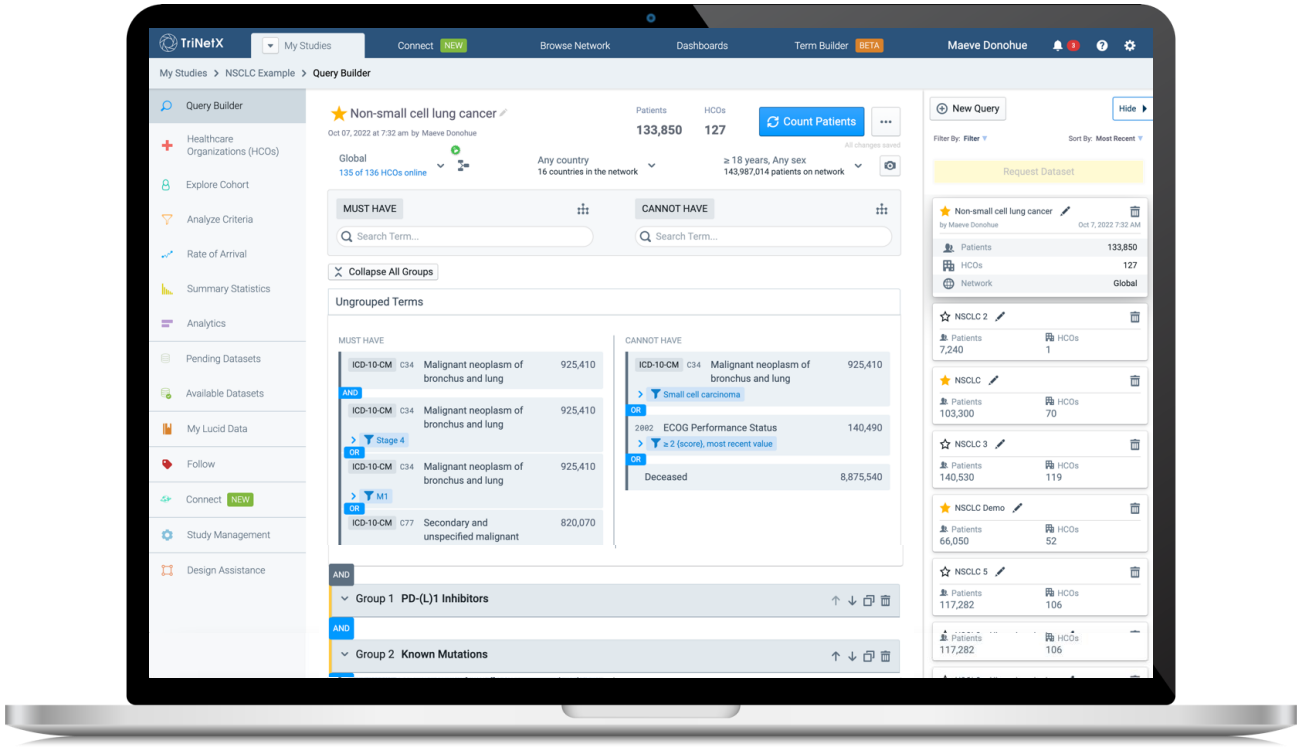
Toutes sources de données

Données harmonisées

Interface Self-Service

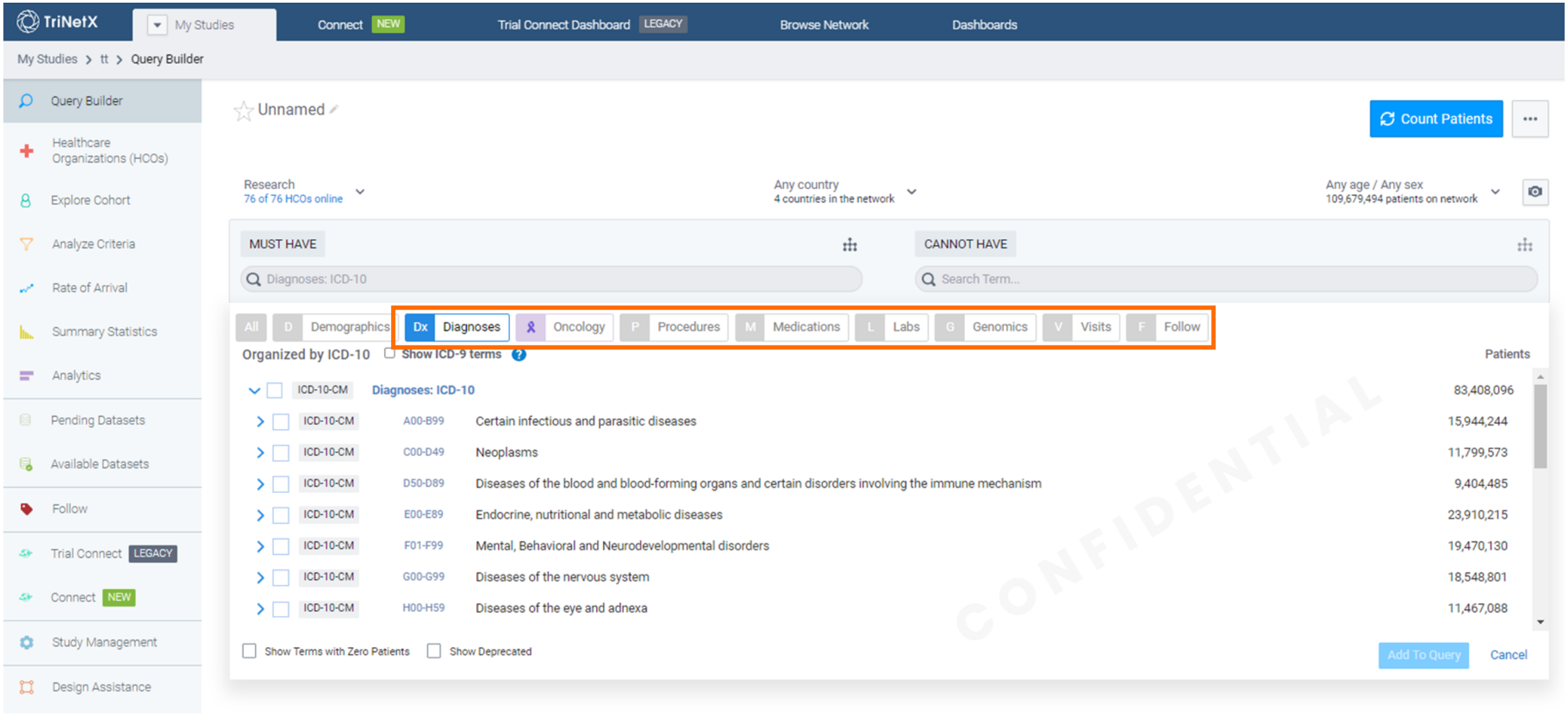
1. Architecture fédérée
2. Conformité règlementaire RGPD, HIPAA…
3. Serveur physique situé derrière le pare-feu
4. Finalité exclusive Recherche
5. Flux d'information sortant anonyme
6. Certification ISO 27001:2013
7. Ingestion tous types de source de données
8. Données standardisées et harmonisées
9. Licences utilisateurs - interface intuitif

La Plateforme de recherche TriNetX

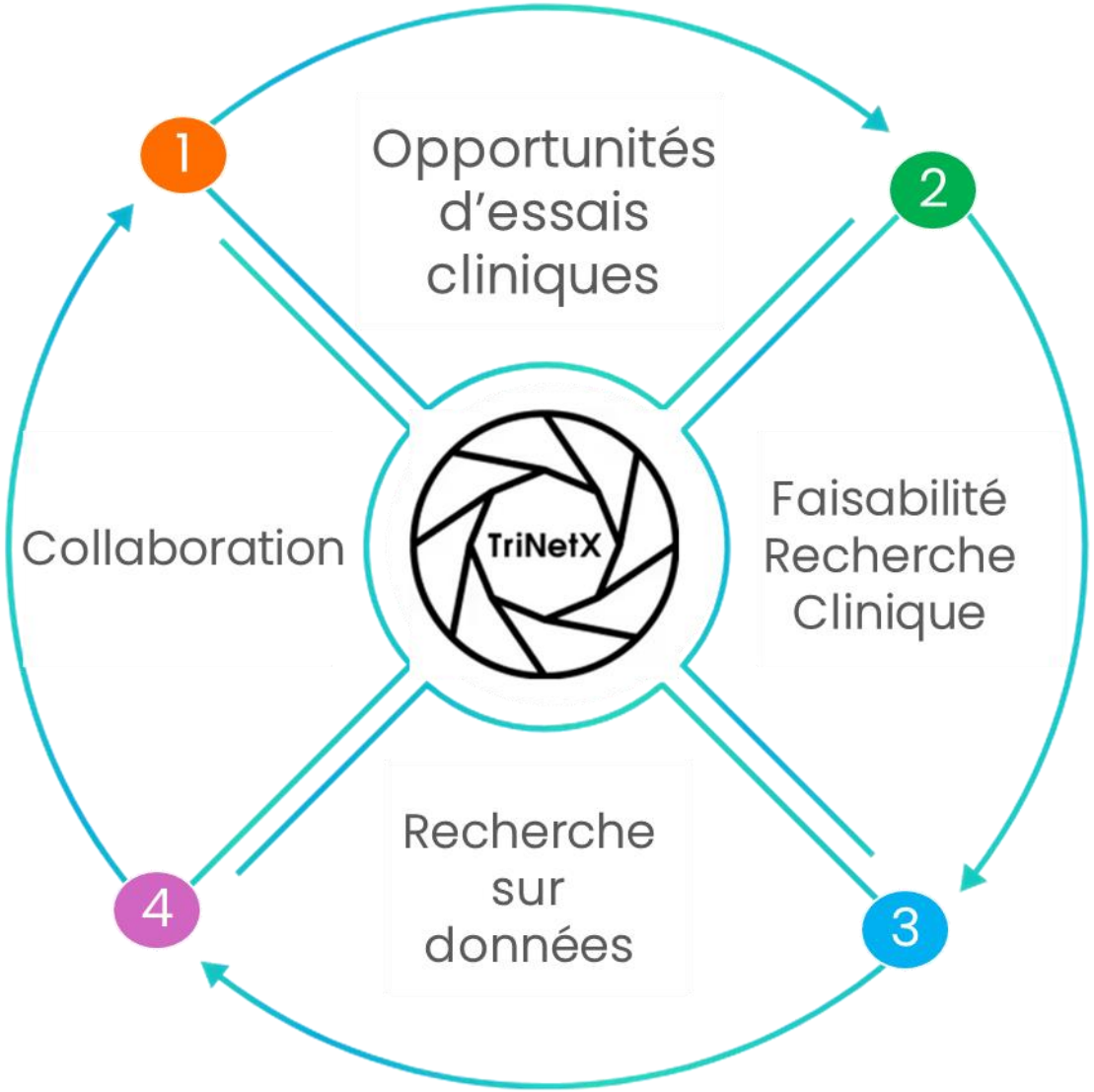


Démographie | Diagnostics | Chirurgie | Médicaments | Lab | Constantes | Oncologie | Génomique | Mortalité

Un outil pour construire et analyser des populations

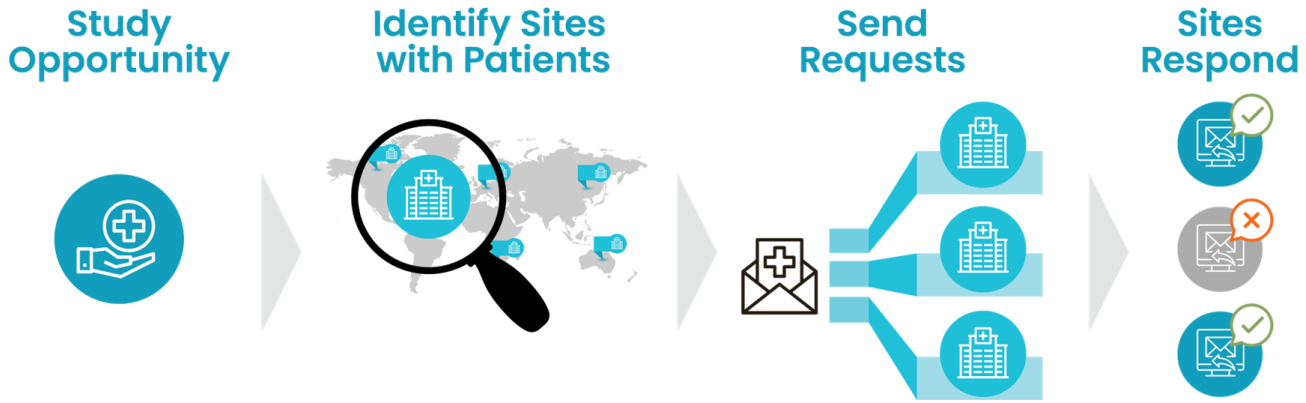


Etre partenaire de recherche avec TriNetX

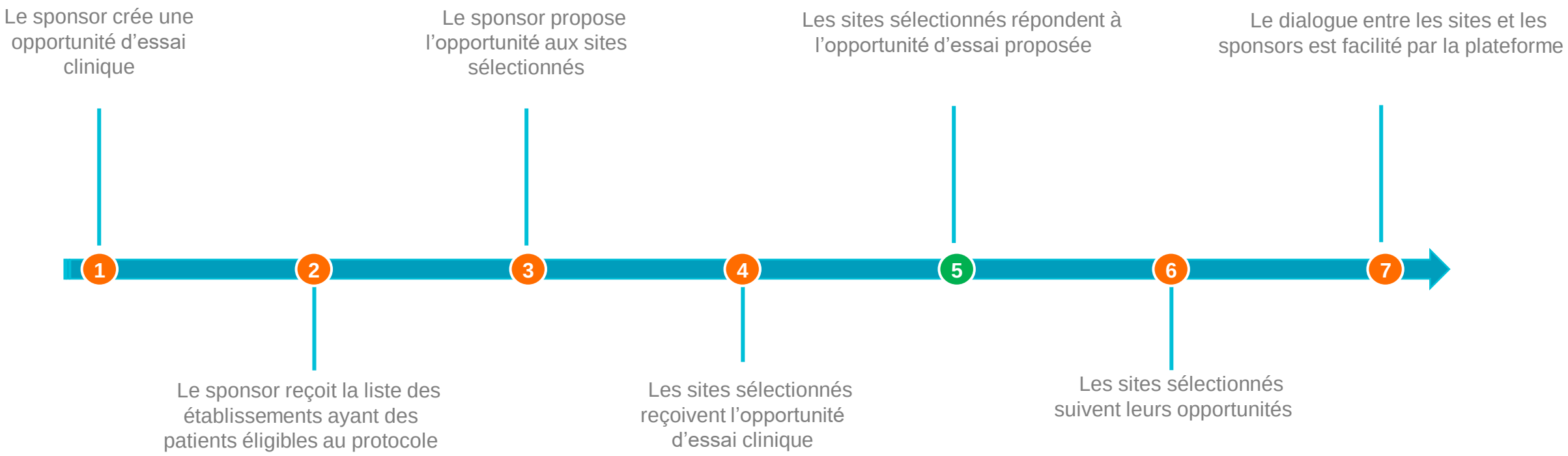


Attirer plus d'essais cliniques avec TriNetX Connect

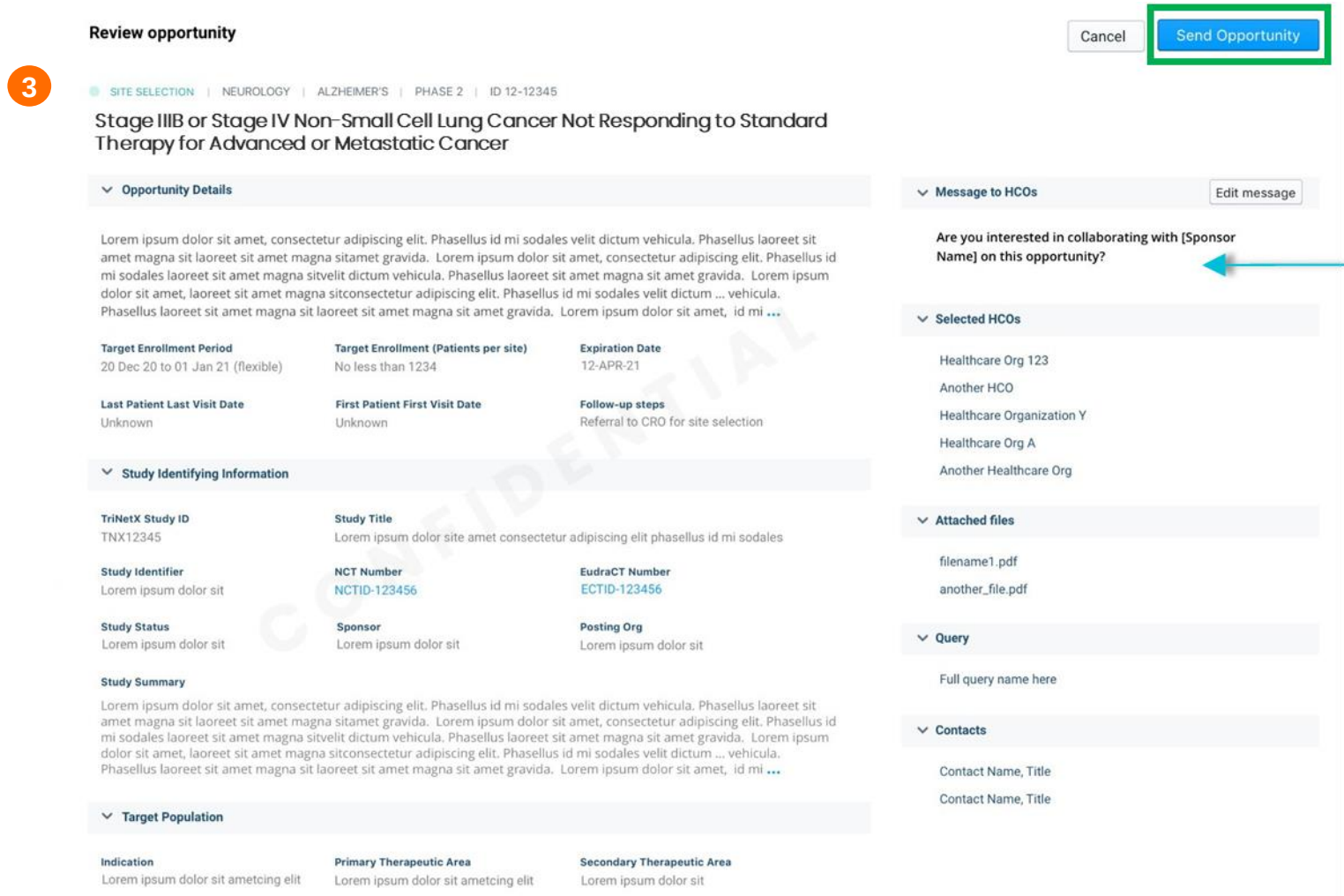
Une entreprise des sciences de la vie partenaire de TriNetX recherche des établissements membres du réseau, ayant des patients éligibles à son protocole, afin de proposer une opportunité d'essai clinique.



Attirer plus d’essais cliniques avec TriNetX Connect



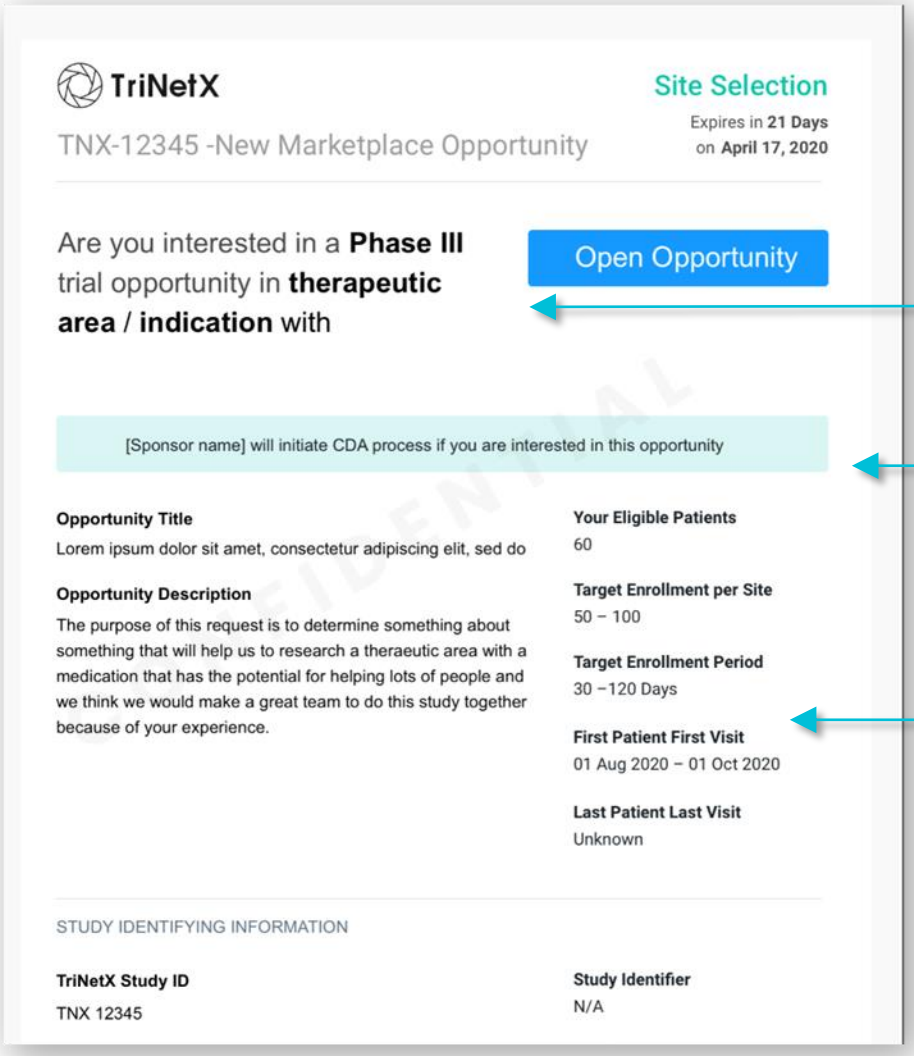
Le sponsor propose l'opportunité aux sites sélectionnés



Un message par défaut sera envoyé aux établissements sélectionnés pour démarrer la conversation. Il peut être personnalisé.

Les sites reçoivent l'opportunité du sponsor

4



Pour les Nouvelles Opportunités, vous recevrez une notification par e-mail

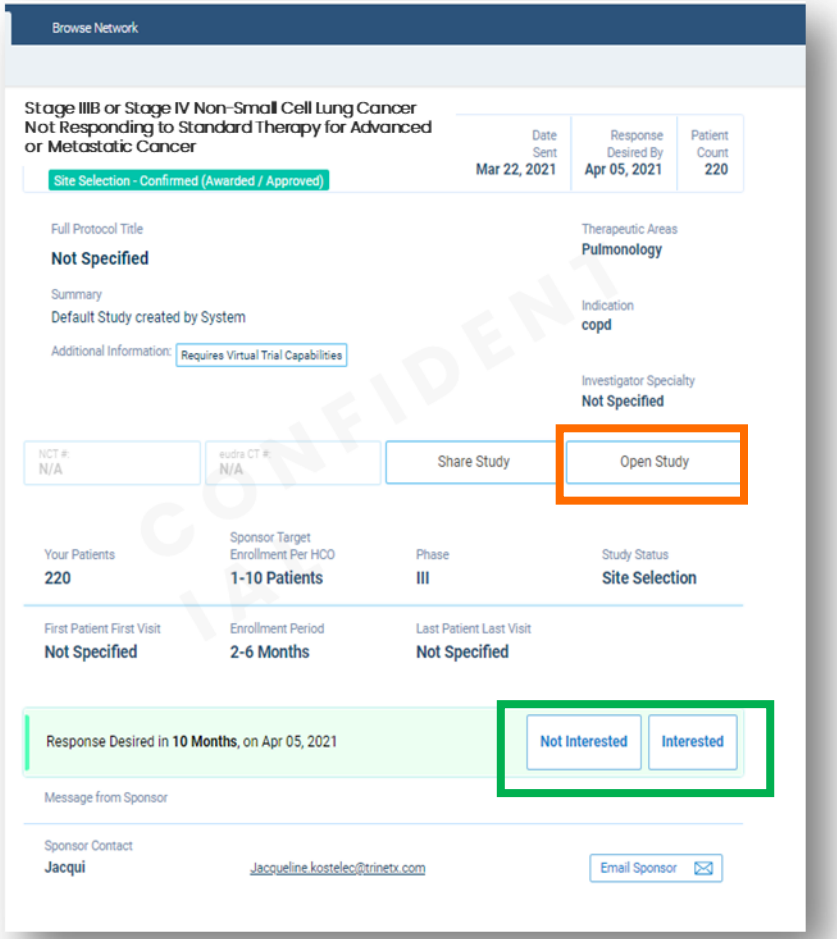
Un bref message du sponsor est inclus en haut de l'e-mail

Les étapes de suivi post-acceptation sont mises en évidence

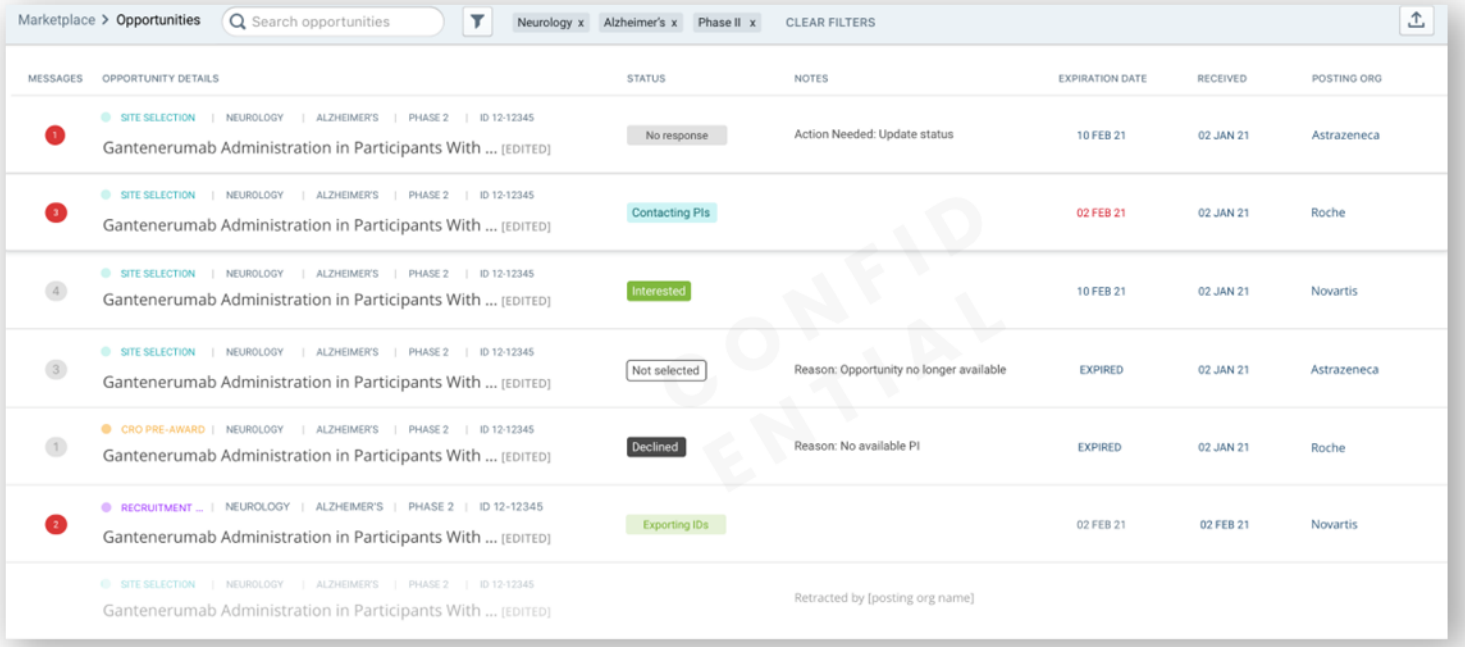
Les détails de l'opportunité et les propriétés de l'essai sont indiqués dans le corps de l'e-mail

Les sites évaluent, répondent et suivent l'opportunité

5

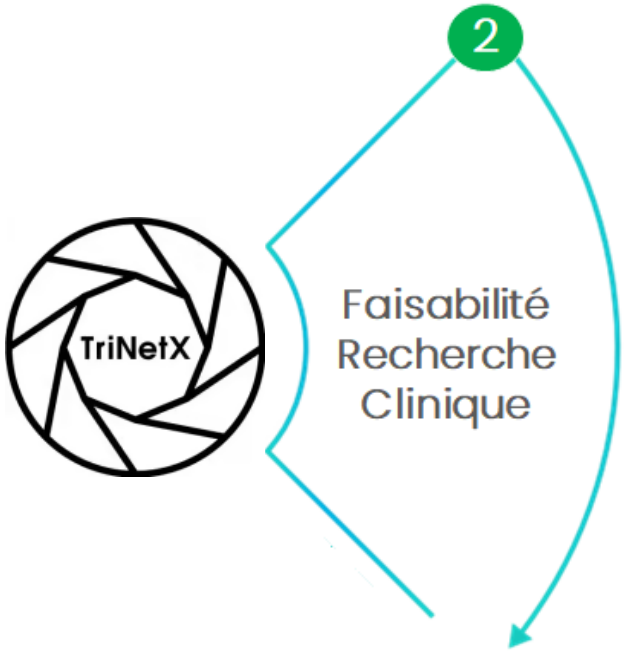


6



Aperçu des opportunités, statuts, dates importantes et sponsor

Mener des faisabilités plus rapidement



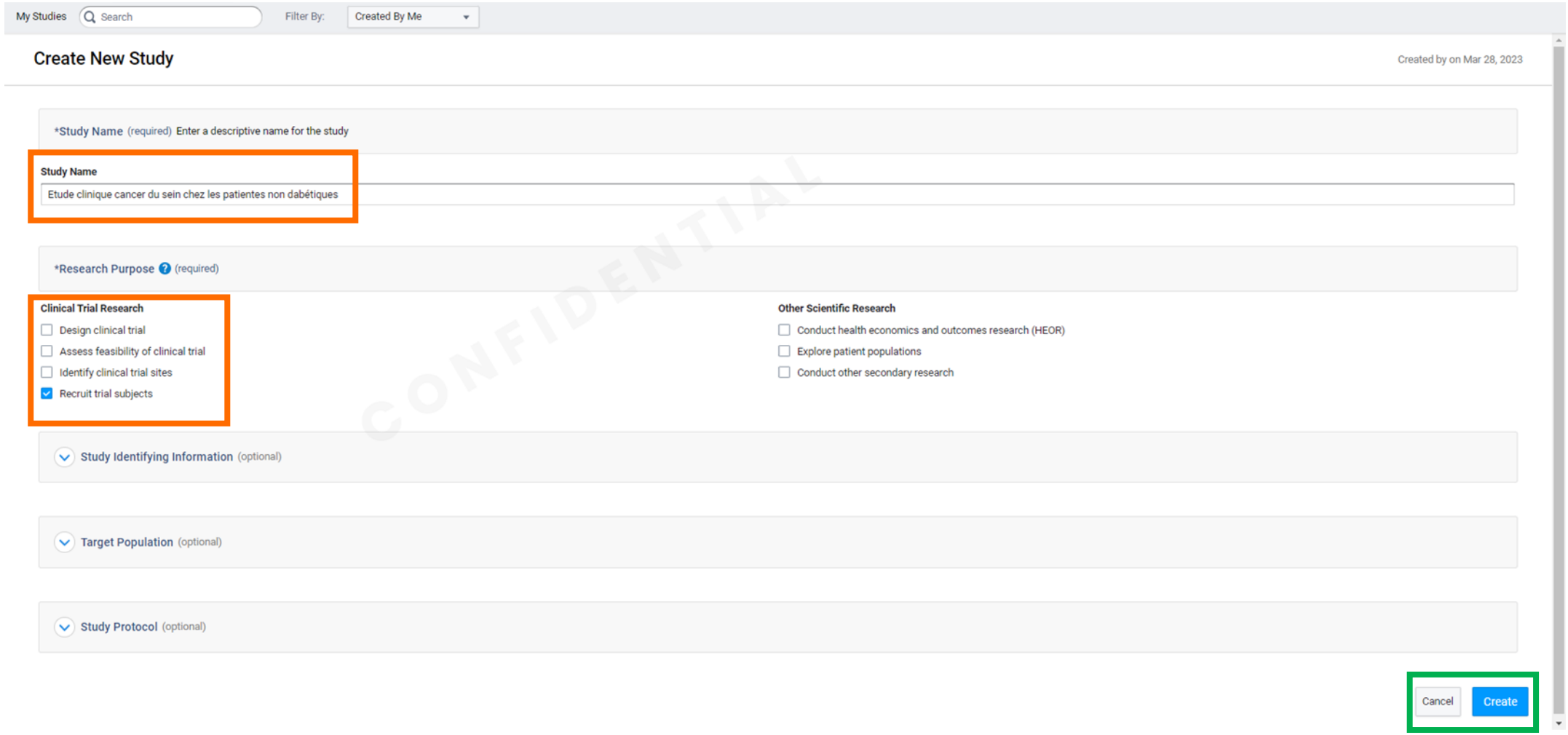
Vous souhaitez réaliser une faisabilité pour initier un essai à promotion interne ou pour répondre à la sollicitation d'un industriel / d'un partenaire académique.

ex : patientes âgées de 18 à 60 ans, non diabétiques, atteintes d'un cancer du sein, HER2+, stage T2, traitées avec trastuzumab.

1. Définition de la finalité / population
2. Création de la cohorte avec critères I/E
3. Exécution de la requête
4. Analyse du résultat des patients éligibles

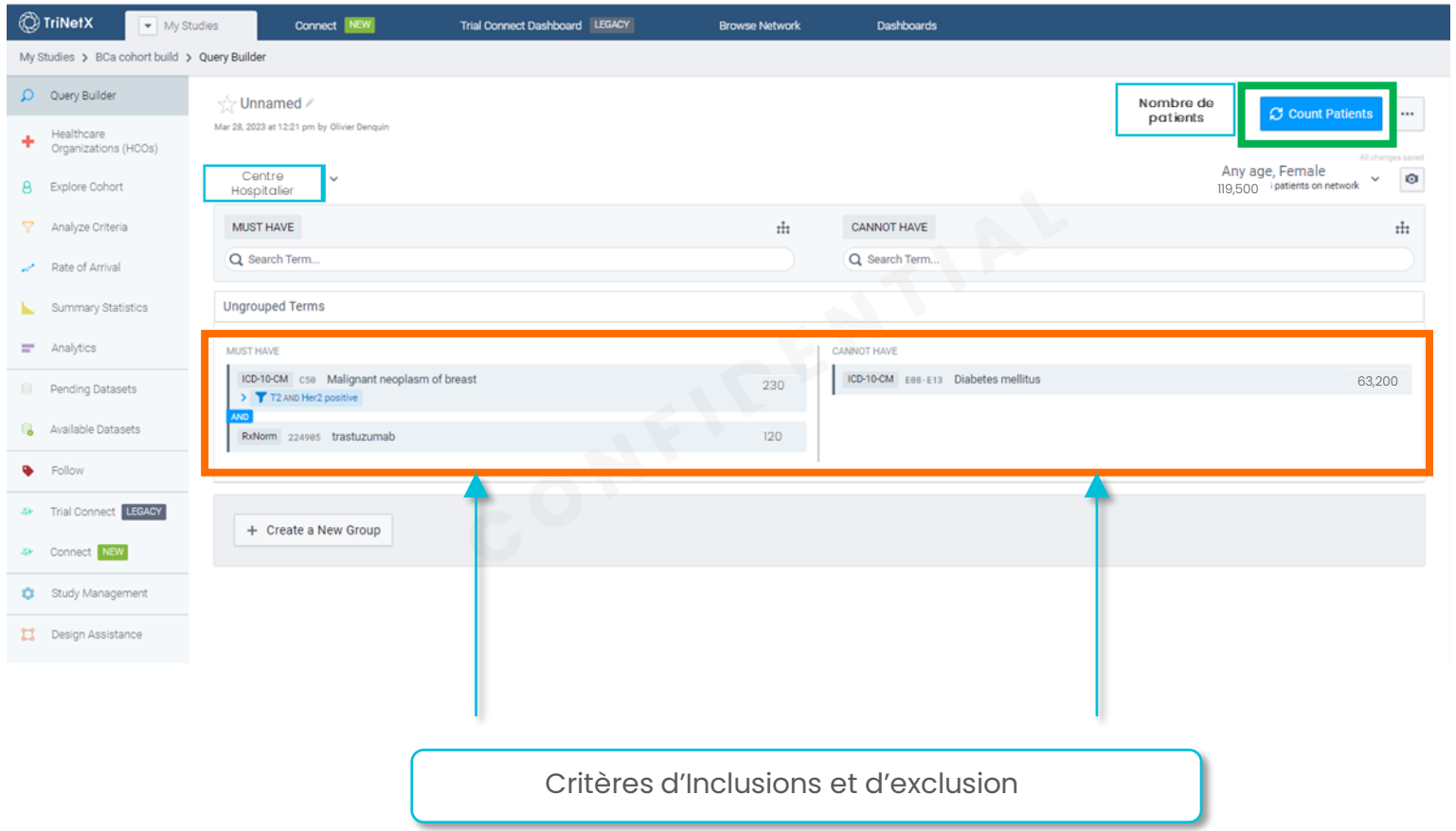
Cohorte fictive

Définir la finalité et la population cible

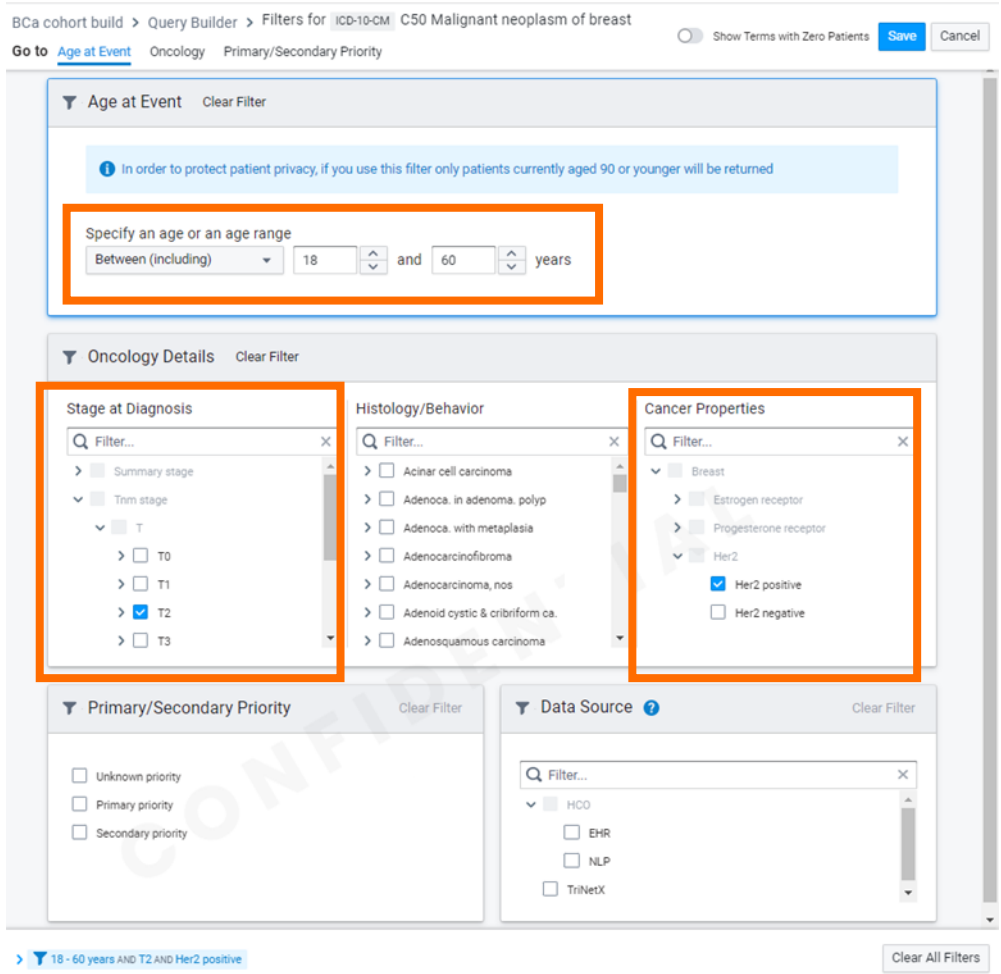


Créer et exécuter la cohorte avec critères I/E

ex : patientes âgées de 18 à 60 ans, non diabétiques, atteintes d'un cancer du sein, HER2+, stage T2, traitées avec trastuzumab.

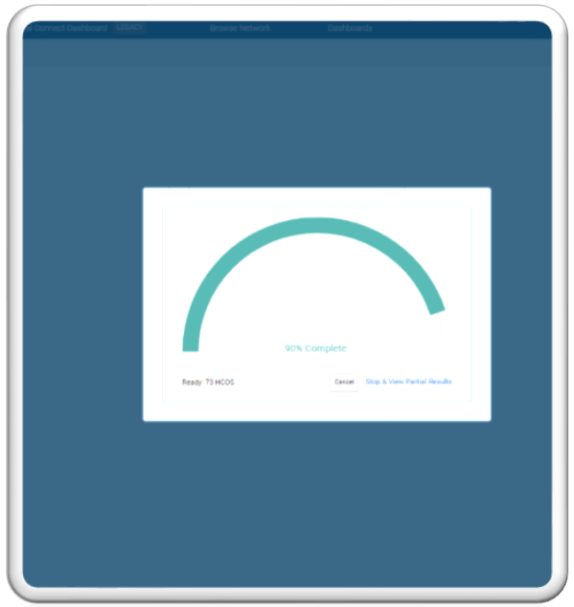


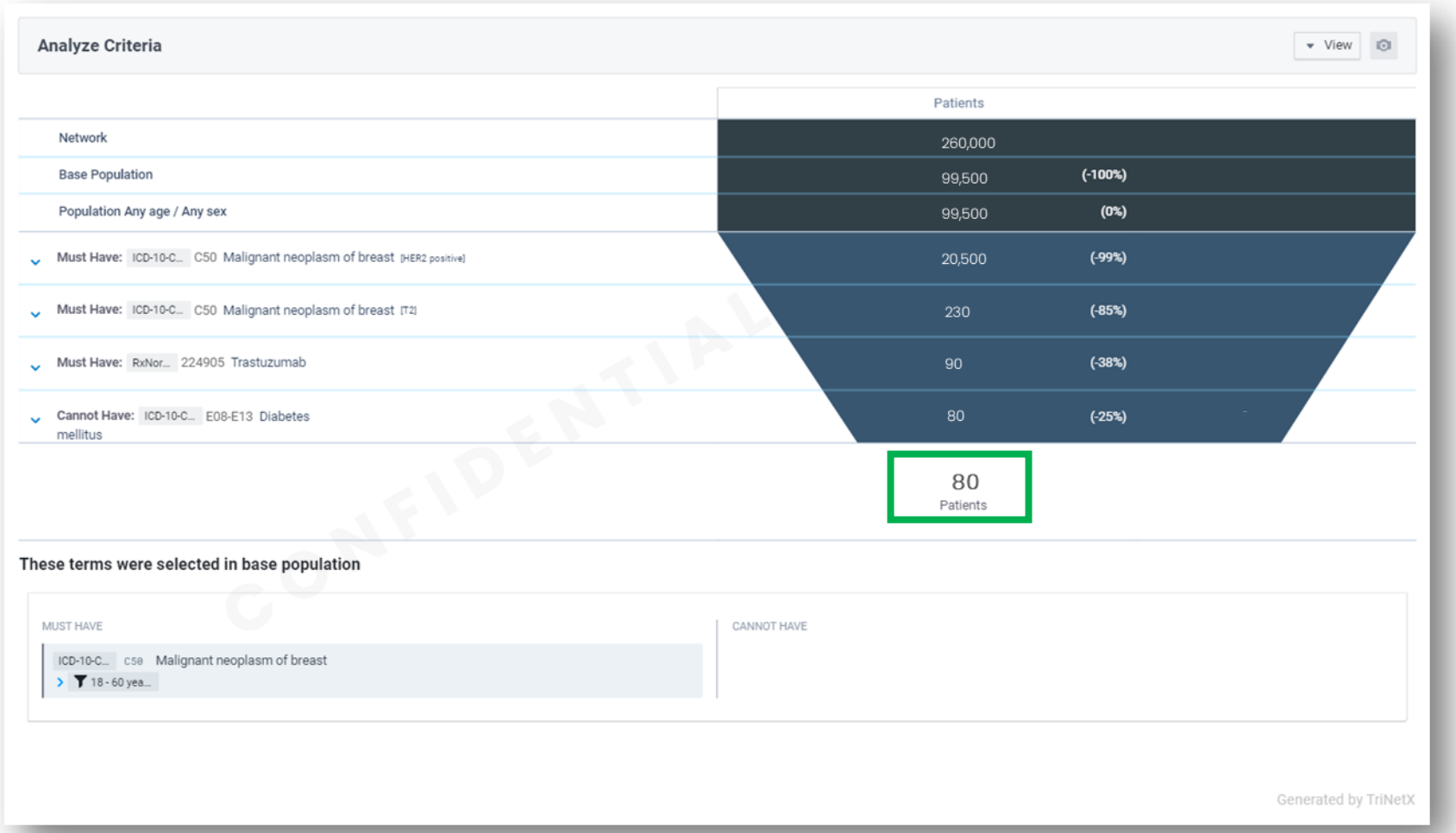
Critères d'Inclusions et d'exclusion



Données fictives

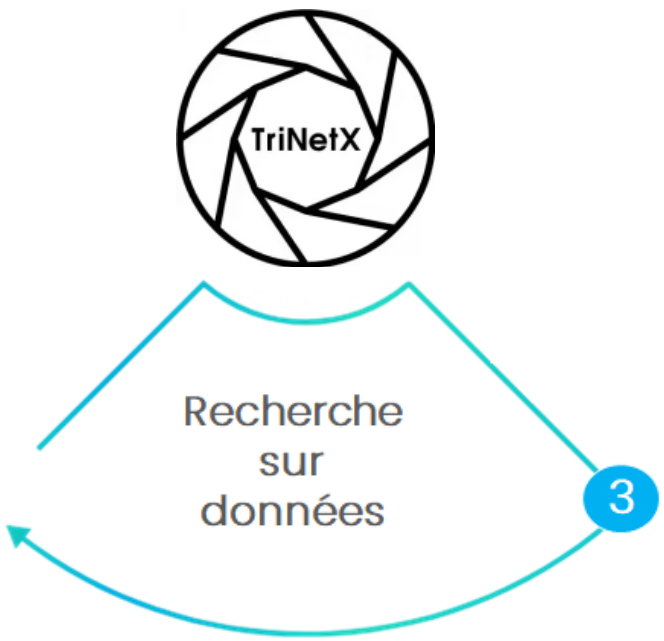
Exécuter la requête et évaluer le N patients éligibles





Données fictives

Analyser, comparer & publier



Vous avez une question de recherche à laquelle vous souhaitez répondre en utilisant vos données / les données aggrégées globales du réseau TriNetX.

ex : différences de pronostic à 5 ans liées au genre dans le cancer du poumon en termes de survie et de troubles psychiatriques ?

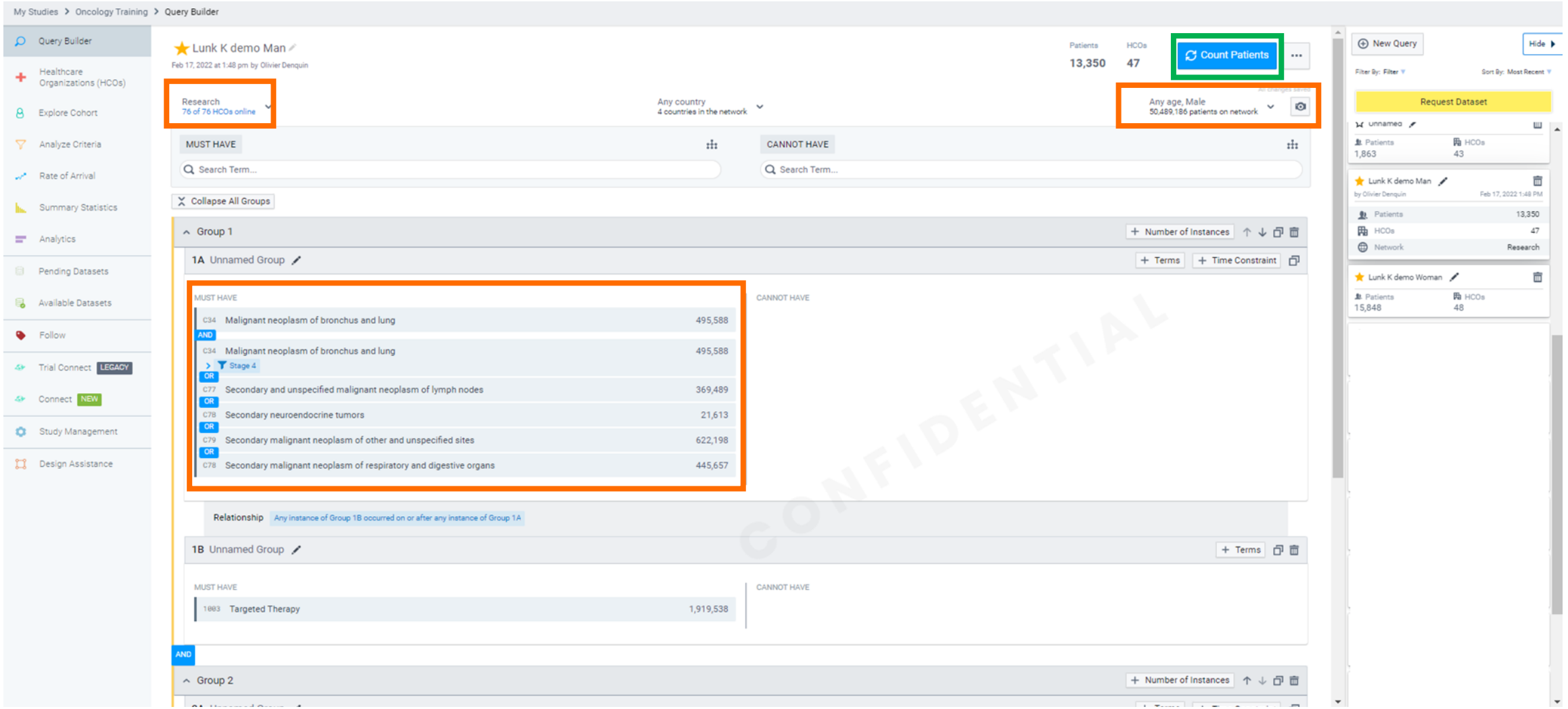
1
- Sélection du réseau d'étude LOCAL – GLOBAL
- Création cohorte(s) avec critères I/E

2
- Définition des analyses
- Execution de la requête

3
- Analyse des résultats

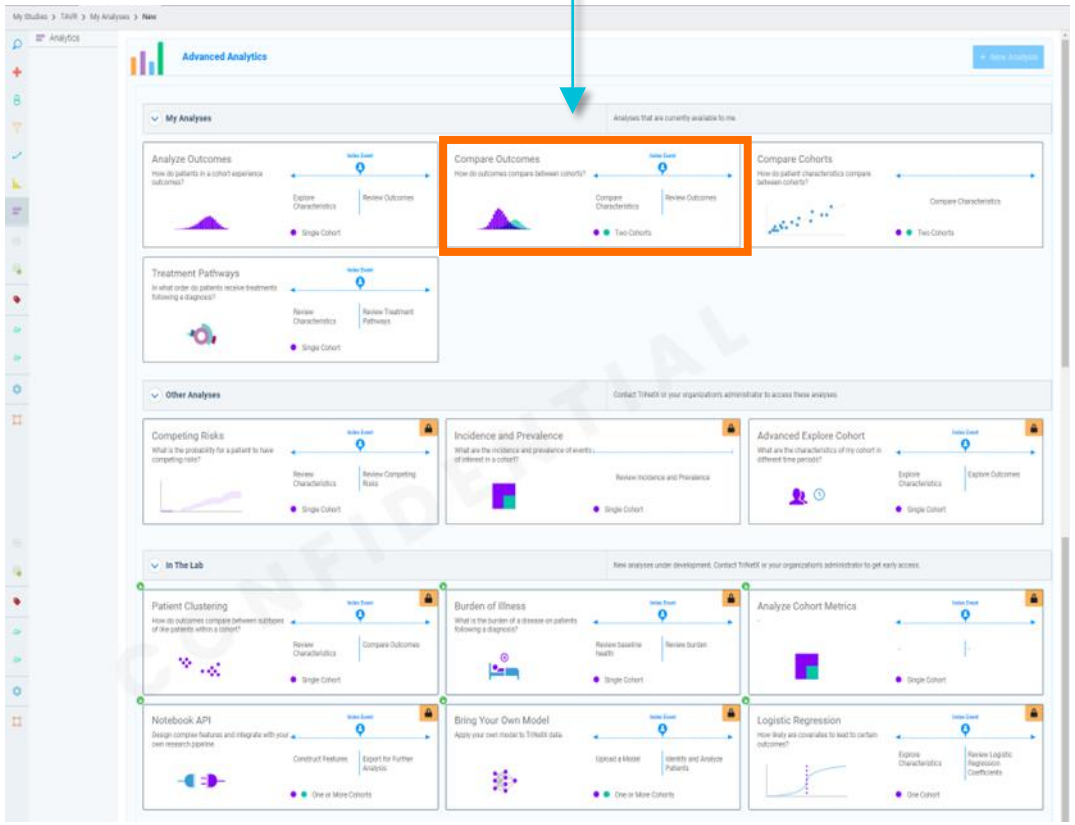
4
- Publication des résultats

Sélection du réseau et définition des cohortes

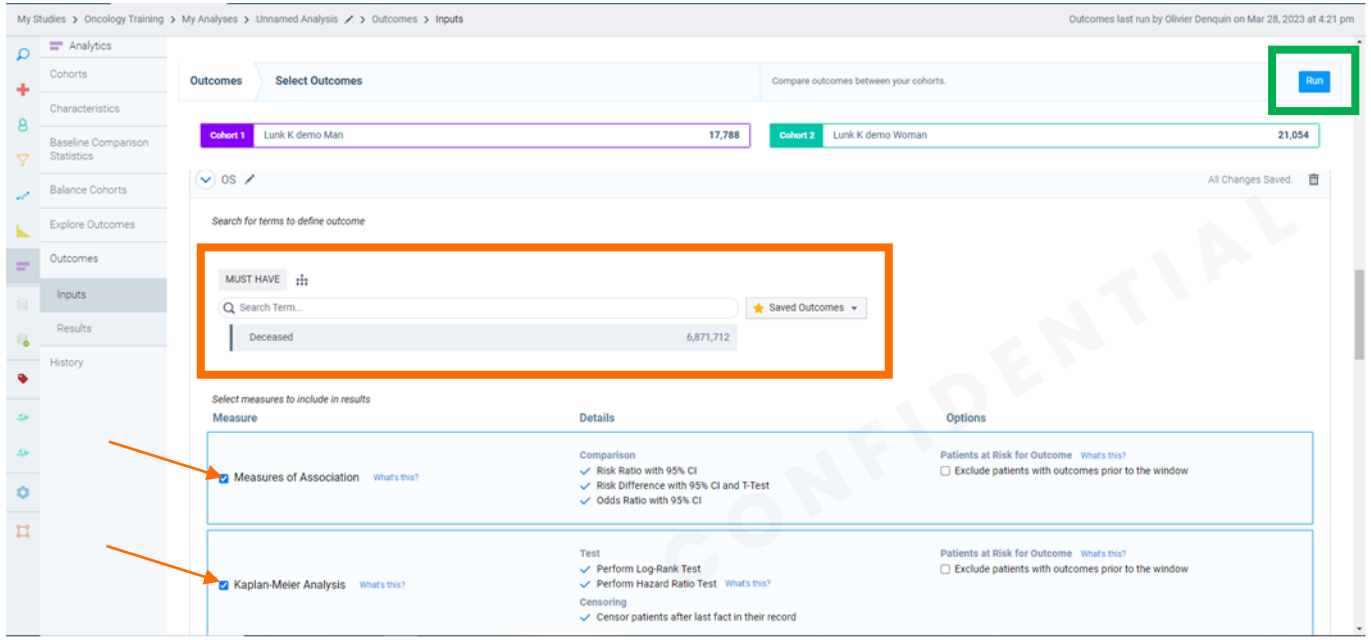


Définition et exécution de l'analyse

Multiples options d'analyse intégrées



ex : différences de pronostic à 5 ans liées au genre dans le cancer du poumon en termes de survie et de troubles psychiatriques ?



Revue des résultats de l'analyse

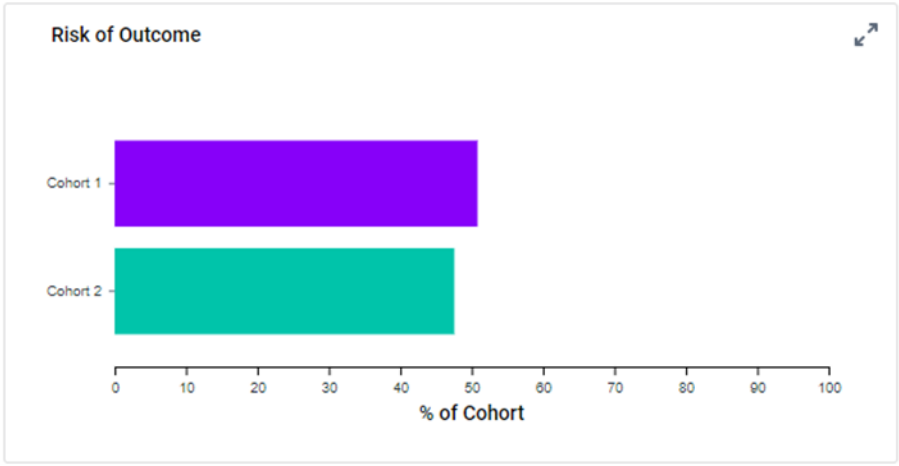
ex : différences de pronostic à 5 ans liées au genre dans le cancer du poumon en termes de survie et de troubles psychiatriques ?

Must Have | Deceased

1a : Measures of Association

	Cohort	Patients in Cohort	Patients with Outcome	Risk
		Cohort Statistics		
1	Lunk K demo Man	9,681	4,920	50.821%
2	Lunk K demo Woman	9,681	4,605	47.567%

Risk Difference				Risk Ratio		Odds Ratio	
Risk Difference	95 % CI	z	p	Risk Ratio	95 % CI	Odds Ratio	95 % CI
3.254%	(1.846%,4.661%)	4.528	< 0.0001	1.068	(1.038,1.099)	1.139	(1.077,1.205)

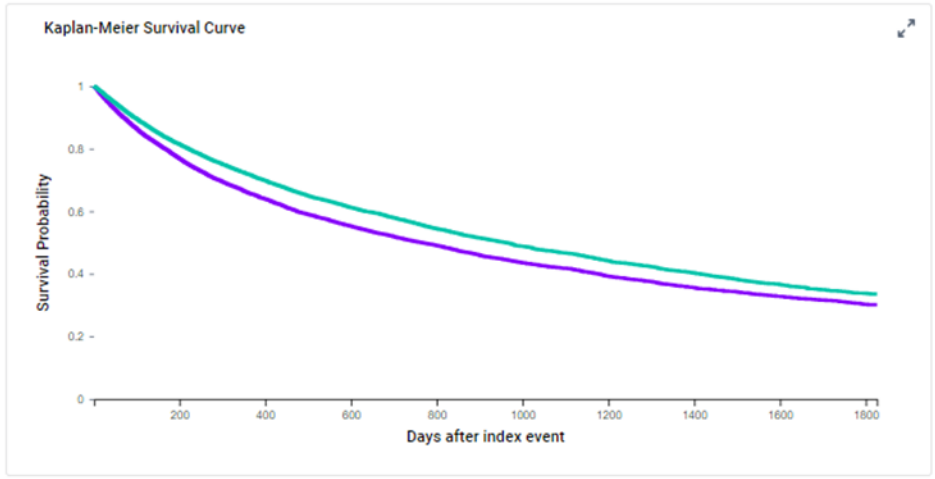


Revue des résultats de l'analyse

ex : différences de pronostic à 5 ans liées au genre dans le cancer du poumon en termes de survie et de troubles psychiatriques ?

1b : Kaplan-Meier Analysis

		Cohort Statistics			Log-Rank Test		
	Cohort	Patients in Cohort	Patients with Outcome	Median Survival (Days)	Survival Probability at End of Time Window	χ^2	df	p
1	Lunk K demo Man	9,681	4,920	765	30.107%	59.936	1	< 0.0001
2	Lunk K demo Woman	9,681	4,605	960	33.511%			



Revue des résultats de l'analyse

ex : différences de pronostic à 5 ans liées au genre dans le cancer du poumon en termes de survie et de troubles psychiatriques ?

Mental disorders

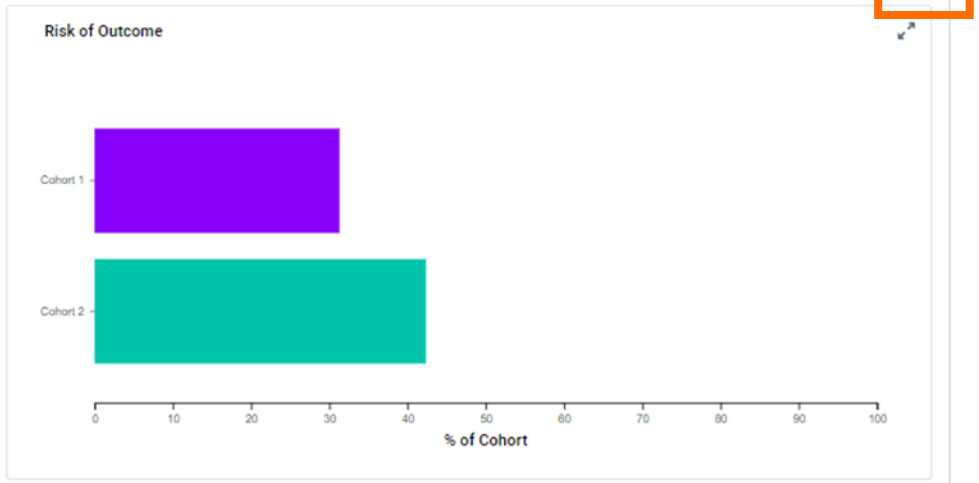
Must Have | Other anxiety disorders | OR | Depressive episode | OR | Bipolar disorder

Génère un rapport word complet, des extractions graphiques des analyses effectuées.

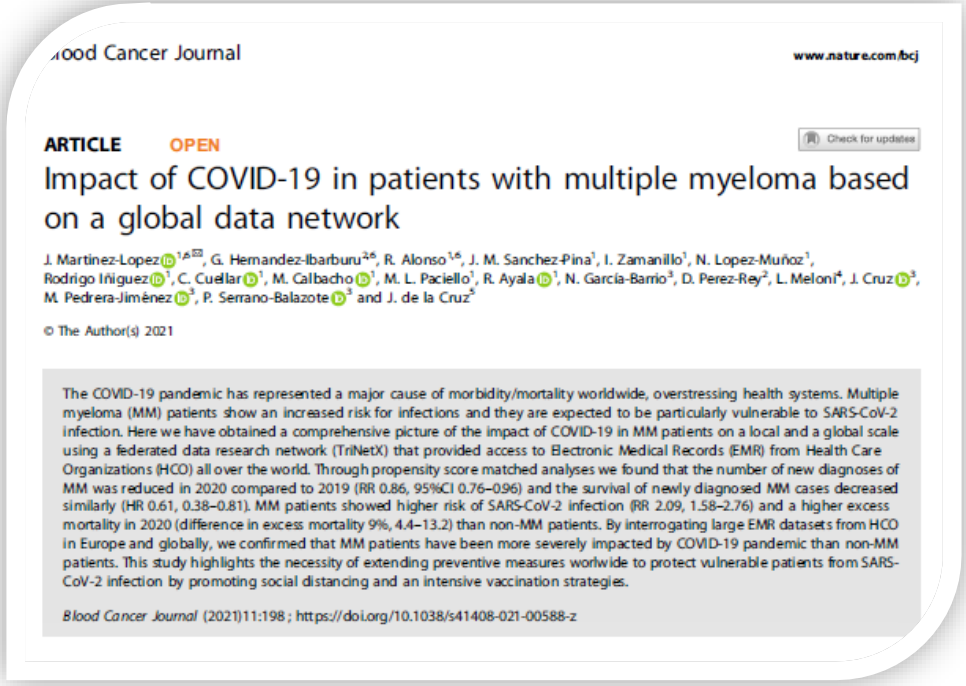
3a : Measures of Association

	Cohort	Patients in Cohort	Patients with Outcom	Risk
1	Lunk K demo Man	9,681	3,031	31.309%
2	Lunk K demo Woman	9,681	4,101	42.361%

Risk Difference	95 % CI	z	p	Risk Ratio	95 % CI	Odds Ratio	95 % CI
-11.053%	(-12.403%,-9.703%)	-15.942	< 0.0001	0.739	(0.712,0.767)	0.62	(0.585,0.658)



Publication des résultats



ood Cancer Journal www.nature.com/bcj

ARTICLE OPEN

Check for updates

Impact of COVID-19 in patients with multiple myeloma based on a global data network

J. Martinez-Lopez[1,2,✉], G. Hernandez-Ibarburu[2,6], R. Alonso[1,6], J. M. Sanchez-Pina[1], I. Zamanillo[1], N. Lopez-Muñoz[1], Rodrigo Iñiguez[1], C. Cuellar[1], M. Calbacho[1], M. L. Paciello[1], R. Ayala[1], N. García-Barrio[3], D. Perez-Rey[2], L. Meloni[4], J. Cruz[3], M. Pedrera-Jiménez[3], P. Serrano-Balazote[3] and J. de la Cruz[5]

The COVID-19 pandemic has represented a major cause of morbidity/mortality worldwide, overstressing health systems. Multiple myeloma (MM) patients show an increased risk for infections and they are expected to be particularly vulnerable to SARS-CoV-2 infection. Here we have obtained a comprehensive picture of the impact of COVID-19 in MM patients on a local and a global scale using a federated data research network (TriNetX) that provided access to Electronic Medical Records (EMR) from Health Care Organizations (HCO) all over the world. Through propensity score matched analyses we found that the number of new diagnoses of MM was reduced in 2020 compared to 2019 (RR 0.86, 95%CI 0.76–0.96) and the survival of newly diagnosed MM cases decreased similarly (HR 0.61, 0.38–0.81). MM patients showed higher risk of SARS-CoV-2 infection (RR 2.09, 1.58–2.76) and a higher excess mortality in 2020 (difference in excess mortality 9%, 4.4–13.2) than non-MM patients. By interrogating large EMR datasets from HCO in Europe and globally, we confirmed that MM patients have been more severely impacted by COVID-19 pandemic than non-MM patients. This study highlights the necessity of extending preventive measures worlwide to protect vulnerable patients from SARS-CoV-2 infection by promoting social distancing and an intensive vaccination strategies.

Blood Cancer Journal (2021)11:198 ; https://doi.org/10.1038/s41408-021-00588-z

Blood Cancer Journal

Meeting Abstract | 2022 ASCO Annual Meeting I

LUNG CANCER—NON-SMALL CELL METASTATIC

9079 Poster Session

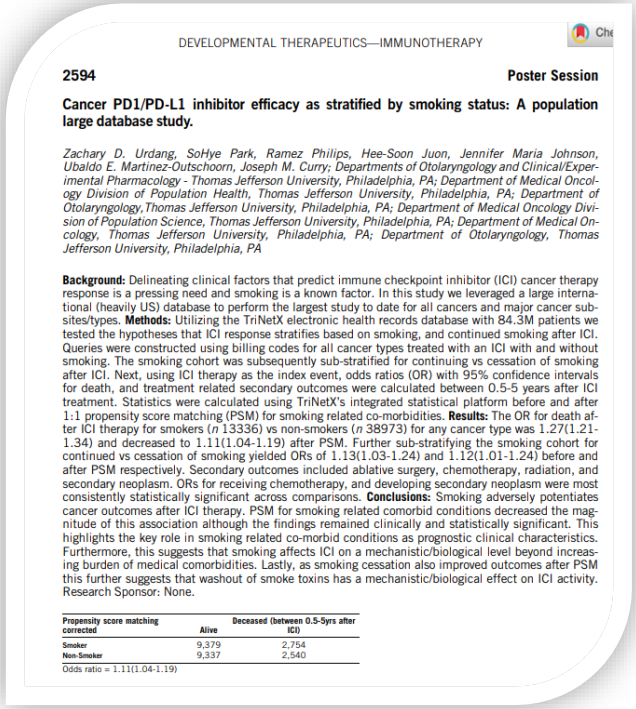
Use of RET inhibitors among patients with advanced NSCLC: A real-world evidence analysis.

Shaheenah S. Dawood, Kaylen Brzozowski; Mediclinic City Hospital, Dubai, United Arab Emirates; TRINETX, Cambridge, MA

Background: *RET* rearrangements are found in approximately 1% to 2% of patients with NSCLC. Two selective RET inhibitors have been FDA approved based on phase 1/2 data showing significant activity among patients with advanced NSCLC that have *RET*rearrangements. The objective of this retrospective analysis was to look at the prognostic outcome associated with the use of selective RET inhibitors (sRETi) and multikinase inhibitors (MKIs) that have been used to target RET fusions among pts with NSCLC in the real-world setting. **Methods:** We utilized a federated network of de-identified health data representing approximately 84 million pt lives available through the TriNetX Research Network. We identified 1,215 pts with metastatic NSCLC treated with selpercatinib, praseltinib, cabozantanib or vandetanib. Overall survival (OS) was evaluated with Kaplan Meier statistics and compared between patients treated with either sRETi (selpercatinib or pralsetinib) vs either MKI (cabozantanib or vandetanib). **Results:** Mean age among all anti-RET treated patients was 67.6 years. 518 pts (43%) were female and 697 (57%) were male. 531 (39.6%), 205 (15.3%) and 605 (45.1%) pts had received selpercatinib, pralsetinib, and either cabozantinib or vandetinib, respectively. 56.6% of pts receiving pralsetinib received prior selpercatinib. Among pts receiving sRETi, 39.7%, 6.4%, 11.2%, and 32.4% received sRETi in the 0-3, 3-6, 6-12, and 12+ months after metastatic diagnosis, respectively. Among pts receiving MKIs, 17.0%, 8.4%, 13.3%, and 44.9% received MKIs in the 0-3, 3-6, 6-12, and 12+ months after metastatic diagnosis. Median OS after treatment with MKIs and sRETi during any time frame was 16.3m and 25.0m, respectively ($p < 0.01$). Among pts treated with MKIs vs sRETi during the 0-3, 3-6, 6-12, and 12+ months after metastatic diagnosis, 1-year survival probability after treatment was 59.7% vs 55.9% ($p = 0.39$), 45.0% vs 83.1% ($p < 0.01$), 53.9% vs 82.2% ($p < 0.01$), and 57.7% vs 87.1% ($p < 0.01$), respectively. 30% of pts of all anti-RET treated patients had brain metastases, and median OS from index metastasis among pts with and without brain metastases was 31.4m and 63.1m respectively ($p < 0.01$). **Conclusions:** To our knowledge this is the first real world data set to show a > 8m improvement in OS with the use of sRETi compared to MKIs among pts with metastatic NSCLC. OS improvements may be more significant in pts treated in later lines of therapy with sRETi. Research Sponsor: None.

Journal of Clinical Oncology®
An American Society of Clinical Oncology Journal

Meeting Abstract | 2022 ASCO Annual Meeting I



DEVELOPMENTAL THERAPEUTICS—IMMUNOTHERAPY

2594 Poster Session

Cancer PD1/PD-L1 inhibitor efficacy as stratified by smoking status: A population large database study.

Zachary D. Urdang, SoHye Park, Ramez Philips, Hee-Soon Juon, Jennifer Maria Johnson, Ubaldo E. Martinez-Outschoorn, Joseph M. Curry; Departments of Otolaryngology and Clinical/Experimental Pharmacology - Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA; Department of Medical Oncology Division of Population Health, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA; Department of Otolaryngology,Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA; Department of Medical Oncology Division of Population Science, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA; Department of Medical Oncology, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA; Department of Otolaryngology, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA

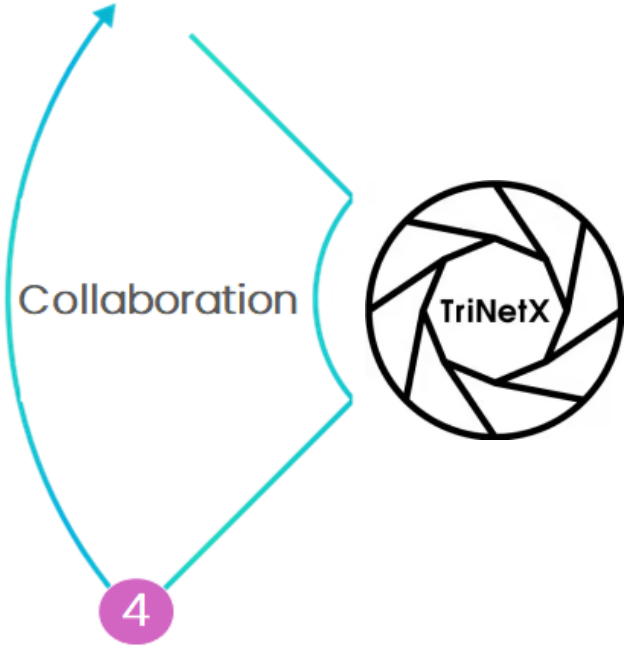
Background: Delineating clinical factors that predict immune checkpoint inhibitor (ICI) cancer therapy response is a pressing need and smoking is a known factor. In this study we leveraged a large international (heavily US) database to perform the largest study to date for all cancers and major cancer subsites/types. **Methods:** Utilizing the TriNetX electronic health records database with 84.3M patients we tested the hypotheses that ICI response stratifies based on smoking, and continued smoking after ICI. Queries were constructed using billing codes for all cancer types treated with an ICI with and without smoking. The smoking cohort was subsequently sub-stratified for continuing vs cessation of smoking after ICI. Next, using ICI therapy as the index event, odds ratios (OR) with 95% confidence intervals for death, and treatment related secondary outcomes were calculated between 0.5-5 years after ICI treatment. Statistics were calculated using TriNetX's integrated statistical platform before and after 1:1 propensity score matching (PSM) for smoking related co-morbidities. **Results:** The OR for death after ICI therapy for smokers (*n* 13336) vs non-smokers (*n* 38973) for any cancer type was 1.27(1.21-1.34) and decreased to 1.11(1.04-1.19) after PSM. Further sub-stratifying the smoking cohort for continued vs cessation of smoking yielded ORs of 1.13(1.03-1.24) and 1.12(1.01-1.24) before and after PSM respectively. Secondary outcomes included ablative surgery, chemotherapy, radiation, and secondary neoplasm. ORs for receiving chemotherapy, and developing secondary neoplasm were most consistently statistically significant across comparisons. **Conclusions:** Smoking adversely potentiates cancer outcomes after ICI therapy. PSM for smoking related comorbid conditions decreased the magnitude of this association although the findings remained clinically and statistically significant. This highlights the key role in smoking related co-morbid conditions as prognostic clinical characteristics. Furthermore, this suggests that smoking affects ICI on a mechanistic/biological level beyond increasing burden of medical comorbidities. Lastly, as smoking cessation also improved outcomes after PSM this further suggests that washout of smoke toxins has a mechanistic/biological effect on ICI activity. Research Sponsor: None.

Propensity score matching corrected	Alive	Deceased (between 0.5-5yrs after ICI)
Smoker	9,379	2,754
Non-Smoker	9,337	2,540

Odds ratio = 1.11(1.04-1.19)

Journal of Clinical Oncology®
An American Society of Clinical Oncology Journal

Développer les collaborations avec TriNetX



Réseau collaboratif

Régional

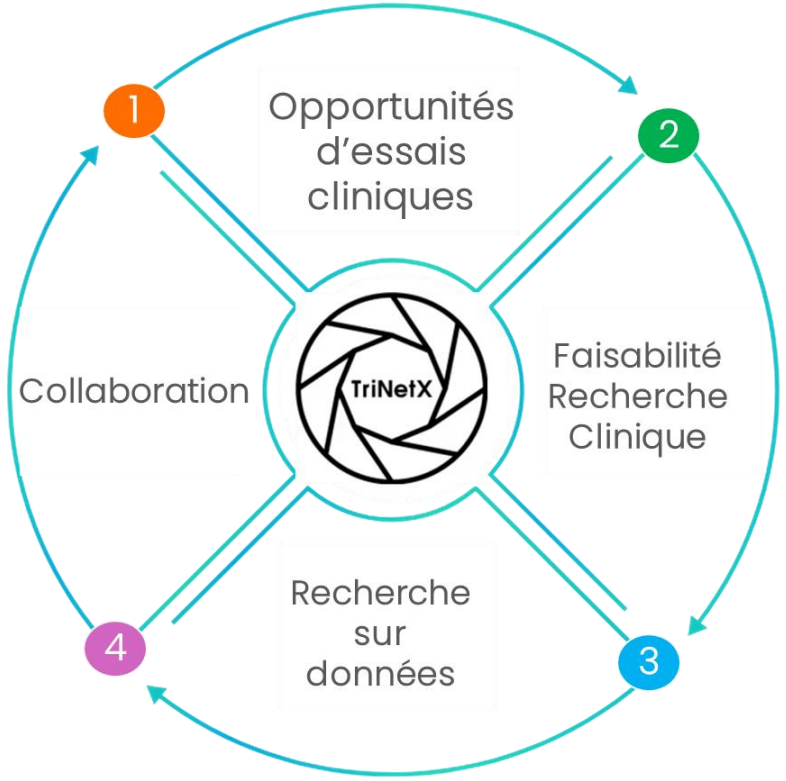
Mondial

TriNetX
Le partenariat pour l'hôpital en synthèse

Plus **d'opportunités d'essais cliniques** sponsorisés pour les patients des établissements partenaires

Utilisation de la plateforme TriNetX par les chercheurs pour le **design d'essais cliniques**

Utilisation de la plateforme TriNetX par les chercheurs pour **l'analyse - publication** sur **des données propres à l'établissement**



Utilisation de la plateforme TriNetX par les chercheurs pour **l'analyse - publication** sur des **données agrégées** du réseau

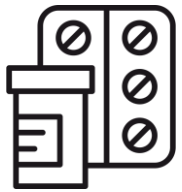
Mise en place de réseaux privés de **collaboration de recherche**

Soutien des équipes TriNetX dans l'augmentation de la qualité / disponibilité de données, travail sur OMOP…

TriNetX
Le fonctionnement des partenariats

Etablissements de santé

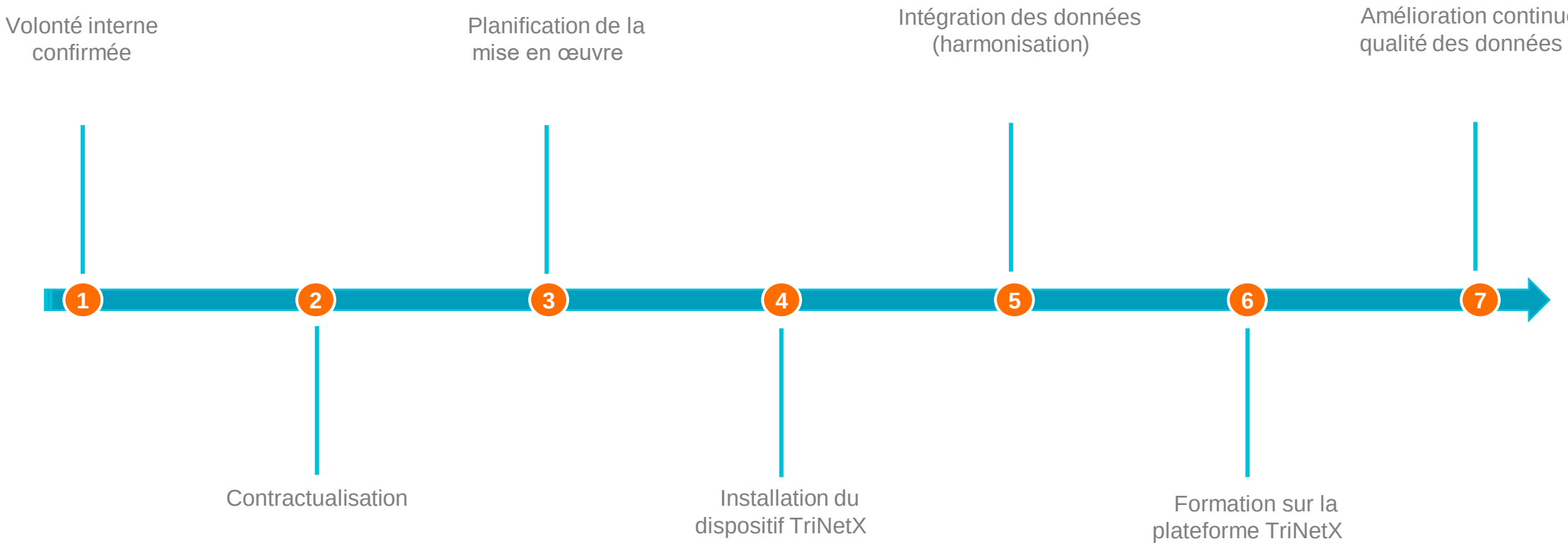
Mise à disposition du serveur
Octroi des licences d'utilisation
Expertise des équipes TriNetX



Industriels & CROs

Abonnement pour l'utilisation de la plateforme TriNetX à des fins de design, faisabilité et mise en relation avec des établissements de santé.

Devenir partenaire de TriNetX



TriNetX

Explore real-world, real-time global data

MERCI

Olivier Denquin
Regional Partnership Manager
M : +33 (0) 6 71 64 00 70
olivier.denquin@trinetx.com