Chronische HBV-Infektion

Vor der Chemo screenen!

Bei chronisch HBV-infizierten Krebspatienten kann das Virus durch die Immunsuppression im Rahmen einer Chemotherapie reaktiviert werden. Diese potenziell fatale Reaktivierung erfolgt bei etwa 50 % der Patienten mit soliden sowie hämatologischen Tumoren. Durch eine antivirale Therapie mit Nukleosidanaloga lässt sich die Reaktivierung eindämmen. Allerdings ist die chronische HBV-Infektion nur durch gezielte Labortests feststellbar. In den USA und Kanada führen nur 14 % der Onkologen vor Behandlung einen Test durch.

Kanadische Forscher untersuchten die Kosten von drei verschiedenen HBV-Screening-Strategien für Lymphompatienten vor einer Therapie mit R-CHOP (Rituximab plus Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin und Prednison). Dazu rechneten sie verschiedene Szenarien durch: Bei generellem Screening-Verzicht würden innerhalb eines Jahres knapp 6/1.000 Patienten an einer HBV-assoziierten Hepatitis erkranken, 3/1.000 müssten

wegen eines schweren Hepatitis-schubs in die Klinik und 0,8/1.000 würden an der Erkrankung sterben. Bei Testung aller Patienten auf HBsAg käme man auf Raten von 0,6/1.000 für die Erkrankung und 0,1/1000 für den schweren Hepatitis-schub. Mit Todesfällen aufgrund der Hepatitis müsste man bei diesem Szenario nicht rechnen. Bei einem auf die Hochrisikogruppen beschränkten Screening käme man auf dazwischen liegende Ergebnisse: 2,0/1.000 Hepatitis-B-Erkrankungen, 0,9/1.000 schwere Fälle und 0,2/1.000 Todesfälle. Zudem betrug die 1-Jahres-Überlebensrate bei Screening aller Teilnehmer 84,99 %, bei komplettem Screeningverzicht 84,86 % und bei Screening nur der Hochrisikopatienten 84,96 %.

Nach den Modellrechnungen der Autoren wäre es am günstigsten, alle Patienten auf HBsAg zu screenen. Die Kosten für Klinikaufenthalte, Untersuchungen, Chemotherapie und gegebenenfalls eine vorangehende antivirale Therapie beliefen sich auf durchschnittlich 32.589 kanadi-

sche Dollar bei allgemeinem Screening und auf 32.657 Dollar bei komplettem Screening-Verzicht – ein Sparpotenzial von immerhin 68 Dollar pro Patient. Würde man nur Hochrisikopatienten aus Ländern mit hoher HBV-Prävalenz screenen, lägen die Kosten pro Patient bei 32.598 kanadischen Dollar. Ein Handicap der Studie ist den Autoren zufolge der kurze Beobachtungszeitraum von nur einem Jahr. Den Hauptvorteil des allgemeinen Screenings sehen sie in der Reduktion der Hepatitis-B-Fälle unter den Krebspatienten. Der leichte Überlebensvorteil (pro 1.000 gescreente Patienten ein Todesfall verhindert) sei von der Größenordnung vergleichbar mit dem des Mammografie-Screenings oder des Tests auf okkultes Blut zur Darmkrebsvorsorge. Zurawska und Kollegen empfehlen den „Screen-All“-Ansatz auch für andere Nationen. Allgemeine Tests seien in jedem Fall kosteneffektiv, auch bei geringerer Ausbeute, und zudem leichter zu etablieren als gezielte Untersuchungen bei bestimmten Risikogruppen. *Elke Oberhofer*

Zurawska U et al. Hepatitis B virus screening before chemotherapy for lymphoma: a cost-effectiveness analysis. *J Clin Oncol.* 2012;30(26):3167-73.

Gliom-Rezidiv

Erfolg der Radiatio vorhersagbar

Einige Faktoren geben Auskunft darüber, was eine zweite Bestrahlung gegen ein rezidiertes Gliom ausrichten kann. Forscher aus Heidelberg stellten aus diesen Parametern einen Prognosescore zusammen, um die Therapieentscheidung zu erleichtern.

T1 Prognose-Score

Parameter	Punkteverteilung
Histologie	Gliom WHO-Grad IV: 2 Punkte Gliom WHO-Grad III: 1 Punkt Gliom WHO-Grad II: 0 Punkte
Alter	≥ 50 Jahre: 1 Punkt < 50 Jahre: 0 Punkte
Zeit zwischen Erst- und Zweitbestrahlung	≤ 12 Monate: 1 Punkt > 12 Monate: 0 Punkte

Der Prognose-Score errechnet sich aus der Addition der Punktbewertung mit 0 bis 4 Punkten

233 Patienten mit rezidierten Gliomen erhielten in Einzeldosen von 2 Gy eine fraktionierte stereotaktische Radiotherapie (FSRT, medianen Gesamtdosis 36 Gy). Untersucht wurde, welche Faktoren die Überlebenszeit nach der zweiten Radiatio beeinflussen. Signifikant korrelierten die Parameter Alter, Tumorphistologie und Zeitraum seit der Erstbestrahlung mit der Überlebensdauer. Nach multivariater Analyse blieben schließlich Alter und Histologie übrig – vermutlich weil Histologie und Zeit bis zum Rezidiv eng zusammenhängen. Keinen Einfluss hatten das Tumolvolumen, der Karnofsky-Index, neurologische Symptome oder das Geschlecht. Der von den Autoren vorgeschlagene Prognosescore setzt sich aus den Faktoren Alter, Histologie und Zeit bis zum Rezidiv zusammen (► Tab. 1). Addiert man die

Scoring-Punkte für die einzelnen Faktoren, führt dies zu folgender Prognose-Bewertung:

- **0 Punkte:** exzellente Prognose (3-Jahres-Überleben: 35 %)
- **1 Punkt:** gute Prognose (3-Jahres-Überleben: 23 %)
- **2 Punkte:** mäßige Prognose (3-Jahres-Überleben: 11 %)
- **3 Punkte:** schlechte Prognose (3-Jahres-Überleben: 3 %)
- **4 Punkte:** schlechte Prognose (3-Jahres-Überleben: 4 %)

Der Prognosescore kann in der klinischen Praxis ebenso wie in Studien Anwendung finden. Laut Combs und Kollegen sollte die Therapie aber nicht nur vom Score abhängig gemacht werden. „Man muss im Hinterkopf behalten, dass über die Therapie individuell zu entscheiden ist“, schreiben sie. *Robert Bublak*

Combs SE et al. Generation and validation of a prognostic score to predict outcome after re-irradiation of recurrent glioma. *Acta Oncol.* 2012 June 11. [Epub ahead of print].