Krebs kostet Knochenmasse

Werden Krebspatienten auf eine antihormonelle Therapie eingestellt oder müssen sie längere Zeit Steroide einnehmen, ist eine Osteoporosediagnostik ebenso angezeigt, wie bei Krebspatientinnen, die therapiebedingt frühzeitig in die Menopause kommen, oder bei Patienten mit Tumorkachexie, wie Ingo. J. Diel, Mannheim, betonte. Neben Anamnese, klinischer Untersuchung und Basislabor sollte dabei grundsätzlich auch die Knochendichte („bone mineral density“, BMD) mittels DXA-Messung bestimmt werden. Eine antiosteoporotische Therapie mit Bisphosphonaten oder Denosumab sei bei allen Patienten mit einer östrogen- oder androgensupprimierenden Therapie bereits bei einem T-Wert < -1,5 angezeigt, so der Onkologe. Seien die Kri-

terien für eine antiresorptive Therapie nicht erfüllt, sollte zumindest auf eine suffiziente Osteoporoseprophylaxe geachtet werden. Neben ausreichend Vitamin D (800–1000 IU/Tag) und Kalzium (1000–1500 mg/Tag) spiele körperliches Training, insbesondere Krafttraining für den Erhalt der Knochenmasse eine wichtige Rolle, so Diel. Und dass Krafttraining auch während einer Strahlen- oder Chemotherapie sicher durchführbar ist und einer Sarkopenie und Osteopenie entgegenwirken kann, haben die BEATE- bzw. BEST-Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg eindrucksvoll bewiesen. *Dagmar Kraus*

5. ASORS-Jahreskongress vom 31. März bis 01. April 2017 in München

Matzdorff und zitierte die aktuelle CATCH-Studie. In dieser bislang größten Studie zur Behandlung tumorassoziierter Thrombosen traten unter NMH deutlich weniger symptomatische Rezidivthrombosen und weniger nicht schwerwiegende Blutungen auf als unter VKA. Kein Unterschied zeigte sich bei schwerwiegenden Blutungen und im Hinblick auf die Gesamtmortalität.

Dagmar Kraus

Neue Aufgaben für die Supportivtherapie

„Viele Jahre haben wir die meiste Zeit für drei Aspekte der Supportivtherapie aufgewendet: Symptomkontrolle/Kontrolle von Nebenwirkungen, den Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität und die Betreuung am Lebensende“, erklärte Richard Gralla, New York, NY/USA. Gerade im Hinblick auf neue Substanzen und damit einhergehende neue Nebenwirkungen gebe es in der Zukunft in jedem der drei Bereiche noch viel zu lernen und zu verbessern, so der Onkologe.

Es zeichnen sich aber auch ganz neue Aufgabenfelder für die Supportivtherapie ab. Eine Herausforderung ist laut Gralla noch immer, den „burden of illness“ besser zu erfassen, also die Last der Erkrankung für den einzelnen Patienten – und damit auch den Nutzen einer Therapie. Oft werde der Performancestatus (PS) verwendet. Er wird aber von Mitar-

beitern des Gesundheitssystems erhoben und ist damit kein klassischer „patient reported outcome“. „Wie können wir den individuellen Nutzen der Therapie über den PS hinaus messen?“, fragte Gralla und stellte direkt einen neuen Index hierfür vor. Zusammen mit Kollegen hat Gralla den 3-Item-Global-Index (3-IGI) für die individuelle Krankheitslast entwickelt, der sich aus folgenden Komponenten zusammensetzt: dem Distress durch die Symptome, der vom Patienten selbstberichteten Aktivität und der Lebensqualität. Betrachtet man alle drei Items, liegt der Patient entweder in allen Bereichen unter dem Median und hat somit drei Negativpunkte, oder nur in 1–2 Bereichen (1–2 Negativpunkte) oder in gar keinem (0 Negativpunkte). Dies zu erheben dauert nur wenige Minuten. Durch den übergeordneten Ansatz bietet der 3-IGI eine gute Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Er kann im Verlauf mehrmals bestimmt werden und bei verschiedensten Tumorerkrankungen zum Einsatz kommen.

Krankheitslast prognostisch relevant

Dass der 3-IGI-Wert mit dem Überleben korreliert, zeigte sich in einer Studie mit 620 Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) [Gralla RJ et al. J Clin Oncol. 2013;31(Suppl):Abstr 8087]: Hinsichtlich der 1-Jahres-Überlebensrate ergab sich ein deutlicher Unter-

schied zwischen Patienten mit keinem Negativpunkt und Patienten mit dreien (64 vs. 38 %; $p = 0,0003$). Nach zwei Jahren war die Differenz sogar noch größer (36 vs. 13 %). „Was uns der Patient erzählt, hat genauso viel Bedeutung für das Überleben wie genetische Faktoren oder eine Positronenemissionstomografie“, betonte Gralla.

Zudem kann die mit dem 3-IGI gemessene Krankheitslast das Überleben stärker vorhersagen als der PS. Dies ergab eine Auswertung von 400 NSCLC-Patienten mit einem ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)-PS von 1: Während die 1-Jahres-Überlebensrate in der besten 3-IGI-Gruppe 62 % betrug, lag sie in der schlechtesten Gruppe bei 36 % [Gralla R et al. J Clin Oncol. 2014;32(Suppl 5s):Abstr 8065]. Die Last der Erkrankung bietet also eine bessere prognostische Information als der PS und könnte damit helfen, den Nutzen der Therapie zu bestimmen. Ist die Krankheitslast in Studienarmen ausgeglichen und wird als Stratifizierungs- oder Randomisierungsfaktor verwendet, lässt sich damit aus Grallas Sicht womöglich ebenso die Planung klinischer Studien verbessern.

Hospitalisierung vorhersagen

Gralla zufolge könnte der 3-IGI auch bei der Einschätzung des Hospitalisierungsrisikos von Nutzen sein. Bei NSCLC-Patienten ließen sich bisher unveröffentlichten Daten zufolge mithilfe der Krankheitslast (3-IGI-Wert) zu Studienbeginn Rückschlüsse darauf ziehen, wer an Tag 30 oder 90 wahrscheinlich in die Klinik eingewiesen werden muss. Patienten, die aufgrund ihrer Krankheitslast ein höheres Hospitalisierungsrisiko haben, könnten dann von Anfang an enger überwacht werden. Ob dies zu einer besseren Kontrolle der Probleme und damit weniger Klinikeinweisungen führt, soll nun prospektiv untersucht werden. „Ich glaube dies wäre kosteneffektiv und würde die Lebensqualität positiv beeinflussen“, erklärte Gralla und schloss: „All diese Aspekte können Teil der Supportivtherapie sein.“ *Kim Jené*

5. ASORS (Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft)-Jahreskongress vom 31. März bis 01. April 2017 in München