

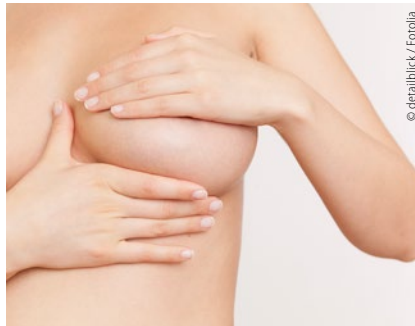
Solide Tumoren im Frühstadium

Diagnose durch gängige Symptome

Bei Krebs ist eine ganze Reihe von Symptomen eher mit Frühstadien der Erkrankung als mit dem fortgeschrittenen Stadium IV assoziiert, wie eine britische Studie nahelegt. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die gängigen Symptome für die Frühdiagnostik geeignet sind.

In einer Querschnittsstudie des English National Cancer Diagnosis Audit (NCDA) mit Daten von fast 8.000 Patienten wurde der Zusammenhang zwischen üblichen Symptomen einer Tumorerkrankung und dem Stadium untersucht, in dem sie erstmals diagnostiziert wurde. Die Teilnehmer waren mindestens 25 Jahre alt und an einem von zwölf soliden Tumoren erkrankt, darunter außer an Brust-, Darm- und Blasenkrebs auch an Tumoren von Ovarien, Rektum, Prostata und Nieren.

Durchgängig mit einem erhöhten Risiko für die Diagnose im Stadium IV assoziiert waren drei Symptome: verdächtige Knoten am Hals, Thoraxschmerz und Rückenschmerz. Dieser Zusammenhang



Häufiges Frühsymptom eines Mammakarzinoms: Knoten in der Brust.

war unabhängig davon, ob sie einzeln oder in Kombination mit anderen Symptomen auftraten. Dagegen waren abnorme Muttermale, Knoten in der Brust, postmenopausale Blutungen und Rektalblutungen eher Symptome, die bereits in den Stadien I bis III beobachtet wurden.

Schließlich wurden 13 Symptome als diejenigen identifiziert, die immerhin bei über 50 % der Teilnehmer nicht erst im Stadium IV, sondern früher aufgetreten waren. Darunter sind Knoten in der Brust, Symptome der unteren Harnwege, Fatigue, Gewichtsverlust und postmenopausale Blutungen. Außer Knoten am Hals waren alle ausgewählten Symptome bei jedem Dritten in früheren Erkrankungsstadien diagnostiziert worden.

Peter Leiner

Koo MM et al. Presenting symptoms of cancer and stage at diagnosis: evidence from a cross-sectional, population-based study. *Lancet Oncol.* 2020;21(1):73-9.

Myelom

Frühe Antibiotikaprophylaxe vorteilhaft

Eine frühzeitige Prophylaxe mit Levofloxacin senkt bei frisch diagnostizierten Myelompatienten das Infektionsrisiko deutlich, wie aus einer prospektiven placebokontrollierten Studie hervorgeht.

An der Studie nahmen knapp 1.000 Patienten mit einem erstmals diagnostizierten symptomatischen multiplen Myelom teil. 489 Patienten erhielten Levofloxacin zusätzlich zur antineoplastischen Behandlung, 488 Placebo. Die Dosis betrug zweimal 250 mg Levofloxacin täglich oral über nur zwölf Wochen. Je nach glomerulärer Filtrationsrate wurde alle vier Wochen die Dosis reduziert. Andere Prophylaktika gegen Infektionen waren untersagt, außer Cotrimoxazol zur Prävention einer Pneumocystis-Pneumonie.

Eine erstmalige fiebrige Episode oder ein tödlicher Ausgang (kombinierter primärer Endpunkt) trat bei 95 Patienten (19 %) in der Levofloxacin-Gruppe und bei 134 Patienten (27 %) in der Vergleichsgruppe auf. Das entspricht einer um 34 % niedrigeren Wahrscheinlichkeit für Fieber unter der Antibiotikaprophylaxe im Vergleich zur Placebogruppe (Hazard

Ratio [HR] 0,66; $p = 0,0018$). Der Anteil der Patienten mit schweren unerwünschten Wirkungen der Therapie bis zur 16. Studienwoche war in beiden Gruppen ähnlich (52 vs. 48 %). Allerdings traten bei 1 % der Patienten mit Levofloxacin-Behandlung Tendinitisepisodes auf, die jedoch meist reversibel waren. Die Mor-

talität nach einem Jahr war nicht unterschiedlich. Durch die Antibiotikaprophylaxe breiteten sich schließlich keine Clostridium-difficile-, gramnegative koliforme oder methicillinresistente Staphylococcus-aureus-Bakterien aus.

Peter Leiner

Drayson MT et al. Levofloxacin prophylaxis in patients with newly diagnosed myeloma (TEAMM): a multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2019; 20(12):760-72.

kurz notiert

Lungenkrebscreening rettet Leben – oder doch nicht?

In vielen Laien- und Fachmedien wurden die Befunde der niederländischen NELSON-Studie [de Koning HJ et al. *N Engl J Med.* 2020;382(6):503-13] regelrecht gefeiert. Der Tenor: Die Studie habe gezeigt, dass ein Screening mittels Niedrigdosis-Computertomografie das Risiko für Raucher reduziert, an Lungenkrebs (LC) zu versterben. Das Screening rette also Leben. Aber stimmt das wirklich? Tatsächlich konnte die NELSON-Forscher zeigen, dass im Screeningarm nach zehn Jahren die LC-Sterberate um ca. 25 % reduziert war – im Vergleich zum Kontrollarm, in dem nicht regelhaft auf LC gescreent wurde. Aber: In puncto Gesamtsterblichkeit (OM) oder Krebsmortalität (Tod durch irgendeine Tumorentität inkl. LC) gab es zwischen beiden Armen keinen Unterschied. Auf 1.000 Personen gerechnet starben insgesamt 132 im Screening- und 130 im Kontrollarm (OM-Daten). Zugespitzt formuliert: In beiden Studienarmen verstarben nahezu gleich viele Personen, nur der jeweilige Sterbegrund war ein anderer. Auf diese wichtigen Details haben u.a. der US-Onkologe Vinay Prasad [https://tinyurl.com/Prasad-on-NELSON] aber auch deutsche Forscher vom RWI hingewiesen [http://www.rwi-essen.de/unstatistik/100]. Um etwaige Unterschiede im OM finden zu können, hätte die Studie höher gepowert sein müssen, so Prasad. Für die adäquate Bewertung eines Krebscreenings sei die OM aber das Maß der Dinge, da sie sicherer zu erfassen sei, als die LC-Sterblichkeit.

Moritz Borchers