

## Brustkrebs

## Eignet sich GnRHa auch für Männer?

Die Zugabe eines GnRHa (Gonadotropin-releasing-Hormon-Analogen) zu einer Therapie mit einem Aromatasehemmer (AI) oder Tamoxifen führte in einer Studie zu einem substanzialen Rückgang der Estradiolwerte bei Männern mit hormonrezeptorpositivem Mammakarzinom. Allerdings war auch eine Beeinträchtigung der sexuellen Funktion und der Lebensqualität zu beobachten.

In der Phase-II-Studie unterzogen sich 56 männliche Patienten randomisiert entweder der Standardtherapie mit Tamoxifen, mit Tamoxifen plus GnRHa oder mit dem AI Exemestan plus GnRHa. Die Therapie fand sechs Monate lang im neoadjuvanten, adjuvanten oder metastasierten Setting statt. Die Daten von 50 Patienten

konnten für die Ermittlung des primären Endpunkts herangezogen werden.

Zu Beginn unterschieden sich die medianen Estradiolwerte zwischen den



Bei Männern nahm die Lebensqualität mit dem Anstieg der Estradiolspiegel ab.

Teilnehmern der drei Studienarme nicht. Nach dreimonatiger Therapie waren sie unter Tamoxifen um 67 % gestiegen (+17,0 ng/l), unter den Kombinationstherapien dagegen gefallen (um 85 % bzw. -23,0 ng/l unter Tamoxifen plus GnRHa und um 72 % bzw. -18,5 ng/l unter dem AI plus GnRHa ( $p < 0,001$ )). Nach sechs Monaten waren die medianen Estradiolwerte unter Tamoxifen um 41 % gestiegen (+12 ng/l) und unter den Kombinationstherapien um 61 % (-19,5 ng/l) bzw. 64 % gefallen (-17,0 ng/l) ( $p < 0,001$ ).

Unter der alleinigen Tamoxifen-Therapie veränderten sich die sexuelle Funktionsfähigkeit und die Lebensqualität der Patienten nicht. Wurde der Therapie GnRHa hinzugefügt, nahmen beide ab.

Kathrin von Kieseritzky

Reinisch M et al. Efficacy of Endocrine Therapy for the Treatment of Breast Cancer in Men Results from the MALE Phase 2 Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 2021;7(4):565-72

## COVID-19 und Krebs – nicht zwangsläufig schwerer Verlauf

## Gute Nachricht für Krebspatienten

Eine Krebserkrankung ist nicht per se ein Faktor, der einen ungünstigen Ausgang von COVID-19 bedeutet. Das lässt sich aus einer retrospektiven Analyse schlussfolgern, die am Comprehensive Cancer Center in Freiburg im Frühjahr 2020 durchgeführt wurde. Eingeschlossen waren 39 Krebspatienten, die wegen COVID-19 hospitalisiert werden mussten, sowie 39 Patienten im vergleichbaren Alter, die ebenfalls an COVID-19 erkrankt waren, aber keine Krebsdiagnose hatten. Das mediane Alter der gesamten Kohorte betrug 76 Jahre, 60 % der Patienten waren Männer, 19 % Raucher oder Exraucher.

29 Krebspatienten mit COVID-19 hatten die Diagnose eines soliden Tumors (10 metastasiert), 10 Patienten hatten eine hämatologische Neoplasie. Bei 24 der 39 Krebspatienten (60 %) wurde die Erkrankung als aktiv eingestuft, 14 (36 %) hatten in den vier Wochen vor der COVID-19-Diagnose eine Krebstherapie erhalten.

Im Beobachtungszeitraum (27. Februar bis 10. April 2020) starben 8 Krebspatienten und 14 Patienten der Kontrollgruppe (21 vs. 36 %). Eine Malignomdiagnose

war nicht signifikant mit dem Überleben oder der Zeit bis zum Auftreten eines schweren Ereignisses assoziiert.

Wesentliche mit der Mortalität assoziierte Faktoren waren hohe Interleukin-6-Spiegel zum Zeitpunkt der COVID-19-Diagnose (Hazard Ratio [HR] 6,95;

$p = 0,0121$ ) und ein Alter  $\geq 65$  Jahre (HR 6,22;  $p = 0,0156$ ).

Bei Patienten mit soliden Tumoren wurde in einer Subgruppenanalyse ein Trend hin zu einer längeren Rekonvaleszenzzeit und einer längeren stationären Versorgung als bei hämatologischen Malignomen beobachtet.

Friederike Klein

Shoumariyeh K et al. Covid-19 in patients with hematological and solid cancers at a Comprehensive Cancer Center in Germany. Cancer Med. 2020;9(22):8412-22

## kurz notiert

## Wirksamkeitsdaten zum Hautkrebscreening in Deutschland publiziert

Obschon die Theorie hinter bevölkerungsweiten Krebscreenings (PBS) unmittelbar einleuchtet – also die Idee, etwaige Tumoren möglichst früh zu entdecken, wenn sie noch besser behandelt werden können –, ist es in der Praxis leider nicht ganz so leicht. PBS können z. B. auch falsch-positive Befunde erbringen oder Tumoren aufdecken, die ggf. zu Lebzeiten klinisch „stumm“ geblieben wären. Die Folge wären „Überdiagnosen“. Und auch die Auswertung von PBS-Effekten ist nicht trivial, da diverse Verzerrungen drohen (etwa, weil diejenigen, die zum Screening gehen, vielleicht ohnehin gesünder leben). In diesem Lichte müssen auch aktuelle Daten zum Hautkrebscreening gesehen werden, die ein Team vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) präsentiert hat: Bei Gescreenten wurden Melanome tatsächlich in früheren Stadien diagnostiziert als bei den Nichtgescreenten; auch die Überlebensraten fielen für Melanompatienten, die am Screening teilgenommen hatten, besser aus, als für Erkrankte ohne Teilnahme (Risiko für Tod im Beobachtungszeitraum [4 Jahre]: adjustierte Hazard Ratio 0,62; 95 %-Konfidenzintervall 0,48–0,80) [Datzmann T et al. Br J Dermatol. 2021; <https://doi.org/gtp6>]. Allerdings könnten diese Befunde auch auf Verzerrungen („healthy screenee bias“, „lead time bias“) und/oder Überdiagnosen zurückgehen, wie die Forschenden einräumen. Analysebasis waren Krankenkassendaten von Versicherten aus Sachsen (n = 1.431.327).

Moritz Borchers