

Überlebenschancen von Krebspatienten Geschlecht beeinflusst die Prognose

Das Geschlecht ist ein wichtiger Faktor, der die Mikroumgebung des Tumors und somit auch die Fähigkeit des Körpers, den Tumor zu kontrollieren, beeinflusst. In einer Studie zeigte sich, dass Frauen mit Krebs bessere Überlebenschancen haben und häufiger eine Überexpression von Immunfaktoren aufweisen als Männer.

Über einen Zeitraum von 20 Jahren wurden 13.619 Patienten mit geschlechtsunabhängigen Krebserkrankungen beobachtet. Für jeden Krebstyp wurde die Hazard Ratio für den Tod weiblicher im Vergleich zu männlichen Patienten untersucht und anschließend in einer Metaanalyse gepoolt ausgewertet. Den Ergebnissen zufolge haben weibliche Krebspatienten ein 27 % geringeres Sterberisiko (Hazard Ratio 0,73; 95 %-Konfidenzintervall 8–42 %) als Männer mit Krebs. Ein besseres Gesamtüberleben für Frauen war bei Kopf- und Halstumoren, Leukämie,

Lungenkrebs, Lymphom, Melanom, multiplem Myelom und nichtmelanozytärem Hautkrebs zu beobachten.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Mutationsstatus war nur bei Lungenkrebs zu beobachten: 27,7 % der Männer versus 34,4 % der Frauen wiesen EGFR-Mutationen auf ($p = 0,035$). Kein signifikanter Zusammenhang bestand dagegen beim BRAF-Mutationsstatus von Melanompatienten sowie beim BRAF- und beim PIK3CA-Mutationsstatus von Patienten mit kolorektalem Karzinom.

Die Anzahl überexprimierter Immunprozesse war bei Frauen mit Kopf- und Halstumoren, Leberkarzinom, Dickdarmkrebs, Magenadenokarzinom, Melanom, Pankreaskarzinom und Schilddrüsenkarzinom höher als bei Männern. Insgesamt 22 Gengruppen waren bei Frauen in Tumoren angereichert, darunter z. B. die



Männer und Frauen unterscheiden sich auch bei der Aktivierung von Immunwegen.

Gene für die Reaktion auf unterschiedliche Stimuli, die Lokalisation von Immunzellen, die Entwicklung des Immunsystems, die Immunantwort, zelluläre Prozesse und die Aktivierung der Immunantwort. Nur beim klarzelligen Nierenzellkarzinom wurde bei Männern eine stärkere Aktivierung von Immunprozessen beobachtet als bei Frauen.

Judith Neumaier

Araujo JM et al. Influence of Sex in the Molecular Characteristics and Outcomes of Malignant Tumors. *Front Oncol.* 2021;11:752918

kurz notiert

Hilfsangebote für aus der Ukraine Geflüchtete mit Krebs

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) hat gemeinsam mit dem CCC (Comprehensive Cancer Center)-Netzwerk der Deutschen Krebshilfe ein Hilfsprojekt aufgelegt, um Personen, die vor dem russischen Angriffskrieg aus der Ukraine geflüchtet sind und an einer Krebserkrankung leiden, zu unterstützen. Aktuell nähmen 35 Onkologische Zentren und Onkologische Spitzenzentren in Deutschland daran teil, wie die DKG am 22. März 2022 in Berlin mitteilte.

Auf einer eigens eingerichteten Website (siehe unten) finden Interessierte Kontaktadressen und Ansprechpartner*innen, die bei der Suche nach Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten für ukrainische Geflüchtete mit einer Krebserkrankung weiterhelfen könnten, so die DKG.

Auch hat die Deutsche Krebshilfe einen Hilfsfonds mit 2,5 Millionen Euro eingerichtet, um geflüchteten Krebspatient*innen Unterstützung durch Angehörige während der Therapie zu ermöglichen. Der Hilfsfonds deckt schnell und unbürokratisch bereits entstandene oder entstehende Reise-, Aufenthaltskosten sowie sonstige Kosten von Familienmitgliedern der Patient*innen ab. Mehr Informationen unter: www.krebsgesellschaft.de/krebskrankenmenschen-aus-der-ukraine.html

Moritz Borchers

Nichtkleinzelliges Lungenkarzinom mit EGFR-Mutation

Ist Gefitinib adjuvant eine Alternative?

Obwohl die Gabe von Gefitinib in der adjuvanten Therapie beim vollständig reseziertem, EGFR-mutiertem, nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) im Stadium II–III offenbar besser frühe Rezidive verhindern kann als Cisplatin/Vinorelbin, konnte die Therapie in der IMPACT-Studie das Überleben der Patienten nicht signifikant verbessern. Nach Ansicht der Studienautoren könnte Gefitinib für diejenigen Patienten eine Alternative sein, für die der EGFR-Tyrosinkinaseinhibitor Osimertinib und eine Platindoppeltherapie in der Adjuvant nicht infrage kommen.

232 Patienten im Alter von 20 bis 75 Jahren wurden randomisiert entweder mit Gefitinib über 24 Monate oder Cisplatin plus Vinorelbin einmal alle drei Wochen über vier Zyklen behandelt. Primärer Endpunkt war das krankheitsfreie Überleben (DFS). Das mediane Follow-up betrug 70 Monate.

Initial war die Kaplan-Meier-Kurve für das DFS unter Gefitinib besser als unter

Cisplatin/Vinorelbin. Vier Jahre nach der Operation kreuzten sich die beiden Kurven jedoch, und der signifikante Unterschied verschwand ($p = 0,63$; Hazard Ratio [HR] 0,92). Das mediane DFS betrug unter Gefitinib 35,9 Monate und unter Cisplatin/Vinorelbin 25,1 Monate. Bei den 70 Patienten, die die adjuvante Therapie mit Gefitinib protokollgemäß zwei Jahre lang durchgeführt hatten, betrug das mediane DFS 29,8 Monate.

Auch im Gesamtüberleben zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($p = 0,89$; HR 1,03). Die Raten des 5-Jahres-Gesamtüberleben lagen bei 78,0 % in der Gefitinib-Gruppe und 74,6 % in der Cisplatin/Vinorelbin-Gruppe.

Kathrin von Kieseritzky

Tada H et al. Randomized Phase III Study of Gefitinib Versus Cisplatin Plus Vinorelbine for Patients With Resected Stage II–III A Non-Small-Cell Lung Cancer With EGFR Mutation (IMPACT). *J Clin Oncol.* 2022;40(3):231–24