

Nach Krebsoperation

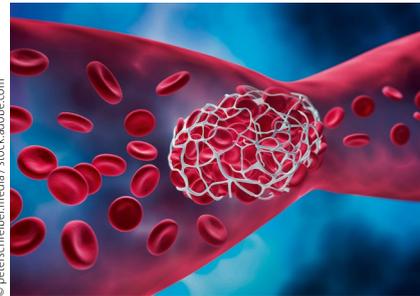
Thromboserisiko oft monatelang erhöht

Das Thromboserisiko nach einer chirurgischen Tumorresektion hängt offenbar deutlich von der Tumorentität ab. In einer schwedischen Registerstudie hielt die Risikoerhöhung teilweise deutlich länger an als die reguläre Thromboseprophylaxe.

In der Studie wurden 432.218 Krebs-erkrankte mit 4.009.343 krebsfreien Personen aus der schwedischen Allgemeinbevölkerung verglichen. Im Median waren die Teilnehmenden 67 bzw. 66 Jahre alt. Nachbeobachtet wurde über ein Jahr.

Das Risiko für tödliche oder nicht tödliche Lungenembolien und tiefe Beinvenenthrombosen (TVT) war nach Resektion eines Harnblasenkarzinoms am höchsten und nach Entfernung eines Prostata- bzw. Mammakarzinoms am niedrigsten. Die folgenden Angaben beziffern die absolute

kumulative Risikoerhöhung ein Jahr nach der Resektion des jeweiligen Tumors gegenüber der nicht erkrankten Bevölkerung in Prozentpunkten: Harnblasenkarzinom: +2,7 (Lungenembolie) bzw.



Benötigen Krebspatienten eine längere Thromboseprophylaxe?

+4,7 (TVT); Lungenkarzinom: +2,6 bzw. +1,4; Ösophagus- und Magenkarzinom: +2,1 bzw. +2,2; Kolorektalkarzinom: +1,6 bzw. +2,2; Karzinom der Niere/des oberen Harntrakts: +1,4 bzw. +2,1; gynäkologischer Organtumor: +1,3 bzw. +2,0.

In der Regel gab es unmittelbar nach der Klinikentlassung einen Peak, sowohl bei den Lungenembolien als auch bei den TVT, mit einem 10- bis 30-fach erhöhten Risiko an Tag 30 im Vergleich zu den nicht an Krebs Erkrankten (Hazard Ratio für das Lungenembolierisiko bei Lungenkrebs 26, beim kolorektalen Karzinom 9, bei Brustkrebs 8). Danach ging das Thromboserisiko zurück, mit einem Plateau zwischen 60 und 90 Tagen, ohne jedoch das Niveau der Gesunden zu erreichen. Beim Brustkrebs fehlte der postoperative Peak.

Elke Oberhofer

Björklund J et al. Risk of Venous Thromboembolic Events After Surgery for Cancer. JAMA Netw Open. 2024;7(2):e2354352

AML-Patienten vor Stammzelltransfer

10 Tage Decitabin statt 3+7-Induktion

Viele Ältere mit akuter myeloischer Leukämie (AML) erhalten keine Stammzelltransplantation (HSCT), weil sie die Induktions-Chemotherapie nicht vertragen. Für sie wäre nach Daten einer deutschen Studie eine 10-Tages-Therapie mit Decitabin statt der üblichen 3+7-Chemotherapie die verträglichere Option.

An der offenen, randomisierten Phase-III-Studie nahmen 606 AML-Kranke teil. Im Median waren die Betroffenen 67 Jahre alt, rund 70 % waren an einer De-novo-AML erkrankt. Die Hälfte erhielt 10 Tage lang Decitabin, gefolgt von weiteren 28-Tage-Zyklen, die aus 5 oder 10 Tagen Decitabin bestanden. In der 3+7-Gruppe wurde Daunorubicin in den ersten 3 Tagen und Cytarabin in den ersten 7 Tage verabreicht, gefolgt von ein bis drei zusätzlichen Chemotherapiezyklen. Im Anschluss bekamen 40 % in der Decitabin- und 39 % in der 3+7-Gruppe eine HSCT.

Nach 4 Jahren lebten noch 26 % der Patienten aus der Decitabin- sowie 30 % aus der 3+7-Gruppe. Der Unterschied beim primären Endpunkt, dem Gesamtüberleben, war jedoch nicht statistisch signifikant. Numerisch lag die Sterberate mit

Decitabin um relative 4 % höher, sofern Tumor- und Patientencharakteristika berücksichtigt wurden.

Mit zunehmendem Alter schnitt die Decitabin-Gruppe beim Gesamtüberleben besser ab, bei den über 70-jährigen deutete sich eine um 16 % reduzierte Mortalität im Vergleich zur 3+7-Gruppe

an, dagegen war die Sterberate unter den 60- bis 64-jährigen unter Decitabin um 34 % erhöht. Sämtliche Differenzen waren jedoch nicht statistisch signifikant.

Nebenwirkungen vom Grad 3 oder höher waren bei den Decitabin-Behandelten seltener (84 vs. 94 %).

Thomas Müller

Lübbert M et al. 10-day decitabine versus 3 + 7 chemotherapy followed by allografting in older patients with acute myeloid leukaemia: an open-label, randomised, controlled, phase 3 trial. Lancet Haematol. 2023;10(11):e879-89

kurz notiert

Kann Künstliche Intelligenz (KI) Entlassungsbriefe verständlicher machen?

Ergebnisse einer kleinen US-Studie liefern Hinweise darauf, dass KI Entlassungsbriefe patientenfreundlicher – heißt: besser lesbar und verständlicher – machen könnte [Zaretsky J et al. JAMA Netw Open. 2024;7(3):e240357]. Allerdings liefert das Studienteam in seiner Publikation dazu gleich auch eine Warnung mit: „Einschränkungen in Genauigkeit und Vollständigkeit [der Entlassungsbriefe], die wiederum die Sicherheit beeinflussen, bleiben eine Hürde für die vollständige Implementierung [des Werkzeugs].“

In der Studie wurden 50 von der KI transformierte Entlassungsbriefe von zwei Personen begutachtet: Nur in 54 von 100 Reviews war in puncto Genauigkeit die Bestnote 6 (Skala 1–6) vergeben worden. Dass der Brief wirklich vollständig war, konstatierten nur 56 von 100 Gutachten. In 18 Reviews wurden direkte Sicherheitsbedenken registriert (meistens Auslassungen, aber auch Faktenfabrikationen). Lesbarkeit und Verständlichkeit hatten die Forschenden anhand von standardisierten Instrumenten ermittelt.

Ein kommentierendes Team bewertet die aufgetretenen Auslassungen und Faktenfabrikationen als „besorgniserregend“ – und verweist auch auf zeitliche Bedenken [Subramanian CR et al. JAMA Netw Open. 2024;7(3):e240347]: Das Zuschneiden des KI-Tools auf die jeweilige klinische Praxis und die manuelle Nachbearbeitung von KI-Entlassungsbriefen könnten ggf. (zu) viel Aufwand bedeuten.

Moritz Borchers