

In einer weiteren Fragestellung der Studie ging es erneut um die Bedeutung der Bestrahlung von Restbefunden nach Chemotherapie. Über die Indikation wurde dabei anhand der metabolischen Aktivität entschieden. Im Vergleich zur HD9-Population, in der 71 % aller Patienten eine zusätzliche Strahlentherapie erhalten hatten, konnte bei PET-basierter Indikationsstellung deren Anteil in der aktuellen Studie auf 11 % reduziert werden. Die Prognose bei einem PET-negativen Restbefund war vergleichbar zu der von Patienten mit kompletter Remission. Die Autoren verbinden mit der Reduktion von Strahlentoxizität auch die Hoffnung auf eine geringere Rate an Zweitmalignomen. Interessanterweise fand sich bei Patienten mit PET-positivem Restbefund auch nach einer

Strahlentherapie ein verkürztes progressionsfreies Überleben, was erneut auf eine prädiktive Bedeutung eines Rückgangs der metabolischen Aktivität unter Chemotherapie, sowie ein differentes biologische Verhalten hinweist.

Insgesamt darf man somit ein ausgesprochen positives Resümee ziehen. Studienergebnisse dieser Art wären unseren Patienten öfter zu wünschen. Weniger ist jetzt mehr beim fortgeschrittenen Hodgkin-Lymphom. Gleiche Effektivität mit weniger Therapie und geringeren Toxizitäten kommen unmittelbar den Betroffenen zugute und verursachen letztlich auch weniger Kosten. Das Vorgehen wird rasch Eingang in die klinische Praxis finden, zumal der Gemeinsame Bundesausschuss die PET- bzw. PET/CT-Diagnostik zur

Durchführung in der vertragsärztlichen Versorgung zum Entscheid über eine Bestrahlung von Restbefunden (> 2,5 cm) bei chemotherapeutisch behandeltem Hodgkin-Lymphom empfohlen hat. Inwiefern, dem Konzept der aktuellen HD18-Studie folgend, der Nachweis eines Ansprechens im Interim-PET wirklich eine weitere Reduktion der Chemotherapieintensität ermöglichen wird, bleibt abzuwarten.



PD Dr. med. Frank Kroschinsky
 Universitätsklinikum
 Carl Gustav Carus an der
 TU Dresden
 frank.kroschinsky@
 uniklinikum-dresden.de

Lymphom-Patienten vor der Chemotherapie generell auf HBV screenen?

Die US-amerikanischen Centers for Disease Control empfehlen vor jeder Chemotherapie die Abklärung einer möglichen HBV-Infektion. Kanadische Ärzte haben jetzt die Kosteneffizienz eines solchen Vorgehens bei Lymphom-Patienten geprüft.



HBV-Screening
 bei allen oder nur bei
 Hochrisiko-Patienten?

Für chronisch Hepatitis-B-Virus (HBV)-infizierte Krebspatienten birgt die Chemotherapie eine besondere Gefahr: Durch die Immunsuppression kann das Virus reaktiviert werden; es kann zu schweren Hepatitis-Schüben kommen, die unter Umständen tödlich verlaufen. Diese Reaktivierung, die mit einer Häufigkeit von ca. 50 % vorkommt, lässt sich durch eine antivirale Therapie mit Nukleosidanaloga eindämmen. Das Problem: Nur durch gezielte Labortests lässt sich die chronische HBV-Infektion überhaupt

feststellen. Die kanadischen Forscher von der Universität Toronto führten eine modellhafte Kostenrechnung für verschiedene Screening-Strategien durch. Am günstigsten kommt man demnach weg, wenn man sämtliche Studienteilnehmer – Lymphom-Patienten, die zur Chemotherapie mit Rituximab plus Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin und Prednison anstanden – auf das HBV-Oberflächenantigen HBsAg screenen: So beliefen sich die Kosten für Klinikaufenthalt, Untersuchungen, Chemotherapie und gegebenenfalls eine vorangehende antivirale Therapie auf durchschnittlich 32.589 kanadische Dollar bei allgemeinem Screening und auf 32.657 Dollar bei komplettem Screening-Verzicht; ein Einsparpotenzial von immerhin 68 Dollar pro Patient. Würde man nur Hochrisiko-Patienten aus Ländern mit hoher HBV-Prävalenz screenen, käme man auf 32.598 Dollar. Bei generellem Screening-Verzicht würden innerhalb eines Jahres knapp 6 von 1.000 Patienten an Hepatitis B erkranken, 3 von 1.000 müssten wegen eines schweren Hepatitis-Schubs in die Klinik

und 0,8 von 1.000 würden an der Erkrankung sterben. Bei Testung aller Patienten auf HBsAg käme man auf Raten von 0,6/1.000 für die Erkrankung und 0,1/1.000 für den schweren Hepatitis-schub. Mit Todesfällen aufgrund der Hepatitis hätte man bei diesem Szenario nicht zu rechnen. Mit einem Screening, das sich auf Hochrisiko-Gruppen beschränkt, würde man auf 2,0/1000 Hepatitis-B-Erkrankungen, 0,9/1000 schwere Fälle und 0,2/1.000 Todesfälle kommen. Die 1-Jahres-Überlebensrate betrug bei Screening aller Teilnehmer 84,99 % gegenüber 84,86 % bei Nicht-Screening. Ein Screening nur bei Hochrisiko-Patienten war mit einer Überlebensrate von 84,96 % über ein Jahr verbunden.

Fazit: Krebspatienten generell auf HBV zu screenen ist den Autoren zufolge kosteneffektiv – auch bei relativ geringer Fallzahl – und zudem leichter zu etablieren als gezielte Untersuchungen bei bestimmten Risikogruppen. Der Hauptvorteil liegt in der Reduktion der Hepatitis-B-Fälle unter den Krebspatienten. Der leichte Überlebensvorteil (pro 1.000 gescreeente Patienten ein Todesfall verhindert) ist vergleichbar mit dem des Mammografie-Screenings. *Elke Oberhofer*

Zurawska U et al. Hepatitis B virus screening before chemotherapy for lymphoma: A cost-effectiveness analysis. *J Clin Oncol*. 2012 Jun 18 [Epub ahead of print].