

Prophylaxe von ZVK-Infektion bei Neutropenie

Infektionen zentralvenöser Katheter (ZVK) können bei Chemotherapie-induzierter Neutropenie lebensbedrohliche Verläufe haben. In einer Studie wurde untersucht, ob sich durch eine Behandlung des ZVK mit Chlorhexidin solche Infektionen verhindern lassen.

Bei länger liegenden ZVK treten derzeit 2,5–7,5 Infektionen pro 1.000 Kathetertage auf. Die Mortalität unter Patienten mit chemotherapieinduzierter Neutropenie aufgrund von ZVK-Infektionen wird auf bis zu 36% geschätzt. Für eine randomisierte Studie wurden an 10 deutschen Hämatologie-Zentren

613 Patienten rekrutiert, die mindestens 10 Tage lang einen ZVK für eine Chemotherapie benötigten und bei denen eine mindestens 5 Tage anhaltende Neutropenie vorherzusehen war. Bei 307 Patienten wurde der ZVK mit Chlorhexidin behandelt, bei den übrigen 306 nicht. Primärer Endpunkt war die definitive Inzidenz von ZVK-Infektionen innerhalb der ersten 14 Tage nach dem Anlegen des Katheters.

Hinsichtlich Alter, Geschlecht, ECOG-Performancestatus, Dauer der Neutropenie, Lokalisation und Typ des ZVK unterschieden sich beide Gruppen nicht. In der Kontrollgruppe waren mehr Patienten mit akuter myeloischer Leukämie. Bei 2,6% der Patienten der Chlorhexidin-Gruppe und bei 3,9% in der Kontrollgruppe kam es innerhalb von 14 Tagen zu einer definitiven Katheterinfektion ($p = 0,375$). Dagegen traten definitive und wahrscheinliche Katheterinfekti-

onen innerhalb der ersten 14 Tage in der Chlorhexidin-Gruppe signifikant seltener auf (6,5 vs. 11%; $p = 0,047$), ebenso verhielt es sich mit Katheterinfektionen insgesamt (10,4 vs. 17%; $p = 0,019$).

Die Häufigkeit von Unverträglichkeiten gegenüber dem Katheter, die sich in Form von Gewebereaktionen zeigte, war in beiden Gruppen ähnlich hoch (12,4 vs. 11,8%; $p = 0,901$). Bei 22 (7,2%) Patienten der Studien- und 24 (7,8%) der Kontrollgruppe musste wegen der Unverträglichkeitsreaktionen die Therapie abgebrochen bzw. die Katheterpflege gewechselt werden.

Fazit: Der primäre Endpunkt der Studie, eine geringere Inzidenz definitiver ZVK-Infektionen innerhalb der ersten 14 Tage nach Anlegen des Katheters durch die Behandlung mit Chlorhexidin, wurde verfehlt. Dennoch zeigten sich bei Patienten mit chemotherapieinduzierter Neutropenie Vorteile infolge der Chlorhexidinanwendung: Die Häufigkeit genereller Katheterinfektionen ging zurück.

Kathrin von Kieseritzky

Biehl LM et al. A randomized trial on chlorhexidine dressings for the prevention of catheter-related bloodstream infections in neutropenic patients. *Ann Oncol.* 2016;27(10):1916-22.



© pitke / Fotolia.com

Ist die Behandlung des Katheters mit Chlorhexidin sinnvoll?

Carboplatin-Therapie: Dreifachprophylaxe inklusive NK₁-Rezeptorantagonist?

Carboplatin ist weniger emetogen als Cisplatin, daher empfehlen hier nicht alle Leitlinien die Dreifach-Antiemese aus einem NK₁-RA, einem 5HT₃-RA und Dexamethason (DEX). Nun wurde bei Patienten unter Carboplatin-Therapie das Ansprechen auf 2 Dreierkombinationen verglichen.

Im Rahmen einer Phase-III-Studie erhielten 196 Patienten Carboplatin. Davon wurden 145 mit der antiemetischen Dreierkombination aus dem Neurokinin-1-Rezeptorantagonist (NK₁-RA) Netupitant plus Palonosetron (NEPA-Fixkombination) plus DEX behandelt; 51 Patienten erhielten eine Dreifachtherapie aus dem NK₁-RA Aprepitant (APR) plus Palonosetron (PALO) plus DEX. Wirksamkeitsendpunkte waren „komplettes Ansprechen“ (CR; keine Emese, keine Notfallmedikation) und „keine signifi-

kante Nausea“. Unter den beiden Dreifachkombinationen waren die Gesamt-CR-Raten (0–120 h) in den Zyklen 1–4 vergleichbar. Sie betragen in der NEPA-Gruppe 80%, 91%, 92% und 93% und in der APR-Gruppe 82%, 88%, 88% und 90%. Auch die Raten für „keine signifikante Nausea“ waren in beiden Armen vergleichbar (NEPA: 84–96%; APR: 82–90%). Insgesamt betragen die Gesamt-CR-Raten unter NEPA-DEX 80% in Zyklus 1, in den folgenden Zyklen $\geq 90\%$. Entsprechend lagen auch die Kontrollra-

ten für nicht signifikante Nausea in allen Zyklen bei über 80%. Zusammenfassend war die Dreifach-Antiemese mit Netupitant bzw. Aprepitant vergleichbar effektiv.

Fazit: Kürzlich haben MASCC (Multinational Association of Supportive Care in Cancer) und ESMO (European Society of Medical Oncology) ihre Leitlinien aktualisiert. Sie klassifizieren Carboplatin nun als separate emetische Risikogruppe innerhalb der MEC-Gruppe und empfehlen die Dreifachprophylaxe. Auch wenn die Studie nicht dazu angelegt war, spricht manches bei Carboplatin-Regimen, v. a. bei zusätzlichen Risikofaktoren, für eine Dreifach-Antiemese.

Brigitte Schalhorn

Jordan K et al. Efficacy benefit of an NK1 receptor antagonist (NK1-RA) in patients receiving carboplatin: supportive evidence with NEPA (a fixed combination of the NK1 RA, netupitant, and palonosetron) and aprepitant regimens. *Support Care Cancer.* 2016;24(11):4617-25.