

## Ärztliche oder Patienteneinschätzung – was zählt prognostisch mehr?

Der von Ärzten eingeschätzte Performancestatus ist ein etablierter prognostischer Marker. Niederländische Onkologen überprüften nun, ob Fragebögen zur Lebensqualität ebenfalls wichtig für die Prognose sein können.

**H**intergrund der aktuellen Untersuchung war, dass in der Phase-III-Studie CAIRO (Optimierung der Chemotherapie bei Patienten mit fortgeschrittenem kolorektalem Karzinom) der von Ärzten eingeschätzte ECOG/WHO-Performancestatus (WHO-PS) nicht immer gut mit dem von Patienten berichteten Basiswert der körperlichen Funktionsskala des Fragebogens EORTC-QLQ-C30 (EORTC-QLQ-C30-PF) übereinstimmte.

In der aktuellen Auswertung verglichen Forscher WHO-PS und Basiswert des EORTC-QLQ-C30-PF hinsichtlich des prognostischen Werts für das Gesamtüberleben (OS). Dazu teilten sie die Patienten nach ihren Basis-EORTC-QLQ-PF in 2 Gruppen ein. Ein Wert

über 66,7% wurde als gut bezeichnet, ein Wert darunter als schlecht.

Das mediane OS von Patienten mit einem WHO-PS von 0 lag bei einem als gut eingestuften QLQ-C30-PF-Wert ( $n = 300$ ) bei 20,33 Monaten, bei einem schlechten ( $n = 44$ ) bei 10,4 Monaten. Bei Patienten mit einem WHO-PS von 1 lag das mediane OS bei guter bzw. schlechter Einschätzung nach EORTC-QLQ-PF bei 16,8 ( $n = 125$ ) bzw. 10,1 Monaten ( $n = 63$ ). Auch bei einem WHO-PS von 2 ergab sich anhand der EORTC-QLQ-PF-Werte noch eine Differenzierung, mit 16,2 Monaten ( $n = 11$ ) versus 9,9 Monaten ( $n = 12$ ). In der multivariaten Analyse, die andere prognostische Faktoren wie Serum-LDH, Zahl der Metastasenlokalisationen oder die Resektabilität des Primärtumors be-

rücksichtigte, war die Unterscheidung eines guten von einem schlechten QLQ-C30-PF-Wert ein signifikanter prognostischer Faktor für das OS (Hazard Ratio 0,57, 95%-Konfidenzintervall 0,46–0,72), nicht dagegen der WHO-PS. Die Validierung anhand der Phase-III-Studie CAIRO2 mit einem vergleichbaren Patientenkollektiv bestätigte die Ergebnisse.

**Fazit:** Diesen Ergebnissen zufolge ist bei Patienten mit fortgeschrittenem CRC die mit dem EORTC-QLQ-C30 ermittelte selbst berichtete physische Funktionalität für die Prognose aussagefähiger als der durch Ärzte eingeschätzte WHO-PS. Das spricht dafür, in onkologischen Studien den EORTC-QLQ-C30-PF-Basiswert statt des WHO-PS zur Stratifizierung zu verwenden. *Friederike Klein*

Mol L et al. The prognostic value of WHO performance status in relation to quality of life in advanced colorectal cancer patients. *Eur J Cancer.* 2016;66:138–43.

## Seelische Belastung: Was bringt die Aushändigung eines Tumornachsorgeplans?

Gerade in den ersten 5 Jahren nach einer Krebsdiagnose ist die psychische Belastung der Patienten groß – mit möglichen Sekundärfolgen wie Depression, Angst oder posttraumatischem Stresssyndrom. Zur strukturierten Tumornachsorge erhalten Patienten in den USA einen Nachsorgeplan und eine Therapiezusammenfassung. Sind diese hilfreich für den Patienten?

**I**n den USA erhalten Erwachsene nach Ende der Tumorthherapie seit einigen Jahren einen „survivorship care plan“ (SCP) mit Nachsorgeplan (FCI; „follow-up care instructions“) und Therapiezusammenfassung (TS; „treatment summary“). In früheren Studien wurde gezeigt, dass diese Informationen wirklich zu konsequenterer Nachsorge und geringerem psychischem Stress führen. Nun wurde untersucht, ob sie tatsächlich Einfluss, insbesondere auf das Auftreten depressiver Symptome, haben.

Dazu analysierten die Forscher eine repräsentative Stichprobe überlebender Tumorpatienten, die mehr als 1 Jahr

nach der Diagnose per Telefon an dem bevölkerungsweiten 2010-BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System)-Survey teilnahmen. In einer Stichprobe aus 6 Bundesstaaten wurden hier die optionalen Module „Anxiety and Depression“ und „Cancer Survivorship“ berücksichtigt. Depressive Symptome wurden mittels PHQ8 (Patient Health Questionnaire, 8 Items) erfasst. Um zu prüfen, ob FCI und TS (einzeln und in Kombination) mit Depressionssymptomen assoziiert sind, wurden die 3.191 Patienten in 2 Gruppen unterteilt: die „Kurzzeitüberlebenden“ (Krebsdiagnose vor  $\leq 5$  Jahren; 32,8%) und die „Langzeitüberle-

benden“ (Krebsdiagnose vor  $> 5$  Jahren; 67,2%).

Bei Kurzzeitüberlebenden spielt vor allem der FCI eine Rolle. So war der Faktor keinen FCI erhalten zu haben bei ihnen signifikant mit einem Anstieg der Depressionssymptome assoziiert (adjustierte Odds Ratio [AOR] 2,27, 95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 1,15–4,45). Bei den Langzeitüberlebenden kommt dagegen der TS größere Bedeutung zu. Bei ihnen war der Faktor keine TS erhalten zu haben signifikant mit einem Anstieg der Depressionssymptome assoziiert (AOR 1,86, 95%-KI 1,05–3,29).

**Fazit:** Überlebende Tumorpatienten sollten strukturierte Anleitungen zur Nachsorge und Therapiezusammenfassungen erhalten. Sie können kurz- und langfristig davon profitieren, was sich an einer deutlichen Verringerung depressiver Symptome zeigt. *Brigitte Schalhorn*

Oancea SC, Cheruvu VK: Psychological distress among adult cancer survivors: importance of survivorship care plan. *Support Care Cancer.* 2016;24(11):4523–31.