

patienten aus China veröffentlicht, da für solche Patienten eine erkrankungs- bzw. therapeutisch bedingte Immunsuppression wahrscheinlich ist und dadurch ein höheres Infektionsrisiko sowie schwerere Verläufe zu erwarten waren. Unter allen landesweit in China erfassten SARS-CoV-2-Neuinfektionen betrafen 1 % Tumorpatienten, während die Inzidenz von Tumorerkrankungen in der chinesischen Allgemeinbevölkerung nur 0,3 % betrug, woraus von den Autoren ein für Tumorpatienten erhöhtes Risiko für eine SARS-CoV-2-Infektion gefolgert wurde. Schwere Krankheitsverläufe von COVID-19 wurden bei Tumorpatienten in 39 % der Fälle gegenüber 8 % bei Patienten ohne maligne Grunderkrankung beobachtet [14]. Erste Vergleiche aus China zwischen Tumorpatienten (n = 105) und einer gleichaltrigen Kontrollgruppe von Patienten ohne Malignom (n = 536), die sich alle nachweislich mit SARS-CoV-2 infiziert hatten, legten ebenfalls ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe bei Krebspatienten nahe sowie eine nahezu 3-fach erhöhte Mortalität. Dies betraf insbesondere Patienten, die operiert werden mussten, während Patienten unter Strahlentherapie verglichen mit Patienten ohne Tumorerkrankung keine signifikant erhöhte Anzahl von schweren Verläufen zeigten. Im Rahmen dieser Studie wiesen Patienten mit hämatologischen Tumorerkrankungen, Lungenkrebs oder metastasiertem Tumorleiden (Stadium IV) am häufigsten schwere Krankheitsverläufe auf, wohingegen Patienten ohne ein metastasiertes Tumorleiden verglichen mit Patienten ohne Krebserkrankungen mit gleicher Häufigkeit schwere Verläufe zeigten [10].

3.2 Schutz onkologischer Patienten vor nosokomialen SARS-CoV-2-Infektionen

Um vor allem vulnerable Patienten wie Tumorpatienten vor nosokomialen Infektionen mit SARS-CoV-2 zu schützen, wurden als Vorsichtsmaßnahme allein in den ersten 3 Monaten der SARS-CoV-2-Pandemie schätzungsweise 28 Millionen Operationen weltweit verschoben oder abgesagt [5], was auch viele Eingriffe in Deutschland betraf. In der chirurgischen Onkologie müs-

sen allerdings bei planbaren Eingriffen ganz besonders die Risiken des Eingriffs mit dem Nutzen sowie den möglichen Folgen einer verzögerten Diagnosestellung bzw. eines verzögerten Behandlungsbeginns, wie beispielsweise eine potenziell verschlechterte Prognose, individuell genau abgewogen werden. Zudem sollten mögliche alternative Behandlungsoptionen erwogen und sorgfältig geprüft werden. Patienten mit erhöhtem Risiko (ältere und gebrechliche Patienten, Patienten mit Komorbiditäten) kann ggf. zur Überbrückung auch eine neoadjuvante Therapie bis zur definitiven operativen Versorgung angeboten werden. Da allerdings die Dauer der pandemiebedingten Unterbrechungen und zukünftige Entwicklungen oft nicht genau absehbar sind, sollte grundsätzlich möglichst vielen Patienten eine elektive Tumoroperation angeboten werden [1] und dabei auf möglichst sichere Rahmenbedingungen geachtet werden. Die Folgen einer potenziell verzögerten Versorgung von Tumorpatienten wurden auch im Rahmen eines systematischen Reviews mit Metaanalyse der Daten untersucht. Dabei wurden die Folgen eines jeweils um 4 Wochen verzögerten Therapiebeginns auf die Mortalität analysiert. Dafür wurden kurative, neoadjuvante und adjuvante Indikationen in der Chirurgie, onkologischen Systemtherapie und Strahlentherapie ausgewählt und 34 Studien zu Malignomen der Blase, der Mamma, des Kolorektums, der Lunge, der Zervix und Kopf-Hals-Tumoren, die insgesamt 1 272 681 Patienten umfassten, ausgewertet [13]. Der Effekt einer 4-wöchigen Verzögerung von der Erstdiagnose bis zur ersten Therapie bzw. vom Behandlungsabschluss bis zum Beginn der nächsten Therapie auf das Gesamtüberleben wurde dabei durch eine Hazard Ratio (HR) beschrieben. Eine signifikante Korrelation zwischen verzögerter Therapie und erhöhter Mortalität konnte dabei für 13 von 17 Indikationen nachgewiesen werden. Jeder Monat Verzögerung eines onkologischen Eingriffs ging demnach mit einem nachweisbar erhöhten Mortalitätsrisiko einher und wies eine HR von 1,06–1,08 auf (beispielsweise in der Kolonchirurgie eine HR von 1,06 (CI 1,01–1,12)). Zudem konnte im Rahmen einer internationalen Kohortenstudie an > 8 000 Tumorpatienten nachgewiesen werden, dass sich durch routinemäßige präoperative Testung von Patienten auf SARS-CoV-2

postoperative pulmonale Komplikationen vor allem in Hochrisikogebieten (Inzidenz > 25 Fälle/100 000) vermeiden lassen [3]. Die Anzahl der notwendigen Tests, um eine postoperative pulmonale Komplikation in einem Gebiet mit hoher Inzidenz zu vermeiden, betrug dabei bei großen chirurgischen Eingriffen lediglich 18 PCR-basierte Abstrich-Tests (Abb. 2). Die Verzögerung onkologischer Therapien hat sich während der Pandemie zu einem globalen Problem entwickelt und muss so kurz wie möglich gehalten werden, um optimale Behandlungsergebnisse zu erzielen [13]. Die Gesamtkapazität für onkologische Eingriffe und das Behandlungskonzept sollten daher regelmäßig überprüft und falls nötig angepasst werden. Ein wachsender Nachholbedarf für chirurgische Eingriffe ist derzeit nicht zu vermeiden. Krankenhäuser sollten diesen Rückstand allerdings nicht aus den Augen verlieren und dringend berücksichtigen, um sicherzustellen, dass diese Patienten trotz der entsprechenden Umstände frühzeitig wieder die bestmögliche Therapie erhalten [1].

Number needed to test (NNT)

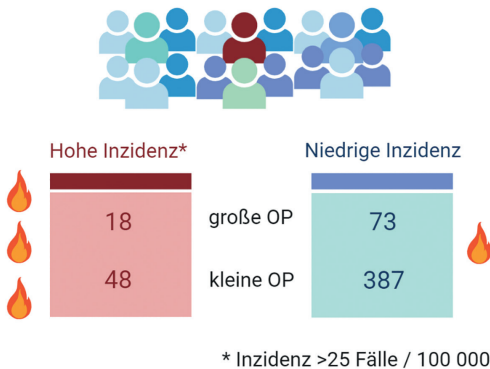


Abb. 2: Anzahl von chirurgischen Patienten, die in Abhängigkeit von lokaler SARS-CoV-2 Inzidenz (hohe bzw. niedrige Inzidenz) und vom jeweiligen Ausmaß des operativen Eingriffs (groß bzw. klein) mit nasopharyngealen Abstrichen und qRT-PCR auf SARS-CoV-2 getestet werden müssten, um eine postoperative pulmonale Komplikation zu vermeiden. Weitere Informationen und wissenschaftliche Hintergründe sind der Originalarbeit zu entnehmen [3] (vergleiche dort Tab. 3). (Mit freundlicher Genehmigung der COVIDSurg Collaborative zur Verwendung der Abbildungen. Diese Grafik wurde mithilfe von <http://www.biorender.com> erstellt)

3.3 Nutzen COVID-19-freier Behandlungsbereiche

Im Rahmen einer internationalen, multizentrischen Kohortenstudie wurde weiterhin untersucht, inwiefern geschützte COVID-19-freie Krankenhausbereiche und Behandlungswege mit verminderten postoperativen pulmonalen Komplikationen assoziiert sind. Dafür wurden volljährige Patienten eingeschlossen, die präoperativ keine SARS-CoV-2-Verdachtsdiagnose hatten und sich einer elektiven Tumor-Operation in kurativer Intention unterzogen. Die Studie begann ab dem Zeitpunkt des ersten lokalen Ausbruchs von SARS-CoV-2-Infektionen bis Mitte April 2020. Je nach Verfügbarkeit von separaten Operationssälen, Intensiv- und Pflegestationen für COVID-19-Patienten wurden die teilnehmenden Krankenhäuser als vollständig, unvollständig oder nicht getrennt kategorisiert. Zu den untersuchten soliden Tumoren zählten dabei unter anderem kolorektale, thorakale, hepato-pankreatobiliäre und gynäkologische Tumoren, aber auch Sarkome und intrakranielle Malignome. Alle Patienten, die zum Zeitpunkt der Operation bereits mit COVID-19 symptomatisch waren oder bei denen eine nachgewiesene SARS-CoV-2-Infektion vorlag, wurden von den Analysen ausgeschlossen.

Lesen Sie weiter im [Jahresband 2021!](#)



[Was gibt es Neues in der Chirurgie?](#)

Jahresband 2021

2021, Hardcover, 424 Seiten mit E-Book-Zugang ecomed MEDIZIN, ecomed-Storck GmbH Preis: EUR 119,99 ISBN 978-3-609-76946-2

[Hier finden Sie weitere Leseproben!](#)