

# Krebs beim Kind

**Bessere Prognosen.** Hirntumoren gelten bei Kindern als die zweithäufigste Krebsart nach Leukämie. Sie sind nicht selten von Medulloblastomen oder atypischen teratoiden/rhabdoiden Tumoren betroffen und bedürfen besonderer Therapiemethoden.

**BONsurprise/MB.** Da nicht jeder Hirntumor Beschwerden verursacht oder mit neurologischen Ausfällen einhergeht, gestaltet sich die Diagnostik mitunter schwierig. „Erste Symptome sind bei Kindern meist sehr subtil und unterscheiden sich kaum von jenen, die harmlosen Erkrankungen zugrunde liegen“, so Prof. Dr. Irene Slavic, die am AKH Wien die Neuroonkologie leitet, in einer Meldung des Verein BONsurprise. Aus diesem Grund dauere es bei Hirntumoren oft länger, bis sie diagnostiziert würden, so die Medizinerin.

Klaren Aufschluss über die Erkrankung geben eine neurologische Untersuchung sowie eine Magnetresonanztomographie. „Bei Kindern geht man häufig von einer Virusinfektion aus und denkt vor allem deshalb nicht an einen Tumor im Gehirn, weil nicht jede Raumforderung in diesem

Gebiet neurologische Ausfälle verursacht. Kinder, die öfter erbrechen, werden nicht automatisch als mögliche Krebspatienten gesehen“, weiß Slavic. Hirnstammumoren gehen mit eindeutigen neurologischen Symptomen einher, während jene, die auf der Mittellinie lokalisiert sind, vor allem Kopfschmerzen und Erbrechen auslösen, was dem Verschluss des Ausflustraktes des dritten oder vierten Ventrikels geschuldet ist, der zu einer Hirndrucksteigerung führt. Derartige Begleiterscheinungen lassen nicht jeden Kinderarzt automatisch an einen Tumor denken.

Die Überlebenschancen in Bezug auf den frühkindlichen oder kindlichen Hirntumor sind schwer zu prognostizieren. Allerdings hat sich die Medizin in diesem Bereich stetig weiterentwickelt, wie Slavic erläutert: „Wir haben in den letzten zehn Jahren einen völlig neuen Behandlungsansatz für Patienten mit Rezidiven von Tumoren des Kleinhirns oder jenen des zentralen Nervensystems entwickelt und initiiert. Früher verstarben diese Patienten alle, im Falle eines Rezidivs gab es praktisch keine Überlebenschance.“

Ein anti-angiogener Ansatz in Form einer oralen Therapie kombiniert mit einer intravenösen Antikörperbehandlung sowie regelmäßiger Chemotherapie intrathekal funktioniere sehr gut.

Die nicht stationäre Medulloblastom-Therapie werde von den Patienten zufriedenstellend angenom-



Kinder, die öfter erbrechen, werden nicht automatisch als mögliche Krebspatienten gesehen.

**Irene Slavic**  
Neuroonkologin, AKH Wien



© angiotina / fotolia.com

men, da sie nur im Falle eines Infekts im Spital verbleiben müssen und am Leben teilnehmen können. „Die Patienten sind extrem infektfähig, weshalb sie regelmäßig von uns überwacht werden müssen.“

#### Auswirkungen auf das Umfeld

Die Diagnose Hirntumor betrifft bei sehr jungen Patienten das gesamte Umfeld und führt nicht selten zum Schockzustand. Sowohl die Betroffenen als auch Familie und Freunde benötigen spezielle Betreuung, die vom Verein BONsurprise ermöglicht werden kann. Wer nicht in Wien lebt, benötigt eine Unterbringung in der Nähe des Krankenhauses sowie Unterstützung im Alltag. All dies machen Spen-

denfelder und die Hilfe von Vereinsmitgliedern möglich, sodass die Patienten sich auf ihre Therapie konzentrieren und ihre Angehörigen sich um sie kümmern können – ohne Existenzängste oder Alltagsorgen. BONsurprise hat es sich zur Aufgabe gemacht, betroffenen Familien, die außerhalb von Wien wohnen, für den nötigen Zeitraum kostenfreie Wohnungen zur Verfügung zu stellen. Diese liegen in der Nähe des AKH Wien, um eine gute medizinische Versorgung zu gewährleisten. ■

**Der Originalartikel** „Krebs im Kindesalter“ ist erschienen in „Pädiatrie & Pädologie“ (51/2016), doi:10.1007/s00608-016-0402-8, © Springer-Verlag Wien

## Sonderbericht

# Schlaganfall-Prophylaxe unter Real-Life-Bedingungen<sup>1</sup>

**Antikoagulation.** Mit der REVISIT US-Datenbankanalyse<sup>1</sup> wurden Daten zur Effektivität und Sicherheit von Rivaroxaban im klinischen Alltag analysiert. Dabei wurde ein signifikanter Vorteil gegenüber Warfarin gezeigt.

**Bayer.** Erstmals konnte für ein NOAK, nämlich für Rivaroxaban, in der Indikation Schlaganfall-Prophylaxe bei nichtvalvulärem Vorhofflimmern unter Real-Life-Bedingungen im kombinierten Endpunkt aus intrakranieller Blutung/ischämischem Insult ein signifikanter Vorteil gegenüber Vitamin-K-Antagonisten dargestellt werden.<sup>1</sup> Das nicht-Vitamin-K-antagonistische orale Antikoagulans (NOAK) Rivaroxaban (Xarelto<sup>®</sup>) zur Schlaganfall-Prophylaxe bei nichtvalvulärem Vorhofflimmern bewährt sich auch im klinischen Alltag, wie in der retrospektiven US-Datenbankanalyse REVISIT US<sup>1</sup> dargestellt werden konnte. Bei einem ÖKG-Symposium in Salzburg<sup>2</sup> wird erläutert, dass in REVISIT US<sup>1</sup> unter anderem mittels „Propensity-Score-Anpassung“ zwei vergleichbare Gruppen gebildet wurden, die je 11.411 neu auf Rivaroxaban oder den Vitamin-K-Antagonisten (VKA) Warfarin eingestellte Patienten mit nichtvalvulärem Vorhofflimmern enthielten. Die Entgeltliche Einschaltung

### REVISIT-US-Datenbankanalyse<sup>1</sup>: Erkenntnisse aus der täglichen Praxis

Endpunkt	Xarelto	Warfarin	RRR vs. Warfarin
ICH Ereignisrate**	0,49	0,96	-47% p<0,05
Ischämischer Insult Ereignisrate**	0,54	0,83	-29% ns
kombinierter Endpunkt* Ereignisrate**	0,95	1,6	-39% p<0,05

Vorteil Xarelto      Vorteil Warfarin

HR (95% CI)

Xarelto n = 11.411  
Warfarin n = 11.411

\* kombinierter Endpunkt aus ICH und ischämischem Insult; \*\* Ereignisraten in %/Jahr

Xarelto<sup>®</sup>-Arm mit VKA-Arm mittels Propensity-Score-Verfahren vergleichbar gemacht.

Gruppen waren hinsichtlich Charakteristika wie z. B. CHADS<sub>2</sub>-Score, Alter und HAS-BLED-Score vergleichbar. Alle Patienten hatten über einen Zeitraum von mindestens 180 Tagen eine kontinuierliche Verschreibung der jeweiligen Medikation erhalten.

#### Signifikanter Vorteil versus VKA<sup>1</sup>

Die Auswertung dieser Analyse<sup>1</sup> zur Primärprophylaxe von Schlaganfällen zeigt, dass die jährliche Rate an intrakraniellen Blutungen (ICH) unter Rivaroxaban 0,49 Prozent betrug,

verglichen mit 0,96 Prozent unter VKA (HR = 0,53; 95% CI 0,35–0,79; p < 0,05). Die Rate der beobachteten ischämischen Schlaganfälle lag bei 0,54 Prozent pro Jahr, versus 0,83 Prozent pro Jahr unter Warfarin (HR = 0,71; 95% CI 0,47–1,07). Beim kombinierten Studienendpunkt (ICH/ischämischer Schlaganfall) zeigte sich unter Rivaroxaban eine signifikante Verminderung um 39 Prozent versus VKA (HR = 0,61; 95% CI 0,45–0,82; p < 0,05).

Fazit: In REVISIT US<sup>1</sup> konnte erstmals für ein NOAK, nämlich für Rivaroxaban, im kombinierten Endpunkt (ICH/ischämischer Insult) gegenüber VKA ein signifikanter Vorteil unter Real-Life-Bedingungen dargestellt werden (siehe Abbildung „REVISIT-US-Datenbankanalyse<sup>1</sup>: Erkenntnisse aus der täglichen Praxis“).

#### Rivaroxaban bei Niereninsuffizienz spezifisch getestet<sup>3</sup>

Thematisiert wurde in Salzburg<sup>2</sup> auch die Anwendung von NOAK bei nichtvalvulärem Vorhofflimmern und gleichzeitig bestehender Niereninsuffizienz. „Beachten Sie die jeweiligen Fachinformationen, denn Dosierungsrichtlinien, Grenzwerte bei der Kreatinin-clearance und Eliminationswege differenzieren bei den verschiedenen NOAK<sup>4</sup>“, so der Ratschlag der Experten. Rivaroxaban beispielsweise wurde bei Patienten mit nichtvalvulärem Vorhofflimmern und moderater Nierenfunktions-einschränkung (CrCl 49–30 ml/min)

spezifisch in einer reduzierten Dosis, nämlich 15 mg<sup>5</sup> einmal täglich, getestet<sup>3</sup> und kann dementsprechend angewendet werden. Bei einer Kreatinin-clearance von 29 bis 15 ml/min kann Rivaroxaban 15 mg einmal täglich mit Vorsicht angewendet werden.

#### Einmal täglich oral<sup>6</sup>

Für den klinischen Alltag relevant ist auch die Handhabung eines Medikamentes. Für Rivaroxaban gilt: Sowohl die 15 mg- als auch die 20 mg-Dosierung<sup>5</sup> in der Indikation Schlaganfall-Prophylaxe bei nichtvalvulärem Vorhofflimmern wird einmal täglich oral<sup>6</sup> mit einer Mahlzeit eingenommen. ■

#### Referenzen:

- Coleman CI et al, Erstpräsentation ECAS 2016, Paris. Präsentation verfügbar unter: <http://bit.ly/2ccnS03> (letzter Zugriff 1.6.2016)
- Satellitensymposium der Firma Bayer „Xarelto<sup>®</sup> im Kreuzverhör – Eine kritische Auseinandersetzung zu Rivaroxaban“ im Rahmen der Jahrestagung 2016 der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft am 3.6.2016 in Salzburg.
- Fox KA et al., Eur Heart J 2011; 32:2387–2394
- Details, siehe die jeweiligen veröffentlichten Fachinformationen
- Dosierung von Rivaroxaban (Xarelto<sup>®</sup>) zur Schlaganfall-Prophylaxe bei nichtvalvulärem Vorhofflimmern: Standarddosierung 20 mg einmal täglich bei Kreatinin-clearance  $\geq$  50 ml/min, Dosierung 15 mg einmal täglich bei Kreatinin-clearance von 49 bis 30 ml/min, Dosierung 15 mg einmal täglich mit Vorsicht bei Kreatinin-clearance von 29 bis 15 ml/min. Nicht empfohlen bei Kreatinin-clearance < 15 ml/min. Einnahme von 15 mg und 20 mg zusammen mit einer Mahlzeit.
- Xarelto<sup>®</sup>, veröffentlichte Fachinformation Fachkurzinformation siehe Seite 40

### Info

Sämtliche praxisrelevanten Informationen zu Xarelto<sup>®</sup> und den zugelassenen Indikationen für Sie nur wenige Klicks entfernt: [www.xarelto.at](http://www.xarelto.at)

