

Empfehlungen zur COVID-19-Schutzimpfung bei Krebspatient*innen (Stand 19.5.2021)

Prof. Dr. Jens-Uwe Blohmer, Prof. Dr. Carsten Bokemeyer, Prof. Dr. Jan Braess, Dr. Johannes Bruns, Prof. Dr. Maike de Wit, Prof. Dr. Edgar Dippel, Prof. Dr. Christian Grohé, Prof. Dr. Ralf Gutzmer, Prof. Dr. Volker Heinemann, Dr. Gerdt Hübner, Prof. Dr. Christian Jackisch, Prof. Dr. Meinolf Karthaus, Prof. Dr. Hartmut Link, Dr. Peter Mohr, Prof. Dr. Anke Reinacher-Schick, Prof. Dr. Thomas Seufferlein, Prof. Dr. von Lilienfeld-Toal, Prof. Dr. Anja Welt, Prof. Dr. Ulrich Wedding, Prof. Dr. Katja Weisel

Die Autor*innen danken Marie-Jolin Köster, Dr. Bettina Linke und Dr. Katrin Mugele aus der Geschäftsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft für ihre Unterstützung bei Literaturrecherche und Lektorat.

Einleitung

Die heterogene Gruppe der Krebspatient*innen mit ihren unterschiedlichen Diagnosen, Krankheitsstadien und Therapien sollte auch in Zeiten der COVID-19-Pandemie eine bestmögliche Behandlung bei gleichzeitigem Schutz vor zusätzlichen Infektionen, insbesondere mit dem SARS-CoV-2 Virus erhalten.

Zu den geeigneten Schutzmaßnahmen für Krebspatient*innen gegen den schweren Verlauf einer Infektion mit SARS-CoV-2 zählen neben der Einhaltung der üblichen AHA+L-Regeln [Robert Koch-Institut, 2021] zum Selbstschutz die Möglichkeit, durch regelmäßige Tests mögliche Infektionsquellen im Umfeld der Patient*innen zu minimieren und Betroffene sowie deren Kontaktpersonen gegen COVID-19 zu impfen.

Auch wenn das Wissen zur Wirkung und zu Nebenwirkungen der COVID-19-Schutzimpfung in der Bevölkerung wächst, so ist die Datenlage zur COVID-Schutzimpfung in Krebspatient*innen keineswegs gefestigt und viele Fragen können derzeit noch nicht eindeutig beantwortet werden.

Krebspatient*innen sollten daher vor einer Schutzimpfung gegen COVID-19 eine individuelle Beratung erhalten. Dabei sollten – neben dem Wunsch des/der Betroffenen – das Alter, die Erkrankung selbst, das Krankheitsstadium, der Allgemeinzustand, die Begleiterkrankungen sowie zurückliegende und aktuelle onkologische Behandlungen berücksichtigt werden. Deshalb ist der/die behandelnde und informierte Onkolog*in/Arzt/Ärztin in diese Beratungen zwingend einzubinden. Stellt sich dabei heraus, dass eine Schutzimpfung gegen COVID-19 angeraten ist, dann sollte der/die Patient*in nach den Regeln der aktuellen Impfverordnung der Bundesregierung Zugang zu dieser Impfung erhalten.

Die folgenden Empfehlungen entstanden vor dem Hintergrund der Ergebnisse von Untersuchungen an der Allgemeinbevölkerung zur SARS-CoV-2 Impfung sowie den Erkenntnissen von Impfungen gegen andere Viren und Bakterien, z.B. gegen das Influenza-Virus oder gegen Pneumokokken [Bitterman et al, 2018; Laws et al, 2020]. Sie werden regelmäßig durch aktuelle Erkenntnisse aus Studien ergänzt und angepasst, um Ärzt*innen bei ihrer Beratung von Patient*innen zu unterstützen. Die Empfehlungen ergänzen kürzlich publizierte Expertenempfehlungen [Onkopedia-Leitlinien, 2021; von Lilienfeld-Toal et al, 2021] und wurden von ausgewiesenen Expert*innen aus Onkologie und Hämatonkologie entwickelt und konsentiert.

Empfehlungen

1. Patient*innen mit einer hämatonkologischen Erkrankung unter Therapie, einer metastasierten Krebserkrankung mit und ohne Therapie sowie einem soliden Tumor unter Therapie haben ein erhöhtes Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken [Robert Koch-Institut, 2021 i]. Es ist deshalb wichtig, dass sie bei der Impfung bevorzugt berücksichtigt werden. Nach der aktuellen Impfverordnung [Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2021] sollen Personen mit behandlungsbedürftigen Krebserkrankungen mit hoher Priorität geimpft werden (Impfwelle 2) [CoronaImpfV, §3 Absatz 2 Buchstabe d]. Personen mit behandlungsfreien in Remission befindlichen Krebserkrankungen können sich mit erhöhter Priorität impfen lassen (Impfwelle 3) [CoronaImpfV, §4 Absatz 2 Buchstabe a]. Gleichzeitig ist das medizinische Personal in der Onkologie in der höchsten Prioritätsgruppe (Impfwelle 1, CoronaImpfV, §2 Absatz 5) eingestuft. Dies ist sinnvoll, weil gerade für Krebspatient*innen ein sogenannter Nestschutz sehr wertvoll sein kann. Daher ist es sinnvoll und wichtig, auch Personen, die hämatonkologische Patient*innen im unmittelbaren Umfeld betreuen und begleiten, in das Impfprogramm mit einzubeziehen.

2. Für eine Impfung stehen derzeit in Deutschland Impfstoffe verschiedener Klassen zur Verfügung: die sog. mRNA-Impfstoffe von BioNTech/Pfizer und Moderna sowie die Vektorimpfstoffe von AstraZeneca und Janssen-Cilag [Robert Koch-Institut, 2021 b, c, d, e, g; Onkopedia, 2021; Lilienfeld-Toal et al, 2021; Ljungman et al, 2021].

- Der mRNA-Impfstoff **Comirnaty**[®] (BNT162b2) von BioNTech/Pfizer ist ab 16 Jahren zugelassen.
- Der mRNA-Impfstoff **COVID-19 Vaccine Moderna**[®] (mRNA-1273) kann bei Menschen ab 18 Jahren eingesetzt werden.
- **Vaxzevria**[®], der Vektorimpfstoff von AstraZeneca (AZD1222, AstraZeneca) wird seit dem 30.03.2021 regelhaft nur für Menschen \geq 60 Jahren empfohlen [Robert Koch-Institut, 2021 d]. Personen, die jünger als 60 Jahre sind, können jedoch nach ärztlichem Ermessen, sorgfältiger Aufklärung und persönlicher Abwägung von Nutzen und Risiko ebenfalls eine Impfung mit Vaxzevria erhalten (Siehe: Hintergrundinformationen zu Vaxzevria, AstraZeneca) [Robert Koch-Institut, 2021 d, f].
- **COVID-19 Vaccine Janssen**[®], der Vektorimpfstoff von Janssen-Cilag, ist seit dem 11. März in Europa zugelassen und seit Ende April in Deutschland verfügbar. Dieser Impfstoff ist ebenfalls nur für Personen ab 60 Jahren empfohlen, kann aber ebenso wie Vaxzevria auf Wunsch und nach individueller Aufklärung auch bei Jüngeren verimpft werden. [Robert Koch-Institut, 2021 h].

Impfintervalle

- Für eine vollständige Impfserie der beiden mRNA-Impfstoffe und des Vektor-basierten AstraZeneca-Impfstoffs sind zwei intramuskulär zu verabreichende Impfungen notwendig.
- COVID-19 Vaccine Janssen von Janssen-Cilag ist derzeit als Einzeldosis intramuskulär anzuwenden.
- Unter Berücksichtigung der Zulassungen und der vorliegenden Wirksamkeitsdaten empfiehlt die STIKO für die mRNA-Impfstoffe einen Abstand zwischen den beiden Impfungen von 6 Wochen und für die COVID-19 Vaccine AstraZeneca einen Abstand von 12 Wochen.
- Studiendaten sprechen dafür, dass Krebspatient*innen nach einer Erstimpfung mit dem mRNA-Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer eine frühzeitige Zweitimpfung – bereits nach 3 Wochen – erhalten sollten [Monin et al, 2021; Palich et al, 2021].

3. Eine wichtige Frage ist die nach dem geeigneten Impfstoff für Krebspatient*innen. Als eine generelle Regel sollten in dieser Indikation keine Lebendimpfstoffe oder replikationsfähigen viralen Vektorimpfstoffe eingesetzt werden. Die vier in Deutschland zugelassenen Impfstoffe von BioNTech/Pfizer, Moderna, AstraZeneca und Janssen-Cilag fallen nicht in diese Kategorien. Nach den zurzeit vorliegenden Erkenntnissen spricht nichts dagegen, diese Impfstoffe bei Krebspatient*innen einzusetzen. Vorsicht ist geboten bei Menschen mit schweren Allergien wie bei allen Impfungen. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die beiden mRNA-Impfstoffe und der AstraZeneca-Impfstoff schwere Verläufe/Krankenhauseinweisungen und Sterblichkeit in gleichem Maß fast komplett verhindert haben und deswegen bezüglich des wichtigsten Endpunktes „schwerer Verlauf“ Gleichwertigkeit angenommen werden kann [Robert Koch-Institut, 2021 d; Vasileiou et al, 2021; Paul-Ehrlich-Institut, 2021; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2021; gesundheitsinformation.de, 2021]. Nach derzeitigem Kenntnisstand senkt der Vektor-basierte Impfstoff COVID-19 Vaccine Janssen von Janssen-Cilag nach der empfohlenen einmaligen Impfdosis das Risiko einer symptomatischen Erkrankung um 65 Prozent in allen Altersgruppen. Das Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf ist um 75 Prozent reduziert [Robert Koch-Institut, 2021 g]

4. Angesichts der Berichte über sehr seltene schwerwiegende Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Schutzimpfung mit den beiden Vektorimpfstoffen von AstraZeneca und Janssen-Cilag [Paul-Ehrlich-Institut, 2021 b] fragen sich viele Patient*innen, ob diese Impfstoffe für sie geeignet sind. Sollten Krebsbetroffene im Alter von 60 Jahren und älter im individuellen Beratungsgespräch Zweifel an der Wirksamkeit und Sicherheit der beiden Vektorimpfstoffe haben, ist es wichtig, die vorhandenen Daten zu erklären und mit dem/der Betroffenen den individuellen Nutzen/Schaden des Verzichts auf eine COVID-19-Impfung mit Vaxzevria oder COVID-19 Vaccine Janssen sorgfältig abzuwägen (Siehe: Hintergrundinformationen zu Vaxzevria, AstraZeneca).

5. Bei einer Impfung während der Therapie ist folgendes zu beachten:

a) bei Krebspatient*innen, die derzeit eine antineoplastische Therapie (Chemotherapie) erhalten

- Zum optimalen Zeitpunkt für die COVID-19-Impfung während der Therapie gibt es nur sehr wenige Daten. Im Analogschluss zu der Impfung gegen Influenza ist aber davon auszugehen, dass bei einer Impfung mit zwei Dosen der Zeitpunkt relativ zur Chemotherapie keine Rolle spielt (Rousseau et al, 2012). Daher sollte unabhängig vom Therapieschema geimpft werden. Wegen der Impfung in zwei Dosen ist im Allgemeinen von einer stabilen Wirkung auszugehen (Teh et al, 2020; Branagan et al, 2021). Unter Berücksichtigung der Zulassungen und der vorliegenden Wirksamkeitsdaten empfiehlt die STIKO für die mRNA-Impfstoffe einen Abstand zwischen den beiden Impfungen von 6 Wochen und für den COVID-19-Impfstoff von AstraZeneca einen Abstand von 12 Wochen [Robert Koch-Institut, 2021 d]. Untersuchungen zufolge ist die Wirkung einer Impfung mit Comirnaty nach der ersten Impfdosis in Patient*innen mit soliden Tumoren unter Chemotherapie deutlich geringer als in der Kontrollgruppe bzw. bei Patient*innen unter zielgerichteter Therapie [Barrière et al., 2021]. Die Zweitimpfung ist für einen guten Impfschutz notwendig und sollte nicht aufgeschoben bzw. eher frühzeitig, nach 3 Wochen erfolgen [Monin et al, 2021; Palich et al., 2021].
- Bei Patient*innen, die vor der Chemotherapie gegen SARS-CoV-2 geimpft wurden und sehr intensive, Zytopenie-induzierende Chemotherapien oder gegen B-Zellen gerichtete Therapien erhalten, kann die Therapie zu einer Reduktion eines vorher bestehenden COVID-19-Impfschutzes führen. Der Nachweis von SARS-CoV-2-spezifischen Antikörpern nach einer Impfung eignet sich allerdings nicht zur Überprüfung, ob ein Impfschutz (noch) besteht. Hierzu ist der Nachweis von neutralisierenden Antikörpern notwendig. Indessen kann eine T-zellvermittelte Immunerkennung viraler Proteinepitope ebenfalls sehr konsistente Immunantworten erzielen. Wie lange diese Immunantworten bestehen und/oder messbar bleiben, ist allerdings noch unklar.

b) bei Krebspatient*innen, die derzeit Immunglobuline erhalten

- Immunglobuline können die Wirksamkeit bestimmter (Lebend)-Impfstoffe, z.B. gegen Masern, Mumps und Röteln verringern; deshalb sollten diese Impfstoffe im zeitlichen Abstand nach der Immunglobulingabe verabreicht werden. Bei der Impfung mit den zugelassenen COVID-19-Impfstoffen ist laut den Impfeempfehlungen des US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention ein zeitlicher Abstand zur Immunglobulintherapie aber nicht erforderlich [Interim Clinical Considerations, Centers for Disease Control and Prevention, 2021].

c) bei Krebspatient*innen, die derzeit Blutprodukte erhalten

- Patient*innen können prinzipiell allergisch auf Blutprodukte reagieren. Zwischen der Gabe von Blutprodukten und der Vakzinierung kann daher ein Mindestabstand von 24

Stunden erwogen werden, um eine allergische Reaktion gegen die Vakzine separat beurteilen zu können.

d) bei Krebspatient*innen, die derzeit mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren behandelt werden

➤ Untersuchungen zufolge scheint weder die Wirksamkeit noch die Nebenwirkungsrate einer Impfung gegen Influenza durch die Behandlung mit Checkpoint-Inhibitoren negativ beeinflusst zu werden [Bayle et al, 2020; Wijn et al, 2018]. In einer Studie mit 134 Krebspatient*innen, die mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren behandelt wurden und zwei Impfdosen Comirnaty® von Biontech/Pfizer erhalten hatten, wurden außerdem keine schweren Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Impfung oder der Gabe von Checkpoint-Inhibitoren beobachtet [Waissengrin et al, 2021]. Das Auftreten seltener Nebenwirkungen kann auf der Basis dieser untersuchten Studienpopulation nicht ausgeschlossen werden. Ob und wann im Laufe des Therapiezyklus eine Impfung durchgeführt werden kann, muss individuell entschieden werden.

e) bei Krebspatient*innen, die derzeit eine autologe/allogene Stammzelltherapie erhalten

Bei Patient*innen, die sich einer hämatopoetischen Stammzelltherapie (SZT) unterziehen müssen, wird erwartet, dass ein vor der Therapie bestehender Schutz vor einem schweren Verlauf einer SARS-CoV-2-Infektion durch die Behandlung deutlich reduziert wird. Die European Association of Hematology empfiehlt daher eine COVID-19-Impfung in Analogie zu anderen Impfungen 3-6 Monate nach der SZT [Brockhoff et al, 2021].

f) bei Krebspatient*innen, die derzeit mit CD-20-Antikörpern behandelt werden

➤ Weil die Therapie zu einer B-Zell-Depletion führt, wird erwartet, dass ein vor der Therapie bestehender Schutz vor einem schweren Verlauf einer SARS-CoV-2-Infektion, durch die Behandlung deutlich reduziert wird und nur auf einer (verringerten) CD4- und CD8-T-Zell-Antwort basiert. Möglicherweise bietet die T-zellvermittelte Immunität nach einer COVID-19-Impfung dennoch einen gewissen Schutz vor einem schweren Krankheitsverlauf [von Lilienfeld-Toal, 2021]. Deshalb sollte individuell entschieden werden, wann Patient*innen mit dieser B-Zell-depletierenden Therapie geimpft werden sollen.

g) bei Krebspatient*innen, die derzeit mit zielgerichteten Therapien behandelt werden?

➤ Derzeit gibt es noch keine belastbaren Daten, ob die Wirksamkeit des COVID-Impfstoffs durch diese Behandlung verändert und/oder das Nebenwirkungsrisiko erhöht ist.

➤ Ob und wann im Laufe des Therapiezyklus eine Impfung durchgeführt werden kann, muss individuell – auch unter Berücksichtigung des Allgemeinzustands des/der Betroffenen – entschieden werden.

h) bei Krebspatient*innen, die aktuell mit immunsupprimierenden Medikamenten behandelt werden

➤ Auch bei Glukokortikoidgabe ist eine Impfung mit RNA- und Vektorimpfstoffen möglich.

➤ Durch die Behandlung wird eine Reduktion des Impfschutzes erwartet in Abhängigkeit von der eingesetzten Dosis des Glukokortikoids und der Behandlungsdauer.

➤ Patient*innen, die langfristig eine Immunsuppression erhalten, müssen als Einzelfälle diskutiert werden.

i) bei Krebspatient*innen in der palliativen Situation mit begrenzter Lebenserwartung, die aktuell keine tumorspezifische Therapie erhalten

➤ Diese Patient*innen haben ein stark erhöhtes Mortalitätsrisiko bei einer COVID-Erkrankung [de Oliveira et al, 2021; Duarte et al, 2020]. Dieses Risiko spricht für eine höhere Priorisierung für eine COVID-19-Impfung. Patient*innen sollten individuell beraten werden, um gemeinsam mit dem/der Behandler*in – abhängig vom Grad der Palliation,

vom Allgemeinzustand, der möglichen Überlebenszeit, dem Patientenwunsch und den Angehörigen – zu einer Entscheidung bzgl. einer COVID-19-Schutzimpfung zu kommen.

- j) Um den optimalen Schutz von Patient*innen mit hämatologischen Neoplasien und onkologischen Erkrankungen während der Therapie zu gewährleisten, sollte darauf geachtet werden, dass das betreuende medizinische Personal (sowie Begleit- und Betreuungspersonen) eine COVID-19-Schutzimpfung erhalten hat.

6. Patient*innen nach kurativer Therapie ohne Tumornachweis können gegen SARS-CoV-2 geimpft werden. Sonderfälle sind Patient*innen nach sehr intensiver Chemotherapie oder nach B-Zell-depletierender Behandlung (vgl. Punkt 5). Hier sollte die Rekonstitution des Immunsystems abgewartet werden, bevor eine Vakzinierung erfolgt.

7. Bei Krebspatient*innen, bei denen eine Impfung aktuell nicht möglich ist, sollte darauf geachtet werden, dass das unmittelbare Umfeld (Angehörige im häuslichen Umfeld, ärztliches und pflegerisches Personal), wenn möglich, geimpft ist bzw. die Möglichkeit zur Impfung erhält.

8. Die derzeitige Datenlage zur Transmission bei Geimpften zeigt bei Menschen, die trotz Impfung einen positiven Virennachweis in der PCR haben, eine signifikant reduzierte Viruslast und eine verminderte Zeit der Virusausscheidung. Es ist – anhand der vorliegenden Daten - anzunehmen, dass die Impfung eine Virustransmission in erheblichem Maße reduziert. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass Menschen nach Exposition trotz Impfung PCR-positiv werden und auch infektiöse Viren ausscheiden können [Robert Koch-Institut, 2021 d]. Bis sich die Datenlage verfestigt hat, müssen Menschen, die im engen Kontakt mit Krebspatient*innen stehen und sich impfen lassen, zwingend über dieses Risiko aufgeklärt werden und weiterhin die üblichen COVID-Schutzmaßnahmen (AHA+L-Regel) einhalten.

Hintergrundinformationen zu Vaxzevria[®], AstraZeneca

Der Impfstoff Vaxzevria (AstraZeneca) ist seit dem 29.01.2021 in Europa für alle Altersklassen ab 18 Jahren zugelassen. Im Rahmen der Zulassung empfahl die Ständige Impfkommission (STIKO) für Deutschland – aufgrund mangelnder Daten zur Wirksamkeit der Vakzine bei Personen > 65 Jahren – zunächst eine Einschränkung der Anwendung auf Personen zwischen 18 und 64 Jahren. Nachdem weitere Daten aus der Anwendungsbeobachtung (z.B. in Großbritannien) die Wirksamkeit des Impfstoffs auch bei Personen < 65 Jahren zeigten, änderte die STIKO am 12.03.2021 ihre Empfehlung: Der Impfstoff wurde ab diesem Zeitpunkt erstmals auch in Deutschland bei Menschen ab 65 Jahren eingesetzt [Robert Koch-Institut, 2021 c]. Zwischen dem 15.03.2021 und dem 19.03.2021 wurden die Impfungen mit Vaxzevria von der Bundesregierung aufgrund einer Empfehlung des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) vorsorglich ganz ausgesetzt. Grund waren Berichte über schwerwiegende thromboembolische Ereignisse in Zusammenhang mit der Impfung. Die europäische Arzneimittelbehörde (EMA) nahm ebenfalls eine Prüfung vor: ein Zusammenhang zwischen dem Impfstoff und den thromboembolischen Ereignissen könne weder nachgewiesen noch ausgeschlossen werden, der Nutzen durch die Impfung überwiege den möglichen Schaden. Die STIKO schloss sich der Einschätzung der EMA an [Robert Koch-Institut, 2021 e]. Das Aufklärungsmerkblatt zur Impfung wurde um einen Hinweis ergänzt [Paul-Ehrlich-Institut, 2021 b] und die Impfungen am 19.03.2021 wieder aufgenommen.

In den darauffolgenden Tagen gingen weitere Meldungen über schwere thromboembolische Ereignisse im zeitlichen Zusammenhang mit einer Vaxzevria-Impfung beim PEI ein. Mehrere Bundesländer stoppten vorsorglich die Verimpfung von Vaxzevria bei bestimmten Personengruppen.

Die STIKO entschied nach mehreren Beratungen - auch unter Hinzuziehung externer Expert*innen - am 30.03.2021 mehrheitlich, auf Basis der derzeit verfügbaren Daten die Impfung mit Vaxzevria nur noch für Personen ab 60 Jahren zu empfehlen. Hintergrund der Empfehlung ist eine adaptierte Risiko-Nutzen-Abwägung: Die seltenen Fälle von Thrombosen in Kombination mit Thrombozytopenien, die nach der Impfung bei wenigen Geimpften auftraten und teilweise tödlich verliefen, wurden überwiegend bei Frauen im Alter von < 55 Jahren beobachtet. In der Altersgruppe der ≥ 60 -jährigen nimmt daneben das Risiko einer schweren bzw. tödlichen COVID-19-Erkrankung zu, sodass nach Ansicht der STIKO hier die Nutzen-Risiko-Abwägung eindeutig zu Gunsten der Impfung ausfällt [Robert Koch-Institut, 2021 d, Paul-Ehrlich-Institut 2021 b]. Seit dem 30.03.2021 wird Vaxzevria in Deutschland – nach Empfehlung der STIKO - regelhaft nur noch bei Personen > 60 Jahre verwendet [Robert Koch-Institut, 2021 d, f]. Personen, die jünger als 60 Jahre sind, können jedoch nach ärztlichem Ermessen, sorgfältiger Aufklärung und persönlicher Abwägung von Nutzen und Risiko eine Impfung mit Vaxzevria erhalten [Robert Koch-Institut, 2021 d, f]. Die European Medicines Agency (EMA) geht inzwischen von einem Zusammenhang zwischen der Impfung mit Vaxzevria aus, sieht jedoch von einer Einschränkung der Empfehlung ab: Der Nutzen der Impfung überwiege weiterhin den möglichen Schaden [European Medicines Agency, 2021 b].

Die bisher berichteten Fälle von Thrombosen im Zusammenhang mit der Vaxzevria-Impfung traten 4-16 Tage nach der Impfung auf. Die Deutsche Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH e.V.) gibt eine mögliche Erklärung für diese Ereignisse an, fasst das klinische Erscheinungsbild als Vakzin-induzierte prothrombotische Immunthrombozytopenie – VIPIT zusammen und bietet eine Anleitung zur Diagnose und Therapie der VIPIT an.

Grundsätzlich gilt:

- Grippeähnliche Symptome wie Gelenk-, Muskel- und Kopfschmerzen, die über 1-2 Tage nach der Impfung anhalten, stellen eine häufige Nebenwirkung dar und sind kein Anlass zur Besorgnis.
- Aufgrund der wahrscheinlich immunologischen Genese der Sinus-/Hirnvenenthrombosen haben Patient*innen mit einer positiven Thromboseanamnese und/oder einer bekannten Thrombophilie nach Impfung mit dem AstraZeneca COVID-19-Vakzin kein erhöhtes Risiko, diese spezifische und sehr seltene Komplikation zu erleiden. [Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung GTH, 2021]
- Bei Nebenwirkungen, die > 3 Tage nach erfolgter Impfung anhalten oder neu auftreten (z.B. Schwindel, Kopfschmerzen, Sehstörungen), sollte eine weitere ärztliche Diagnostik zur Abklärung einer zerebralen Thrombose erfolgen. [Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung GTH, 2021]

Hinsichtlich der Frage der Verabreichung der zweiten Impfstoffdosis für jüngere Personen (< 60 Jahre), die bereits eine erste Dosis Vaxzevria erhalten haben, empfiehlt die STIKO eine Auffrischungsimpfung mit einem der beiden mRNA Impfstoffe (Comirnaty oder Moderna) 12 Wochen nach der Erstimpfung mit AstraZeneca [Robert Koch-Institut, 2021 d].

Literatur:

aerzteblatt.de (30.3.2021). Zusammenhang zwischen Astrazeneca-Impfstoff und Thrombozytopenie erklärt, aber Kausalität nicht bewiesen.

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/122561/Zusammenhang-zwischen-Astrazeneca-Impfstoff-und-Thrombozytopenie-erklart-aber-Kausalitaet-nicht-bewiesen> (abgerufen am 9.4.2021)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2021). Wirksamkeit und Einsatz der derzeit vorhandenen SARS-CoV-2-Impfstoffe in Deutschland.

https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/20210224_COVID_Impfung_Stellungnahme_3.pdf (abgerufen am 1.3.2021).

Bayle A, Khettab M, Lucibello F, Chamseddine AN, Goldschmidt V, Perret A, Ropert S, Scotté F, Loulergue P, Mir O. Immunogenicity and safety of influenza vaccination in cancer patients receiving checkpoint inhibitors targeting PD-1 or PD-L1. *Ann Oncol.* 2020 Jul;31(7):959-961. doi: 10.1016/j.annonc.2020.03.290. Epub 2020 Mar 26. PMID: 32224150.

[Barrière J, Chamorey E, Adjitoutah Z, Castelnau O, Mahamat A, Marco S, Petit E, Leysalle A, Raimondi V, Carles M. Impaired immunogenicity of BNT162b2 anti SARS-CoV-2 vaccine in patients treated for solid tumors. *Annals of Oncology* \(2021\), doi: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.04.019>.](https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.04.019)

Bitterman R, Eliakim-Raz N, Vinograd I, Zalmanovici Trestioreanu A, Leibovici L, Paul M.

Influenza vaccines in immunosuppressed adults with cancer.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2. Art. No.: CD008983.

doi: 10.1002/14651858.CD008983.pub3.

Branagan AR, Duffy E, Gan G, Li F, Foster C, Verma R, Zhang L, Parker TL, Seropian S, Cooper DL, Brandt D, Kortmansky J, Witt D, Ferencz TM, Dhodapkar KM, Dhodapkar MV. Tandem high-dose influenza vaccination is associated with more durable serologic immunity in patients with plasma cell dyscrasias. *Blood Adv.* 2021 Mar 9;5(5):1535-1539. doi: 10.1182/bloodadvances.2020003880. PMID: 33683337; PMCID: PMC7948269.

Brockhoff R, Akan H, Duarte R, Hönl M, Klimko N, Mellinghoff SC, Pagano L, Pagliuca A, Verweij P, Cornely OA, for the EHA Scientific Working Group Infections in Hematology. Recommendations for COVID-19 vaccination in patients with hematologic cancer. <https://ehaweb.org/covid-19/eha-statement-on-covid-19-vaccines/recommendations-for-covid-19-vaccination-in-patients-with-hematologic-cancer/> (abgerufen am 1.3.2021).

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2021). Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, https://www.gesetze-im-internet.de/coronaimpfv_2021-04/eingangsformel.html (abgerufen am 15.5.2021).

Bundesministerium für Gesundheit (2021 b). Fragen und Antworten zur Aussetzung der Impfung mit AstraZeneca. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/faq-covid-19-impfung/faq-impfung-astrazeneca.html> (abgerufen am 19.3.2021).

CDC Centers for Disease Control and Prevention. Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States (March 5, 2021)

<https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html> (abgerufen am 19.5.2021).

de Oliveira LC, Rosa KSDC, Durante AL, Ramadas Rodrigues LO, da Cunha DAO, de Oliveira LAF, de Freitas R, Borsatto AZ, Esteves EMFL, Sampaio SGDSM. Palliative Care and COVID-19 Pandemic: Retrospective Study of Factors Associated With Infection and Death at an Oncological Palliative Care Reference Center. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021 Jan 18;1049909120986962. doi: 10.1177/1049909120986962. Epub ahead of print. PMID: 33455418.

aerzteblatt.de (30.3.2021). Zusammenhang zwischen AstraZeneca-Impfstoff und Thrombozytopenie erklärt, aber Kausalität nicht bewiesen.

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/122561/Zusammenhang-zwischen-Astrazeneca-Impfstoff-und-Thrombozytopenie-erklart-aber-Kausalitaet-nicht-bewiesen> (abgerufen am 30.3.2021).

Duarte MBO, Leal F, Argenton JLP, Carvalheira JBC. Outcomes of COVID-19 Patients under Cytotoxic Cancer Chemotherapy in Brazil. *Cancers (Basel)*. 2020 Nov 24;12(12):3490. doi: 10.3390/cancers12123490. PMID: 33255220; PMCID: PMC7760330.

European Medicines Agency (2021). COVID-19 Vaccine AstraZeneca: benefits still outweigh the risks despite possible link to rare blood clots with low blood platelets.

<https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-vaccine-astrazeneca-benefits-still-outweigh-risks-despite-possible-link-rare-blood-clots> (abgerufen am 19.3.2021).

European Medicines Agency (2021 b). AstraZeneca's COVID-19 vaccine: EMA finds possible link to very rare cases of unusual blood clots with low blood platelets.

<https://www.ema.europa.eu/en/news/astrazenecas-covid-19-vaccine-ema-finds-possible-link-very-rare-cases-unusual-blood-clots-low-blood> (abgerufen am 9.4.2021).

Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (2021). Aktualisierte Stellungnahme der GTH zur Impfung mit dem AstraZeneca COVID-19 Vakzin, Stand 1. April 2021 <https://gth-online.org> (abgerufen am 12.5.2021).

gesundheitsinformation.de. Der Impfstoff AstraZeneca (AZD1222, AstraZeneca) zur Impfung gegen Corona. <https://www.gesundheitsinformation.de/der-impfstoff-astrazeneca-azd1222-astrazeneca-zur-impfung-gegen-corona.html> (abgerufen am 26.2.2021).

Laws H-J, Baumann U, Bogdan C, Burchard G, Christopeit M, Hecht J, Heininger U, Hilgendorf I, Kern W, Kling K, Kobbe G, Kulper W, Lehrnbecher T, Roland Meisel R, Simon A, Ullmann A, de Wit M, Zepp F. Impfen bei Immundefizienz. *Bundesgesundheitsbl* 2020, 63:588–644.

onkopedia-Leitlinien: Aktualisierte Empfehlungen zur COVID-19 Schutzimpfung bei Patienten mit Blut- und Krebserkrankungen. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (eds.), 7. Febr. 2021. <https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/coronavirus/covid-19-vakzine-20210107.pdf> (abgerufen am 1.3.2021).

von Lilienfeld-Toal M, Oldenburg M, Wörmann B (11. März 2021). Faktencheck SARS-CoV-2 für Krebspatient*innen mit Anhang zur Wirkung der Impfstoffe. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (eds.). <https://www.dgho.de/aktuelles/news/news/2021/covid-19-faktencheck-aktualisiert> (abgerufen am 17.3.2021).

Ljungman P, Cesaro S, Cordonnier C, Mikulska M, Styczynski J, de la Camara R. The European Society for Blood and Marrow Transplantation. COVID-19 vaccines. Version 5.0, February 21, 2021, <https://www.ebmt.org/sites/default/files/2021-02/COVID%20vaccines%20version%205.0%20-%202021-02-21.pdf> (abgerufen am 23.2.2021).

Monin L, Laing AG, et al. Safety and immunogenicity of one versus two doses of the COVID-19 vaccine BNT162b2 for patients with cancer: interim analysis of a prospective observational study. *Lancet Oncol.* 2021 Apr 27:S1470-2045(21)00213-8. doi: 10.1016/S1470-2045(21)00213-8.

Palich R, Veyri M, Marot S, Vozy A, Gligorov J, Maingon P, Marcelin AG, Spano JP, (2021). Weak immunogenicity after a single dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine in treated cancer patients. *Annals of Oncology* (2021), doi: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.04.020>.

Paul-Ehrlich-Institut (18.2.2021). Sicherheit und Wirksamkeit des COVID-19-Impfstoffs AstraZeneca. <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2021/210218-sicherheit-wirksamkeit-covid-19-impfstoff-astrazeneca-infomationen-pei.html> (abgerufen am 26.2.2021).

Paul-Ehrlich-Institut (2021 b). Aufklärungsmerkblatt zur Schutzimpfung gegen COVID-19 mit Vektor-Impfstoffen. <https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/aufklaerungsbogen-vektoriimpfstoffe.pdf> (abgerufen am 14.5.2021).

Petter E, Mor O, Zuckerman N, Oz-Levi D, Younger A, Aran D, Erlich Y. Initial real-world evidence for lower viral load of individuals who have been vaccinated by BNT162b2. doi: doi.org/10.1101/2021.02.08.21251329.

Robert Koch-Institut (2021). Andere Maßnahmen zum Gesundheitsschutz in der Pandemie (Stand: 8.1.2021). https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Massnahmen.html#FAQid14994262 (abgerufen am 26.2.2021).

Robert Koch-Institut (2021b). Mitteilung der STIKO zur COVID-19-Impfung mit dem AstraZeneca-Impfstoff, Stand: 4.3.2021. <https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/AstraZeneca-Impfstoff.html> (abgerufen am 5.3.2021).

Robert Koch-Institut (2021 c). Beschluss der STIKO zur 3. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung. Aktualisierung vom 12. März 2021. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/12_21.pdf (abgerufen am 15.3.2021).

Robert Koch-Institut (2021 d). Beschluss der STIKO zur 4. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung. Aktualisierung vom 1. April 2021. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/16_21.pdf (abgerufen am 9.4.2021).

Robert Koch-Institut (2021 e). Stellungnahme der Ständigen Impfkommission zur COVID-19-Impfung mit der AstraZeneca-Vaccine (19.3.2021) <https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/AstraZeneca-Impfstoff-2021-03-19.html> (abgerufen am 7.4.2021).

Robert Koch-Institut (2021 f). Pressemitteilung der STIKO vom 30.03.2021. <https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/AstraZeneca-Impfstoff-2021-03-30.html> (abgerufen am 7.4.2021).

Robert Koch-Institut (2021 g). Faktenblätter zum Impfen. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Faktenblaetter/COVID-19_Vektor.pdf?blob=publicationFile (abgerufen am 12.5.2021).

Robert Koch-Institut (2021 h). Pressemitteilung der STIKO vom 10.05.2021.
https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/PM_10052021.html
(abgerufen am 12.5.2021).

Robert Koch-Institut (2021 i). Hierarchisierung von Risikofaktoren für schwere COVID-19-Erkrankungsverläufe im Kontext der COVID-19-Schutzimpfungen. Eine gepoolte GKV-Routinedatenanalyse basierend auf 30 Mio. Versicherten. Epidemiologisches Bulletin 12/2021.
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/19_21.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 14.5.2021).

Rousseau B, Loulergue P, Mir O, Krivine A, Kotti S, Viel E, Simon T, de Gramont A, Goldwasser F, Launay O, Tournigand C. Immunogenicity and safety of the influenza A H1N1v 2009 vaccine in cancer patients treated with cytotoxic chemotherapy and/or targeted therapy: the VACANCE study. *Ann Oncol.* 2012 Feb;23(2):450-7. doi: 10.1093/annonc/mdr141. Epub 2011 May 16. PMID: 21576285.

Teh BW, Leung VKY, Mordant FL, Sullivan SG, Joyce T, Harrison SJ, Khvorov A, Barr IG, Subbarao K, Slavin MA, Worth LJ. A randomised trial of two 2-dose influenza vaccination strategies for patients following autologous haematopoietic stem cell transplantation. *Clin Infect Dis.* 2020 Nov 11:ciaa1711. doi: 10.1093/cid/ciaa1711. Epub ahead of print. PMID: 33175132.

Vasileiou E, Simpson CR, Robertson C, et al. Effectiveness of first dose of covid-19 vaccines against hospital admissions in Scotland: national prospective cohort study of 5.4 million people. [Preprint.] 2021. www.ed.ac.uk/files/atoms/files/scotland_firstvaccinatedata_preprint.pdf (abgerufen am 11.3.2021).

Waissengrin B, Agbarya A, Safadi E, Padova H, Wolf I. (2021). Short-term safety of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in patients with cancer treated with immune checkpoint inhibitors. *Lancet Oncol.* 2021 May;22(5):581-583.

Wijn DH, Groeneveld GH, Vollaard AM, Muller M, Wallinga J, Gelderblom H, Smit EF. Influenza vaccination in patients with lung cancer receiving anti-programmed death receptor 1 immunotherapy does not induce immune-related adverse events. *Eur J Cancer.* 2018 Nov;104:182-187. doi: 10.1016/j.ejca.2018.09.012. Epub 2018 Oct 24. PMID: 30368069.