Onkologe 2015 · 21:294–296
 DOI 10.1007/s00761-014-2793-0
 Online publiziert: 28. Februar 2015
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

K. Jordan¹ · P. Feyer² · J.C. Kalff³ · K. Höffken⁴

¹ Klinik für Innere Medizin IV, Hämatologie und Onkologie, Universitätsklinikum Halle (Saale)

² Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

³ Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Bonn

⁴ Universitätsklinikum Jena

Supportivtherapie – obligat und optimiert

Das Spektrum sowohl medikamentöser, strahlentherapeutischer als auch chirurgischer Behandlungsmöglichkeiten für onkologische Patienten hat sich in den vergangenen Jahren maßgeblich erweitert und differenziert. Einerseits wurden die Indikationen zu einer adjuvanten und neoadjuvanten Therapie bei verschiedenen soliden Tumoren erweitert, andererseits wurden systemische und/oder radiotherapeutische Behandlungsoptionen zunehmend auch älteren Patienten zugänglich gemacht. Gleichzeitig ermöglichen neu eingeführte onkologische Substanzklassen und biologisch basierte Medikamente, wie spezifische Inhibitoren zellulärer Tyrosinkinasen oder monoklonale Antikörper, spezifischere Therapieansätze.

Die Vielzahl von Neuerungen in der Tumorthherapie sowie die Erkenntnis, dass eine symptomlindernde Behandlung auch einer optimalen Begleittherapie bedarf, lassen die Bedeutung supportiver Aspekte in gleichem Maße wachsen. Die Supportivtherapie in der Onkologie umfasst Maßnahmen, die optimale Behandlungsvoraussetzungen für den Patienten schaffen und damit auch die praktische Umsetzung neuer Therapiestrategien ermöglichen sollen. Dazu gehört in erster Linie die patientenspezifische Verringerung akuter und chronischer therapie- und krankheitsbedingter Nebenwirkungen, um insbesondere auch in palliativer Intention die Lebensqualität zu erhalten oder gar zu verbessern.

Bei Patienten mit metastasierten Krebserkrankungen sind die häufigsten unangenehmen Begleitsymptome z. B. Erschöpfung und Müdigkeit (Fatigue), Schmerzen, Appetitverlust, Mundtrockenheit, Völlege-

fühl, Atemnot, Gewichtsabnahme, Husten und Angst. Als häufigste Nebenwirkungen der Chemotherapie gelten Übelkeit und Erbrechen, Alopezie, ausgeprägte Fatigue, Diarrhö, trockene Haut, Infektionen, Schlafstörungen, Stomatitis und Geschmacksveränderungen.

» Die Supportivtherapie betrachtet den Tumorpatienten ganzheitlich

Die Supportivtherapie verfolgt dabei die Auffassung über die ganzheitliche Betrachtung des an einem Tumor Erkrankten. Der Patient sollte nicht nur als eine Person gesehen werden, deren Tumor sich in Folge der Therapie verkleinert, sondern deren individuelle Bedürfnisse im Gesamtkonzept der Behandlung Berücksichtigung finden müssen. Eine Behandlung maligner Erkrankungen kann daher nur dann effizient und sinnvoll sein, wenn begleitende supportive Maßnahmen adäquat eingesetzt werden.

In diesem Schwerpunktheft werden neue Ergebnisse und aktualisierte Leitlinien auf dem Gebiet der onkologischen interdisziplinären Supportivtherapie dargestellt.

Overkamp und Grünwald widmen sich in ihren Beiträgen dem zunehmend an Bedeutung gewinnenden Thema der akuten und chronischen Toxizitäten neuer zielgerichteter Substanzen. Diese neuen therapeutischen Optionen beinhalten im Vergleich zu den konventionellen zytostatischen Therapien ein mitunter komplett unterschiedliches Nebenwirkungsprofil, dessen Kenntnis das Konzept von Prophylaxe und Therapie moduliert. Exem-

plarisch sei hier das frühzeitige Erkennen und Behandeln der Pneumonitis beim Einsatz von mTOR-Inhibitoren genannt.

Die Anzahl neurotoxischer Tumortherapeutika hat in den letzten Jahren rasant zugenommen. Insbesondere Platinderivate, Vincaalkaloide, Taxane und Proteasom-Inhibitoren können neben den sensiblen und motorischen Einschränkungen bei Polyneuropathie auch zu ausgeprägten neuropathischen Schmerzen führen. Medikamentöse neuroprotektive Ansätze waren bisher nicht erfolgreich, sodass nach wie vor die Auswahl und die Modifikation der Therapieregime maßgeblich zur Verhinderung neurotoxischer Begleitsymptome beitragen. Zu diesen Aspekten und detaillierten Beleuchtung einzelner Substanzklassen nimmt *Koeppen* in ihrem Beitrag zur peripheren Neurotoxizität Stellung.

Entscheidend für den Erfolg der Strahlentherapie ist ihre zeitgerechte Applikation. Um toxizitätsbedingte Pausen zu verhindern, ist eine effektive Supportivtherapie begleitend zur Strahlentherapie obligat. *Höller* stellt in ihrem Beitrag die essenziellen Ergebnisse der neuen S2e-Leitlinie zur Supportivtherapie in der Radioonkologie vor. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf den ZNS-Nebenwirkungen, der Mukositis bei Kopf-Hals-Bestrahlung, der Radiodermatitis sowie der Pneumonitis.

Erhebliche Fortschritte in der Reproduktionsmedizin ermöglichen Patientinnen durch angebotene Maßnahmen nunmehr eine realistische Aussicht auf den Erhalt der Fertilität nach einer gonadotoxischen Therapie. *von Wolff* stellt in seinem Beitrag umfassend die Möglichkeiten der fertilitätsprotektiven Maßnahmen vor gonadotoxischer Therapie dar. In diesem Zu-

Hier steht eine Anzeige.

sammenhang hat die auf dem ASCO 2014 präsentierte Phase-III-Studie von Moore mit 257 prämenopausalen Mammakarzinompatientinnen großes Interesse hervorgerufen. Diese Studie zeigt auf, dass bei Patientinnen mit prämenopausalem frühem Brustkrebs mit Kinderwunsch während einer adjuvanten Chemotherapie eine Fertilitätsprophylaxe mit Goserelin vorteilhaft ist. Mit Goserelin war die Chance auf eine erfolgreiche Schwangerschaft nach der Chemotherapie deutlich höher.

Fazit aller Beiträge ist, dass eine effektive und für den Patienten akzeptable Tumorthherapie ohne eine individuell durchdachte und umgesetzte Supportivtherapie nicht denkbar ist. Der Grundgedanke der Supportivtherapie wird dabei in prägnanter Weise durch den Leitsatz der MASCC (Multinational Association of Supportive Care in Cancer) zusammengefasst: „Supportive care makes excellent cancer care possible“.

Für die Schriftleiter

Karin Jordan

Für die Herausgeber

Klaus Höffken

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. K. Jordan
Klinik für Innere Medizin IV,
Hämatologie und
Onkologie,
Universitätsklinikum Halle
(Saale)
Ernst-Grube-Straße 40,
06120 Halle
karin.jordan@uk-halle.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Jordan, P. Feyer, J.C. Kalfß und K. Höffken geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Der Beitrag enthält keine Studien an Menschen oder Tieren.

Deutscher Krebspreis 2015 verliehen

Prof. Günter Klöppel, Prof. Wolfgang Wick und Prof. Karl Lenhard Rudolph wurden für ihre wegweisenden Arbeiten in der Onkologie ausgezeichnet.

Berlin, 19.03.2015. Der Deutsche Krebspreis, gestiftet von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebsstiftung, zählt zu den renommiertesten Auszeichnungen in der deutschen Krebsmedizin. In der Sparte „Klinische Forschung“ ging die Auszeichnung in diesem Jahr an Prof. Dr. Günter Klöppel (München); im Bereich „Translationale Forschung“ wurde Prof. Dr. Wolfgang Wick (Heidelberg) geehrt, in der Sparte „Experimentelle Forschung“ Prof. Dr. Karl Lenhard Rudolph (Jena). Der Preis wurde anlässlich des 18. Internationalen AEK-Kongresses in Heidelberg verliehen.

Günter Klöppel leistete bahnbrechende Arbeit auf dem Gebiet der Pathologie und der Charakterisierung von Tumoren der Bauchspeicheldrüse (Pankreas). Bauchspeicheldrüsensarkom gilt als eine der heimtückischsten Krebsarten, an der in Deutschland ca. 15.500 Patienten jährlich sterben. Klöppel erforschte unter anderem die kindliche Nesidioblastose, eine Erkrankung der insulinproduzierenden Pankreaszellen, die als Vorläufer des Pankreaskarzinoms auftreten kann. Er beschrieb und klassifizierte außerdem spezielle Pankreastumoren und hormonproduzierende Tumoren im Verdauungssystem. Seine Forschungsergebnisse führten zum Beispiel zu einer Hypothese über die schrittweise molekulare Entstehung hormonproduzierender Tumoren aus frühen und späten Stammzellen und flossen in die WHO-Klassifikation von Pankreastumoren ein.

Wolfgang Wick von der Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg ist einer der renommiertesten Neuroonkologen Europas und der erste deutsche Sprecher der Brain Tumor Group der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Er hat wesentliche klinische Studien der Neuroonkologie in Deutschland und Europa initiiert und ist als auch bei der Implementierung innovativer Therapien maßgeblich beteiligt. Als Koordinator der deutschen NOA-04- und NOA-08-Studien gelang es ihm, neue Therapiestandards zu entwickeln, die bei der Behandlung von Patienten mit bösartigen

Hirntumoren, sogenannten Gliomen, weltweit umgesetzt werden.

Der Schwerpunkt der Arbeit von Karl Lenhard Rudolph am Leibniz-Institut für Altersforschung in Jena liegt auf der Erforschung der Telomere und des Reparaturzyklus Telomerase. Während die Telomere als Schutzkappen der Chromosomen bei der Zellteilung dienen, verhindert die Telomerase eine Verkürzung der Telomere vor jeder Zellteilung und steuert so die Teilungsfähigkeit der Zelle. Rudolph untersucht die Rolle der Telomerase bei der Tumorentstehung, insbesondere im Hinblick auf die Induktion von Stammzell-Mutationen, die im Alter auftreten und der Krebsentstehung um Jahre vorausgehen; er trug damit wesentlich zum besseren Verständnis der Rolle der Telomere und der Stammzellen bei der Krebsentstehung im Alter bei. Seine Forschungsergebnisse liefern Ansatzpunkte zur Prävention von Krebs im Alter.

Der Deutsche Krebspreis

Der Deutsche Krebspreis wird von der Deutschen Krebsgesellschaft jährlich zu gleichen Teilen für hervorragende Arbeiten im deutschsprachigen Raum verliehen:

- in der experimentellen onkologischen Grundlagenforschung (experimenteller Teil),
- in der „translationalen Forschung“ (Transfer experimenteller Forschungsergebnisse in den klinischen Bereich),
- in der Tumordiagnostik und -behandlung (klinischer Teil).

Stifter des Deutschen Krebspreises sind die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebsstiftung. Jede Kategorie ist mit 7.500 Euro dotiert.

Quelle: Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG)
www.krebsgesellschaft.de