HER2-positives oder -negatives Adenokarzinom?

In der palliativen Chemotherapie des Adenokarzinoms muss zwischen HER2-positiven und HER2-negativen Tumoren unterschieden werden. Grundsätzlich soll der S3-Leitlinie zufolge Patienten mit einem metastasierten oder lokal fortgeschrittenen, nicht kurativ behandelbaren Adenokarzinom des Ösophagus eine palliative systemische Chemotherapie angeboten werden. Ziele sind die Verlängerung der Überlebenszeit und der Erhalt der Lebensqualität.

Ist der Tumor HER2-negativ, soll eine Platin- (Oxaliplatin oder Cisplatin) und Fluoropyrimidin-haltige Zwei- oder Dreifachkombination eingesetzt werden.

Bei der Auswahl des Regimes müssen der Allgemeinzustand des Patienten, sein Lebensalter, Begleiterkrankungen, Toxizitäten der Wirkstoffe und die individuelle Situation des Patienten berücksichtigt werden. Wenn eine Docetaxel-basierte Dreifachkombination infrage kommt, sollten modifizierte Schemata dem klassischen DCF-Regime (Docetaxel, Cisplatin, Fluorouracil) vorgezogen werden, weil sich dieses durch eine erhöhte Toxizität auszeichnet.

Bei HER2-positiven Adenokarzinomen ist in der palliativen Therapie der Einsatz von Trastuzumab in Kombination mit Cisplatin und Fluoropyrimidinen (5-FU oder Capecitabin) zu empfehlen, weil dies zu einem signifikanten Überlebensvorteil führt.

Zweitlinientherapie des Adenokarzinoms

Patienten mit ausreichendem Allgemeinzustand sollte der Leitlinie zufolge eine Zweitlinientherapie angeboten werden. Mehrere Phase III-Studien, so Vanhoef, hätten zeigen können, dass dies die Überlebenszeit verlängere und die Lebensqualität zumindest teilweise erhalte. Eingesetzt werden können die Zytostatika Irinotecan, Paclitaxel und Docetaxel sowie der VEGFR („vascular endothelial growth factor receptor“-)-2-Antikörper Ramucirumab allein oder in Kombination mit Irinotecan. Dabei müsse laut Vanhoef allerdings beachtet werden, dass Irinotecan, Paclitaxel und Docetaxel in der Zweitlinientherapie des Ösophaguskarzinoms derzeit nicht zugelassen sind.

Erst- und Zweitlinie beim Plattenepithelkarzinom

Patienten mit einem metastasierten oder lokal fortgeschrittenen, nicht kurativ behandelbaren Plattenepithelkarzinom des Ösophagus kann der S3-Leitlinie entsprechend eine palliative systemische Chemotherapie angeboten werden. Hier besteht das Therapieziel darin, die Lebensqualität zu erhalten; eine klinisch relevante Verlängerung des Überlebens infolge einer solchen Therapie konnte bislang nicht nachgewiesen werden.

Möglich ist eine Kombinationstherapie aus Cisplatin mit einem Fluoropyrimidin (5-FU oder Capecitabin); Alternativen sind platinbasierte Kombinationen mit Taxanen. Zudem kann bei Patienten mit ausreichendem Allgemeinzustand eine Zweitlinie

kurz notiert

Nachsorge: Hohe Wertschätzung, wenig Standards

Etwa 1,2 Millionen Menschen in Deutschland gehören zur Gruppe der „Krebsüberlebenden“, also zu jenen, die eine kurative Primärtherapie wegen einer bösartigen Tumorerkrankung erfolgreich hinter sich gebracht haben. Vielen dieser Menschen hänge die Erkrankung noch viele Jahre nach Abschluss der Therapie nach, betonte Walter Baumann vom Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) auf dem Krebskongress 2016. So zeigte kürzlich eine WINHO-Befragung von 2.410 Patienten, dass sich die mit dem Distress-Thermometer erfasste psychische Belastung im Mittel kaum unterscheidet, unabhängig davon, wie viele Jahre die Patienten schon an die Praxis angebunden sind. Die psychische Belastung korreliert dabei einerseits mit den Nachsorgeterminen, insbesondere dann, wenn eine Bildgebung ansteht. Das dürfte die Sorge vor Rezidiven spiegeln. Andererseits wird im Vergleich zu Menschen, die nie eine Krebserkrankung hatten, aber auch unabhängig von einzelnen Terminen eine stärkere psychische Belastung angegeben. Im Vordergrund stehen dabei Angst, Depressivität und Niedergeschlagenheit. Schmerzen seien bei Krebsüberlebenden ebenfalls häufiger, so Baumann.

Relativ enger Kontakt zum Arzt gewünscht

Halten Krebsüberlebende die existierenden Nachsorgeprogramme vor diesem Hintergrund für adäquat? Zahlen dazu gibt es bisher kaum. Stefan Feiten vom Institut für Versorgungsforschung in der Onkologie in Koblenz berichtete über eine aktuelle Untersuchung in Kooperation mit dem Brustzentrum Marienhof und der Praxisklinik für Hämatologie/Onkologie Koblenz, die einige Daten liefert. Sie beziehen sich auf 920 von 1.500 Brustkrebspatientinnen, die am Brustzentrum Marienhof zwischen 2007 und 2013 operiert worden waren. 99 % dieser Frauen haben nach Abschluss der Primärtherapie eine Nachsorge in Anspruch genommen.

Die Zufriedenheit ist dabei hoch. Praktisch alle halten die Nachsorge für wichtig (Durchschnittswert 4,7 auf einer Skala von 0 bis 5), und ebenfalls praktisch alle geben an, dass unauffällige Ergebnisse von Nachsorgeuntersuchungen beruhigend seien. 93 % sind mit den Nachsorgeintervallen zufrieden, wobei es hier Unterschiede gibt. Die Zufriedenheit sinkt, je länger

die Intervalle werden und je länger die Krebserkrankung damit zurück liegt. Anders ausgedrückt: Viele Patientinnen wünschen sich auch Jahre nach der Erkrankung noch einen relativ engen Kontakt zum Arzt. Klare Defizite gibt es bei der psychosozialen Betreuung. Sie erhält einen Durchschnittswert von unter 3 und fällt damit gegenüber der Zufriedenheit mit Gesamtbetreuung und Rezidivdiagnostik deutlich ab. Hier gebe es eindeutig noch Nachholbedarf, so Feiten.

„Zu viel Medizin“ und „zu wenig Psychologie“?

Wie sieht es mit der Leitlinienreue aus? Werden die existierenden Empfehlungen zur Nachsorge umgesetzt? Nur zum Teil. So gaben 56 % der Patientinnen an, dass im Rahmen der Nachsorge Laboruntersuchungen erfolgten, und 23 % berichten, dass Tumormarker bestimmt wurden. „Beides ist nicht von den Leitlinien gedeckt, anders als die körperliche Untersuchung und die Mammografie, die Bestandteil der Nachsorge sein sollten“, so Feiten. Wurden die Ärzte direkt befragt, war der Anteil der „Nachsorgediagnostiker“ sogar noch höher. Von 105 in der Brustkrebsnachsorge engagierten Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen gaben 63 % an, im Rahmen der Nachsorge Laboruntersuchungen zu machen, und 40 % bestimmen auch Tumormarker.

Wird in der Brustkrebsnachsorge also „zu viel Medizin“ und „zu wenig Psychologie“ gemacht? Die Daten deuten zumindest in diese Richtung. Insgesamt fühlen sich speziell die niedergelassenen Onkologen durch die Nachsorge eher überlastet: In einer Befragung des Berufsverband Niedergelassener Hämatologen und Onkologen (BNHO) unter 275 Mitgliedern gaben 39 % an, dass ihnen die Nachsorge zu viel werde. Nur „Abrechnung und Verwaltung“ erhielt einen höheren Wert.

Klaus Becker, Hamburg, stellte zur Diskussion, ob nicht eine stärkere Einbindung der Hausärzte insbesondere bei Ex-Krebspatienten mit niedrigem Risiko die Situation verbessern könnte. Dem stehe entgegen, dass Patienten in Deutschland oft die fachärztliche Nachsorge bevorzugten, so Baumann. Medizinisch sei das freilich nicht gerechtfertigt: „Bei der Ergebnisqualität gibt es zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Nachsorge keinen Unterschied.“

Philipp Grätzel von Grätz