

xie, die primär zu einem Muskelverlust führe, eine Stoffwechselstörung: "Sie wird durch den Tumor selbst verursacht, geht oft mit Entzündungsreaktionen und einem erhöhten Grundumsatz einher", so die Palliativmedizinerin.

## Krankheitssituation entscheidend

Vor der Entscheidung, ob eine Ernährungstherapie vorgenommen wird, sollten Ursachen für die Malnutrition bzw. Tumorkachexie abgeklärt werden: Gibt es physikalische Behinderungen oder Appetitlosigkeit, die verhindern, dass der Patient isst und trinkt? Ist es der dezidierte Wille des Patienten, keine Nahrung aufzunehmen? Wie sind Prognose und Krankheitsdynamik – gibt es onkologische Therapieoptionen? Was ist das Ziel der Behandlung - Mangelernährung und Kachexie zu beseitigen, Erwartungen beim Patienten oder den Angehörigen zu erfüllen oder einen Leidensdruck beim Patienten zu lindern? "Letztendlich entscheidend ist, was der Patient selbst möchte", sagte Oechsle. Wichtig für die Entscheidung, ob und welche therapeutischen Maßnahmen ergriffen werden, sei zudem die konkrete Erkrankungssituation: Ist die Kachexie reversibel? Oder ist die Prognose des Patienten mit weniger als vier Wochen limitiert und die Kachexie refraktär?

Säulen der Kachexie-Therapie sind Nährstoffzufuhr, Beratung und nicht zuletzt körperliche Aktivität. Einer oralen Therapie sollte stets der Vorzug gegeben werden. Medikamentöse Appetitsteigerung ist bei Bedarf möglich, eine psychologisch-seelsorgerische Unterstützung kann unterstützend wirken. In der letzten Lebensphase sollte nur noch eine symptomorientierte Ernährungstherapie vorgenommen werden. "Es ist definitiv ärztliche Aufgabe, dem Thema Ernährung Aufmerksamkeit zu schenken", betonte Oechsle. Silke Wedekind

## Ältere Patienten mit Hodgkin-Lymphom zu wenig im Fokus

Daten des Robert-Koch-Instituts (RKI) in Berlin zufolge sind etwa 20% der Patienten mit Hodgkin-Lymphom (HL) mindestens 60 Jahre alt. Aufgrund ihres Alters und der Komorbidität haben diese Patienten im Vergleich zu den jüngeren unter anderem eine geringere Ge-

## Pankreaskarzinom: Noch kein Standard für perioperative Therapie

Bei Patienten mit lokalem duktalem Adenokarzinom des Pankreas (PDAC) ist nach Ansicht von Volker Kunzmann, Würzburg, ein präzises prätherapeutisches Staging essentiell. "Jeder Patient mit lokalisiertem oder lokal fortgeschrittenem PDAC soll in einem Tumorboard interdisziplinär besprochen werden", so Kunzmann. Eine Prognoseverbesserung sei nur durch eine Optimierung bzw. Intensivierung der perioperativen Systemtherapie mit dem Ziel der R0-Resektion zu erwarten. Dies hätten die Ergebnisse der ESPAC-Studien klar gezeigt. In der aktuellen ESPAC-4-Studie etwa mit PDAC-Patienten nach R0- bzw. R1-Resektion wurde die Wirksamkeit der Kombination aus Gemcitabin plus Capecitabin mit der einer Gemcitabin-Monotherapie verglichen – mit einem Vorteil beim Gesamtüberleben durch die Kombinationstherapie [Neoptolemos JP et al. Lancet. 2017; 389(10073):1011-24]. Kunzmann betonte: "Wir haben

nach wie vor keinen Standard für die perioperative Therapie." Das betreffe die Art und die Dauer sowie die Sequenz der Behandlung. Deswegen empfahl er, die derzeit dazu laufenden Studien in Deutschland zu unterstützen. Im Fokus steht zum einen die NEONAX-Studie (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02047513) mit Patienten, die an einem resektablen Pankreaskarzinom erkrankt sind, in der ein neoadjuvanter Ansatz mit Gemcitabin/nab-Paclitaxel geprüft wird. Zum anderen läuft die NEOLAP-Studie (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02125136), an der Patienten mit lokal fortgeschrittenem Pankreaskarzinom teilnehmen, in der auch der Nutzen des FOLFIRINOX-Regimes und eine explorative Laparotomie geprüft werden.

Peter Leiner

Bericht von der Jahrestagung der DGHO, OeGHO, SGMO und SGH vom 29. September bis 3. Oktober in Stuttgart

samtansprechrate (84 vs. 97 %). Zudem sei der Anteil derjenigen ohne Krankheitsereignisse fünf Jahre nach der Diagnose deutlich geringer (31 vs. 75%), ebenso der Anteil derjenigen, die nach fünf Jahren noch leben (39 vs. 87 %), berichtete Ulrich Dührsen, Essen.

RKI-Daten zeigten auch, dass zwar ab 60 die Inzidenz des HL zunehme, zugleich aber der Anteil derjenigen, die in Studien aufgenommen würden, mit dem Alter sinke. Aus Studien der Deutschen Hodgkin-Studiengruppe (HD5-HD9) gehe hervor, dass z. B. der Anteil der Todesfälle bei den Älteren mehr als dreimal so hoch ist (38 vs. 11%). Die Therapietoxizität sei zehnfach so hoch (6 vs. 0,6%). Als Gründe für die schlechteren Ergebnisse bei den Älteren nannte Dührsen außer der Komorbidität suboptimale Therapiekonzepte und -durchführung sowie nicht zuletzt die therapiebedingte Mortalität.

Für die Therapie bei HL-Patienten über 60, für die eine Standardchemotherapie geeignet ist, schlug der Hämatologe auf Basis bisheriger Studienerkenntnisse als eine Option vor, bei frühem günstigem Erkrankungsstadium ein Regime aus 2 × ABVD plus 20 Gy IFRT (Involved-Field-Radiotherapie) anzuwenden. Bei einem frühen ungünstigen Stadium würde er um 2 × AVD erweitern und die IFRT auf 30 Gy erhöhen. Bei Patienten im fortgeschrittenen Stadium schließlich schlug Dührsen 2 × ABVD plus  $4-6 \times AVD \pm IFRT$  vor. ABVD sei durch CHOP ersetzbar.

Bei Patienten, für die eine Standardchemotherapie nicht geeignet sei, könne möglicherweise ein dosisreduziertes ABVD- oder CHOP-Regime (mini-AB-VD, mini-CHOP) infrage kommen. Optionen seien auch Monotherapien unter anderem mit Vinblastin, Gemcitabin oder Cyclophosphamid. Etabliert seien zudem komplexe Palliativprotokolle wie PECC (Prednisolon, Etoposid, CCNU [Lomustin], Chlorambucil).

Schließlich könnten nach Ansicht des Hämatologen in Zukunft auch immunonkologische Strategien eine Therapieoption sein, und zwar mit den Checkpointhemmern Nivolumab und Pembrolizumab bei Patienten, die im fortgeschrittenen Stadium sind oder für die eine Standardchemotherapie nicht geeignet ist. Peter Leiner

Bericht von der gemeinsamen Jahregatung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie vom 29. September bis 3. Oktober in Stuttgart