

Krebspatienten leiden häufig unnötig

Tumorschmerzen zu 90% kontrollierbar

— Über 30% der Patienten mit Tumorschmerzen erhalten keine ausreichende Analgesie. Jeder Dritte äußert deshalb sogar den Wunsch nach einem frühen Tod. Diese alarmierenden Zahlen nannte Dr. Stefan Wirz anlässlich des zweiten bundesweiten Aktionstages Tumorschmerz. Nach Einschätzung des Sprechers des Arbeitskreises Tumorschmerz der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. wäre bei 90% der Krebspatienten eine gute Symptomkontrolle möglich. Die mangelhafte Behandlung führt Wirz auch darauf zurück, dass die Schmerztherapie nicht in der Ausbildungsordnung für Ärzte verankert ist und immer noch Vorbehalte gegenüber Opioiden bestünden.

Die Wahl eines Opioids zur Tumorschmerztherapie muss sorgfältig auf den einzelnen Patienten abgestimmt werden. Besonders Tumorerkrankungen mit

schnell progredientem Schmerzverlauf wie Prostata-, Pankreas-, Mamma-, Bronchial- oder Kolonkarzinom erfordern ein stark wirksames Opioid, das flexibel an die zunehmende Schmerzintensität angepasst werden kann und auch im Hochdosisbereich gut verträglich ist. Laut Dr. Uwe Junker, Remscheid, ist es außerdem vorteilhaft, wenn das Opioid in verschiedenen Applikationsformen verfügbar ist, damit die Umstellung unkompliziert ist und keine Nebenwirkungen hervorruft.

Ein Wirkstoff, drei Darreichungsformen

Eine solche Schmerztherapie „aus einer Hand“ ist z. B. mit Palladon® möglich. Als einziges Hydromorphon wird es in drei Darreichungsformen angeboten: als Retardkapsel, als Rescuemedikation und als Injektionslösung. „Die Pellets der Retard-

kapsel können zudem auf weiche Nahrung gestreut oder per Sonde gegeben werden. Die retardierte Wirkung bleibt erhalten“, so Junker.

Falls das Opioid intravenös appliziert werden muss, wird Palladon® injekt auch im Hochdosisbereich gut vertragen. Zudem entfällt bei intravenöser Gabe der 100-mg/10-ml-Ampulle via Pumpen- oder PortsysteM das Brechen vieler kleiner Ampullen. Das geringe Applikationsvolumen aufgrund der hohen Wirkstoffkonzentration fördert zudem die Mobilität des Patienten, da er nur einen kleinen Reservoir-Beutel tragen muss. „Durch solch eine individuell abgestimmte und flexible Analgesie können schnell progrediente Tumorschmerzen effektiv gelindert werden“, sagte Junker.

■ BS
Quelle: Pressemitteilung von Mundipharma

Myelodysplastische Syndrome

Eisenchelat-Therapie wirkt lebensverlängernd

— Myeloplastische Syndrome sind mit vier bis fünf Neudiagnosen/100 000 jährlich die häufigste maligne Knochenmarkserkrankung des älteren Menschen. Wichtige Charakteristika: Zytopenien und dadurch Transfusionsbedürftigkeit, Karyotyp-Anomalien, Dyplasien, gesteigerte Proliferation im Knochenmark sowie klonale Blastenvermehrung mit Risiko für einen Übergang in eine akute myeloische Leukämie. Die Erkrankung geht fast immer mit einem Verlust von Lebensdauer und Lebensqualität einher.

Ob und wie intensiv behandelt werden muss, lässt sich anhand der WHO-Klassifikation 2008 sowie mit dem International Prognostic Scoring System (IPSS) abschätzen. Die Mehrzahl der Patienten hat relativ gutartige Verläufe mit einer medianen Überlebenszeit von vier bis sechs statt acht bis neun Jahren. In etwa 25% der Fälle liegen Stadien mit höherem

Risiko für den Übergang in eine akute Leukämie vor. Hier sinkt die Lebenserwartung auf ein bis zwei Jahre. In diesen Sta-



Als Folge der regelmäßigen Transfusionen droht eine kardiale Eisenüberlastung.

dien wird je nach Fall, Risiko und Allgemeinzustand mehr oder minder intensiv onkologisch behandelt.

90% der Patienten brauchen Transfusionen

Etwa 90% der Patienten sind anämiebedingt auf Transfusionen angewiesen, viele erhalten monatlich ein bis drei Erythrozytenkonzentrate. Und hier kommt ein zweiter Risikofaktor ins Spiel: Die zunehmende Eisenbelastung ist auf Dauer schädlich, vor allem für das Herz: Nach 75–100 Transfusionen ist mit einer kardialen Eisenüberladung zu rechnen. Die Prognose korreliert eindeutig mit der Transfusionsbedürftigkeit und dem Ferritinspiegel. Kann eine Eisenchelat-Therapie das Leben verlängern?

Höchstwahrscheinlich ja, sagt der Hämatologe Prof. Ulrich Gering, Düsseldorf. Bisher gab es nur eine retrospektive Stu-

die, die einen Vorteil zeigte: 115 vs. 51 Monate medianes Überleben zugunsten der Chelierung. Nun gibt es zusätzlich eine qualitativ höherwertige Matched-Pair-Analyse mit 186 MDS-Patienten der Universität Düsseldorf mit ähnlichem Ergebnis: 75 vs. 49 Monate medianes Überleben zugunsten der Eisentherapie, die früher mit dem täglich s.c. zu infundierenden Deferoxamin (Desferal®) erfolgte und heute mit dem oral einzunehmenden Deferasirox (Exjade®) durchgeführt wird.

Folgende Patienten profitieren laut Gering von der Chelierung: Patienten mit relativ günstigen MDS-Stadien und mehrjähriger Lebenserwartung, mit dokumentiertem stabilem Verlauf, mit Ferritinwerten über 1000 ng/ml oder anderem Nachweis von Organeisenüberladung sowie Kandidaten für die allogene Transplantation.

■ Dr. med. Dirk Einecke
Quelle: Press Round Table Discussion, 29. Deutscher Krebskongress, Berlin, Februar 2010 (Veranstalter: Novartis Oncology)

Aldosteronblockade bei Herzinsuffizienz nach Myokardinfarkt

Früh starten, langfristig beibehalten

— Klinische Zeichen der Herzschwäche in den ersten Tagen nach Myokardinfarkt signalisieren eine schlechte Prognose – selbst dann, wenn die Herzschwäche nur diskret und vorübergehend ist. Als Grund hierfür nannte Prof. Johann Bauersachs, Würzburg, den durch die nachlassende Schlagkraft induzierten Aldosteronanstieg. Verbessern lässt sich die Prognose mit einer frühen Aldosteronblockade. Das belegt die EPHEUS-Studie, in der 6632 Postinfarktpatienten mit Symptomen der Herzinsuffizienz innerhalb von 3 bis 14 Tagen additiv zur Standardtherapie Eplerenon oder Placebo erhielten.

Bereits nach 30 Tagen war die Überlebensrate mit Eplerenon um 31% höher als mit Placebo. Die kardiovaskuläre Sterblichkeit lag um 32% geringer und der plötzliche Herztod sogar um 37%. Dabei hatten die Patienten, bei denen

die Therapie zwischen Tag drei und sieben begann, eine noch bessere Prognose als die Patienten mit späterem Behandlungsbeginn. Der günstige Effekt war anhaltend: Nach 16 Monaten – bis hin zu 33 Monaten – lag die Gesamtmortalität mit Eplerenon um 15% niedriger als mit Placebo. Das Herztodrisiko war um 21% reduziert, in der Subgruppe der Infarktpatienten mit einer Ejektionsfraktion unter 30% sogar um 33%.

Diese Daten sprechen dafür, bei Patienten mit Zeichen der Herzinsuffizienz in den ersten Tagen nach Myokardinfarkt so früh wie möglich Eplerenon einzusetzen (zugelassen ab Tag drei) und dauerhaft als festen Baustein in die Sekundärprävention einzubauen.

■ Dr. med. Kirsten Westphal
Quelle: Satellitensymposium, DGK-Jahrestagung, Mannheim, 9. April 2010 (Veranstalter: Pfizer)

Osteoporosetherapie

Inhomogenität schafft Stabilität

— Um bei Osteoporose die größtmögliche Stabilität des Knochens zurückzugewinnen, ist eine Restrukturierung anzustreben, die dem physiologischen Knochenumsatz nahekommt. Dies ist Experten zufolge mit Strontiumranelat weitgehend möglich.

Alle Verformungen des Knochens – sie finden im Alltag ständig statt – führen zu kleinen Rissen, sogenannten Microdamages, erklärte Prof. Dr. F. Jacob, Würzburg. Eine inhomogene Struktur des Knochens sorgt dafür, dass sich die Risse nicht weiter ausdehnen können. Voraussetzungen dafür sind eine ausgewogene Kalziumeinlagerung sowie ein möglichst physiologisches Gleichgewicht zwischen Knochenabbau und -aufbau. „Nur bei einer Interaktion von Osteoklasten und Osteoblasten können Mikrofrakturen narbenlos verheilen.“

Jahrelanger Frakturschutz gut belegt

Strontiumranelat (Protelos®) wirkt zugleich hemmend auf die Osteoklasten und stimulierend auf die Osteoblasten und sorgt auf diese Weise für einen ausbalancierten Knochenstoffwechsel. Die Mineralisation des Knochens bleibt erhalten, da weder übermäßige anti-resorptive Effekte noch allzu starke osteoanabole Impulse auftreten, wie Prof. Dr. Andreas Kurth, Mainz, darlegte. Kurth wies auch darauf hin, dass Strontiumranelat bei Hüftgelenkersatz die Mikroarchitektur des Knochens rund um Implantate entscheidend verbessern kann. Dank der erhöhten Ausreißfestigkeit kommt es seltener zu einer Lockerung der Endoprotese. Daten aus Tierstudien ließen diese Schlussfolgerungen zu.

Die frakturierende Wirkung von Strontiumranelat ist laut Kurth besonders

gut belegt. In prospektiven Studien über fünf Jahre wurde eine signifikante Reduktion sowohl von Wirbelkörperfrakturen (–24%) als auch von Hüftfrakturen (–43%) nachgewiesen. Die anhaltende Wirksamkeit des Osteoporosetherapeutikums bestätigte sich auch in einer offenen Verlängerungsstudie über acht Jahre. Voraussetzung für eine langfristige Therapie ist eine gute Compliance. Dass diese bei Strontiumranelat-Behandlung gegeben ist, lässt sich einer europäischen Kohortenstudie entnehmen: Von über 13 000 Patienten waren nach einem Jahr noch 80% im Therapiearm im Vergleich zu nur 50% bei einer Bisphosphonat-Behandlung.

■ Reimund Frey
Quelle: Satellitensymposium „Knackpunkt Osteoporose“, Jahrestagung der Süddeutschen Orthopäden, Baden-Baden, 30. April 2010 (Veranstalter: Servier)