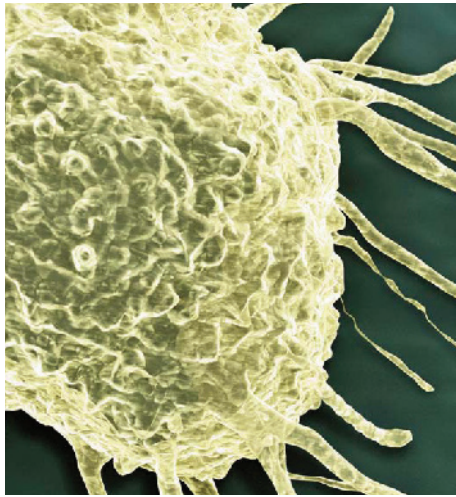


Therapie-Monitoring bei Metastasen

Krebszellen können über die Blutbahn oder Lymphe durch den Körper wandern und unbemerkt auch Jahre später Metastasen bilden. Prof. Dr. Pantel, Direktor des Instituts für Tumorbiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf leistete in den letzten Jahren Pionierarbeit im Bereich der Früherkennung und des Therapie-Monitorings bei Metastasen. Dafür erhielt er den renommierten

„Outstanding Investigator Award for Breast Cancer Research“ der amerikanischen Gesellschaft für Krebsforschung.



© Juan Gartner / fotolia.com

Gerade Brustkrebs neigt dazu, in andere Körperregionen zu streuen. Bei jeder fünften Frau entstehen in den ersten zehn Jahren nach einer Tumorbehandlung Metastasen. Wird die Tochtergeschwulst im Rahmen der Nachsorge entdeckt, ist es für eine erfolgreiche Behandlung oft zu spät. Heute ist klar, dass die Metastasen und der Stammtumor zwar die gleichen Grundzüge haben, aber um sich in anderen Organen ansiedeln zu können, benötigen die Tumorzellen andere

Eigenschaften. Den Gencode dieser schlafenden Tumorzellen haben Pantel und sein Team jetzt geknackt. Um die Tumorzellen aufzuspüren, werden die Blutproben zunächst mit einem Antikörper vermischt, der mit kleinen magnetischen Eisenpartikeln versetzt ist. Dieser erkennt und bindet bestimmte Oberflächenmoleküle der Zellen. Mittels Zellsortierung werden die Tumorzellen von einem starken Magneten angezogen und am Mikroskop mit dünnen Glaskapillaren vom Rest der Blutprobe isoliert.

Dank der neuen Informationen besteht in Zukunft die Chance, z. B. Chemotherapien exakt an den medizinischen Bedarf des Patienten anzupassen. Langfristiges Ziel ist es, einen Routinebluttest für Patienten einzuführen, der verrät, ob die angewandte Therapie erfolgreich war und im Falle einer Tumorzellstreuung zuverlässige Hinweise für eine anstehende Behandlung gibt.

Quelle: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, www.uke.de

Nachsorge im Wandel

Vormals bestehenden Defiziten in der Behandlung Krebskranker versuchte man mit Nachsorgepässen, Standardisierung und Leitstellen zu begegnen: „Flächendeckende Versorgung“ war das Ziel. Politiker wurden hellhörig, Kommissionen zur „Verbesserung der Nachsorge“ wurden geschaffen. Die Ergebnisse waren so vielfältig wie unsere föderalen Strukturen. Heute, 35 Jahre oder eine Onkologengeneration später, wird es

Zeit, dass wir uns über unser damaliges Bemühen Rechenschaft geben. Was haben wir denn erreicht?

Die Lebenserwartung blieb unverändert [1], unreflektierte Darstellungen längerer freier Intervalle waren Ausdruck der „lead time bias“, einer Vorverlegung der Diagnose, Folge immer feinerer Ausbreitungsdiagnostik. Es resultierte längeres relatives bei konstantem absolutem Überleben.

Nachsorgediagnostik. So hat es mitunter den Anschein, als ob der Aufwand der üblichen Nachsorgediagnostik umgekehrt proportional zum onkologischen Fachwissen stünde: Dort, wo die frühzeitige Aufdeckung einer Tumorprogression – lokal, regional oder systemisch – Konsequenzen bezüglich der Heilungsraten und Überlebensdauern hat (z. B. bei akuten Hämoblastosen, bestimmten malignen Lymphomen, dem Morbus Hodgkin, Sarkomen, Hodentumoren, aber auch kolorektalen und Mammakarzinomen usw.) muss die Nachsorge engmaschig, kompetent und von geschulter Hand erfolgen.

- ▶ Dies ist beim Mammakarzinom etwa die Aufdeckung eines lokalen Rezidivs oder regionalen Progresses oder eines Zweittumors ipsi- wie kontralateral. Ausnahmsweise kann eine isolierte ossäre Metastasierung und ganz selten ein isolierter Prozess in Lunge und Leber unter kurativen Gesichtspunkten angegangen werden.
- ▶ Anders ist die Lage beim Kolonkarzinom, bei der typischerweise regional beschränkte Lebermetastasen rezeziert werden, u. U. gefolgt von einer „sekundär adjuvanten“ Chemotherapie, deren Effekt man präoperativ, als sog. Indikatortherapie geprüft hat.

Dort aber, wo eine systemische Metastasierung ein irreversibler Prozess ist, dort ist Zurückhaltung geboten [2]! Hier ist das Ziel der Nachsorge in erster Linie die Lebensführung dieser chronisch Kranken begleitet von sorgsamer psychosozialer Betreuung. Etwa ein Drittel von ihnen leidet unter unbefriedigten psychologischen [3, 40] und/oder sozialen Lasten [4], die einer gezielten Zuwendung bedürfen [5].

Verlaufsdokumentation zur Qualitätssicherung. An zweiter Stelle steht die Verlaufsdokumentation zur Qualitätssicherung der onkologischen Behandlung [6]. Obligate klinische Tumorregister sind Voraussetzung für eine Überprüfung der Ergebnisqualität onkologischer Interventionen und deren Einfluss auf die Lebenserwartung. Nur so lässt sich