



► PD Dr. med. Ulrike Höller



► Prof. Dr. med. Petra Feyer

AG Nebenwirkungen Supportivtherapie DEGRO
in Kooperation mit ASO

Workshop „Spätfolgen der kurativen onkologischen Therapie“

Am 20. Januar 2007 veranstaltete die AG Nebenwirkungen/Supportivtherapie, DEGRO, kooperierendes Mitglied des ASO (Arbeitskreis Supportive Maßnahmen in der Onkologie innerhalb der DKG) in Berlin ein Symposium zur Thematik „Spätfolgen der kurativen onkologischen Therapie“, in dem Radioonkologen, Onkologen und Chirurgen unerwünschte Therapiefolgen und deren Behandlungsmöglichkeiten diskutierten.

Die technischen Fortschritte der Radiotherapie (RT) wie die intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) lassen eine Reduktion der Strahlenfolgen an Risikoorganen erwarten und ermöglichen eine Dosisescalation im Tumor mit der potenziellen Option der Verbesserung der kurativen Chancen. W. Budach (Düsseldorf) demonstrierte, dass damit zusätzliche Dosis außerhalb des Zielvolumens appliziert wird, aber das resultierende Risiko eines strahleninduzierten Zweitumors nur gering erhöht ist (Inzidenz nach 10 Jahren 1,25 versus 1 Prozent). Über Spätfolgen der Kombination neuer Substanzen und RT ist wenig bekannt. Trastuzumab simultan zur RT der Mamma scheint praktikabel, scheint aber simultan zur RT der Parasternalregion die Haut- und Ösophagustoxizität zu erhöhen. Nach Radiochemotherapie des Pankreaskarzinoms erhöhte Bevacizumab das Risiko subakuter Blutungen und Darmperforationen, die simultane Gabe von Erlotinib oder Gefitinib zur RT die Akut-Toxizität am Dünndarm.

M. Hühnerbein (Berlin) hob die Bedeutung der interdisziplinären Planung des multimodalen Vorgehens bei Anal- und Rektumcarcinomen für den Funktionserhalt hervor. Im Vergleich von präoperativer und postoperativer Radiochemotherapie beim Rektumcarcinom konnte im präoperativen Ansatz die Inzidenz von Nebenwirkungen gesenkt und die Rate an Kontinuitäts-erhaltenden Resektionen erhöht werden. Ein verbessertes präoperatives Staging der Tumorausdehnung (Magnetresonanztomographie des Rektumtumors) und des Lymphknotenstatus (sentinel node biopsy beim Analkarzinom) lassen eine risikoadaptierte Therapie erwarten.

L. Heflik (Recklinghausen) gab einen Überblick über die Hauptnebenwirkungen der neuen Substanzgruppen: allergische Reaktionen nach Gabe monoklonaler Antikörper und Hautveränderungen unter Therapie mit „small molecules“, Tyrosinkinaseinhibitoren.

M. Steingraber (Berlin) erörterte die Spättoxizität am ZNS, die Leukenzephalopathie mit kognitiver Störung oder die seltene Hirnnekrose mit fokaler Symptomatik. Da nur eine symptomatische Therapie möglich ist, ist die Prophylaxe entscheidend. Hohe Einzeldosen und große Bestrahlungsvolumina, Kindesalter sowie eine simultane Therapie mit neurotoxischen Substanzen sowie Methotrexat nach RT erhöhen das Risiko von Strahlenspätfolgen.

Die Fibrose des Subcutangewebes und parenchymatöser Organe, eine typische Spätfolge, ist ein dynamischer, über Jahre andauernder Prozess, in dem TGF β und reactive oxygen species eine zentrale Rolle spielen. Die Kenntnis des Pathomechanismus eröffnet Strategien zur Modulation und Prädiktion der Fibrose, z. B. können die Antioxidantien Pentoxifyllin/Tocopherol eine manifeste subcutane Fibrose reduzieren.

U. Höller (Berlin) stellte vielversprechende Ansätze zur Prädiktion der individuellen Strahlenempfindlichkeit der Patienten anhand von Mutationen in relevanten Genen vor.

K. Grötz (Wiesbaden) erörterte die infizierte Osteoradionekrose und die Bisphosphonat-assoziierte Knochennekrose des Kiefers. Vor Strahlentherapie oder Bisphosphonattherapie haben die Sanierung chronischer Entzündungsherde und Schlupfwinkelkontaminationen in der Mundhöhle sowie die Motivation zu optimaler Mundhygiene große Bedeutung. Während und nach Strahlen- oder Bisphosphonattherapie müssen eine Epitheldeckenläsion (z. B. Prothesendruckstelle) vermieden und strenge Kautelen bei Kieferoperationen eingehalten werden. Für die Früherkennung ist eine regelmäßige Inspektion der Mundhöhle entscheidend, da freiliegender Knochen als Leitsymptom zunächst beschwerdearm sein kann.

F. Zimmermann (München) wies darauf hin, dass NSAID zur Prophylaxe der radiogenen

Proktitis kontraindiziert sind, da sie deren Inzidenz signifikant erhöhen. Die chronische radiogene Proktitis sollte in einem mehrstufigen Programm mit nebenwirkungsarmen und einfachen Verfahren über mehrere Monate behandelt werden vor Einsatz aufwändigerer Verfahren: z. B. topisches Sucralfat, kurzkettige Fettsäuren oder Steroide sowie endoskopische Verödung vor hyperbarer Sauerstofftherapie oder protektivem Anus praeter. Bei sequenziellem Einsatz ist bei ca. 90 Prozent Rückbildung der Symptome zu erwarten.

Sexualität und Fertilität bestimmen die Lebensqualität der Patienten nach onkologischer Therapie mit. Depression, Fatigue, hormonelle Veränderungen sowie organbezogene Nebenwirkungen einer Strahlen- und Che-

motherapie können zu sexuellen Funktionsstörungen führen. P. Feyer (Berlin) betonte, dass vor Therapiebeginn die Möglichkeiten einer Fertilitäts-erhaltung (Ovarien-Transposition, Kryokonservierung von Sperma) geprüft werden sollten und eine psychosoziale sowie sexualtherapeutische Begleitung während/nach Therapie wichtig sind.

Lebensqualität-Untersuchungen sind für die vergleichende Bewertung konkurrierender Therapieverfahren hilfreich. D. Vordermark referierte Studien, die überraschend keine langfristige Verbesserung der Lebensqualität durch Organerhalt (Rektum, Larynx) nachweisen konnten.

Im Sinn der Qualitätssicherung und der adäquaten Therapie von Nebenwirkungen ist

eine strukturierte Nachsorge unerlässlich. D. Riesenbeck diskutierte den Einsatz von Patienten-Fragebögen zum Screening von Nebenwirkungen.

Berichterstattung
PD Dr. med. Ulrike Höller
Prof. Dr. med. Petra Feyer

Kontakt:
PD Dr. med. Ulrike Höller
Prof. Dr. med. Petra Feyer
 Klinik für Strahlentherapie,
 Radioonkologie und Nuklearmedizin
 Vivantes Klinikum Berlin-Neukölln
 Rudower Straße 48 • 12351 Berlin
 Tel.: 030 60042081 • Fax: 030 60023660
 E-Mail: ulrike.hoeller@vivantes.de
petra.feyer@vivantes.de