

WS II und IV Organspezifische Supportivtherapie/Rehabilitation Teil 1 und 2

Autorin: Bettina Reich

Mammakarzinom

Im Verlauf einer Therapie des Mammakarzinoms kann es zu einer Vielfalt an Toxizitäten kommen, berichtete Professor Maïke de Wit, Berlin. Dazu gehören unter anderem und in Abhängigkeit von der Therapie Nausea/Emesis, Paravasate, Diarrhoe, Obstipation, Mukositis, Alopezie, Hautveränderungen, klimakterische Beschwerden, Osteoporose, Fatigue, Chemobrain, Kardiotoxizitäten sowie psychische Probleme. Alle diese unerwünschten Wirkungen müssen, wenn sie auftreten, adäquat behandelt werden. So ist bei Osteoporose der „Dreiklang der Osteoporose-Therapie“ zu befolgen. Dies bedeutet, dass zum einen auf genügend Bewegung und körperliche Aktivität geachtet wird. Die zweite Säule der Therapie ist die Ernährung, die eine ausreichende Versorgung mit Calcium und Vitamin D gewährleisten muss. Das dritte Standbein an Maßnahmen ist die Versorgung mit knochenspezifischen Medikamenten, so de Wit weiter.

Nach der eigentlichen Behandlung haben die Patientinnen Anspruch auf Rehabilitation, die unterschiedliche Ziele erfüllen sollte, erläuterte Dr. Daniela Gengenbacher, Nordrach. Diese betreffen je nach individueller Patientin die Besserung der körperlichen Belastbarkeit und Beweglichkeit. Zudem spielt die psychische Stabilisierung und Entspannung eine wesentliche Rolle. Aber auch ein Lymphödem oder Wechseljahresbeschwerden sind Symptome, die im Rahmen der Rehabilitation behandelt werden sollten. Insgesamt folgt die Rehabilitation beim Mammakarzinom einer wissenschaftlich fundierten und qualitätsgesicherten Vorgehensweise, wobei die neu erarbeiteten Reha-Therapiestandards zu Brustkrebs hilfreich sind. „Allerdings“, so Gengenbacher, „benötigen wir in der Rehabilitation ständig neue Therapiemodule, um den Fortschritten in der Brustkrebstherapie gerecht zu werden.“

Bronchialkarzinom

„Rund 40.000 mal wird in Deutschland pro Jahr die Diagnose Bronchialkarzinom gestellt“, erläuterte Dr. Wolfgang Abenhardt, München. Meist erfolgt die Diagnosestellung zwischen dem 58. und dem 65. Lebensjahr, rund 5% der Betroffenen sind aber unter 40 Jahre alt. Die Prognose bei Lungenkrebs ist insgesamt betrachtet schlecht, es handelt sich um die häufigste Krebstodesursache bei Männern und um die dritthäufigste bei Frauen (nach dem Mamma- und dem Kolonkarzinom).

Bei Diagnosestellung vor der Therapie sind die wichtigsten behandlungsbedürftigen Symptome Kachexie, Fatigue, Bronchialsymptome sowie Dyspnoe. Diese lassen sich meist durch Chemotherapie und Kortisongaben lindern. Bei einigen Patienten ist eine separate Sauerstoff-Versorgung nötig. Unter der Therapie kommt es bei vielen Patienten zu einem Anorexie-Nausea-Emesis-Syndrom (ANE-Syndrom), da viele der eingesetzten Therapien hoch oder zumindest moderat emetogen sind. Dies ist gemäß den Leitlinien zur Emesisprophylaxe mit einer Tripletherapie aus NK₁-Antagonist, Setron und Kortison zu behandeln. Gegebenfalls sind zusätzliche Ernährungstherapien durchzuführen. Die ebenfalls unter der Therapie auftretende Myelosuppression verlangt häufig einen Einsatz von G-CSF sowie Epoetinen. Nach der Therapie stehen die Behandlung der eventuell aufgetretenen Rechtsherzinsuffizienz, Belastungsdyspnoe sowie der Eisenmangelanämie im Vordergrund der supportiven Therapie. Darüber hinaus dürfen laut Abenhardt die vielen psychischen Probleme wie Angst und Panikattacken bei diesen Patienten nicht vergessen werden und sollten einer entsprechenden Behandlung durchgeführt werden. Die Strahlentherapeutin Feyer ergänzte: „Ebenfalls zur supportiven Therapie beim Bronchialkarzinom gehört, dass wir unsere Patienten sorgfältig für die geeigneten Therapien aussuchen. So eignet sich beim Lungenkarzinom eine simultane Radio-Chemotherapie nur für jüngere Patienten in einem guten Gesundheitszustand (PS1)“.

Operierte Patienten und jene nach anderen invasiven Therapien wie beispielsweise einer kombinierten Radiochemotherapie und Patienten mit ausgeprägten Folgestörungen sollten in Bezug auf die Kontextfaktoren - berufliche Situation, häusliche Versorgung, Freizeitgestaltung - einer Rehabilitation zugeführt werden. Wesentlich sei es, so Professor Andreas Lübbe, Bad Lippspringe, dass die entsprechende Rehabilitationseinrichtung pneumologische Fachkompetenz besitzt und spezielle Programme für Patienten mit Lungenkrebs anbietet. Primärbehandelnde Ärzte sollten zudem bei der Auswahl der geeigneten Klinik beteiligt sein. Ob die Rehabilitation dann ambulant oder stationär erfolgt, muss nach Ansicht von Lübbe mit dem Patienten besprochen werden und sich ebenfalls nach den örtlichen Gegebenheiten richten. „Besonders wichtig ist es, den Patienten Sport und Ausdauertraining anzubieten“, so Lübbe weiter. Zur Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining wird das Formular 56 genutzt.

Prostatakarzinom

Die Therapie bei den rund 50.000 neudiagnostizierten Patienten mit einem Prostatakarzinom sollte sich nach dem Stadium sowie dem Patientenwunsch richten“, erklärte Dr. Maria Steingräber, Berlin.

Die Besonderheit bei diesen Patienten ist, dass sie oft sehr viel älter sind als andere onkologische Patienten. Risikofaktoren für Nebenwirkungen sind unter anderem darin begründet, welche Therapie eingesetzt wird (OP, RTX, antihormonelle Therapie, Chemotherapie, Bisphosphonate), aber auch von individuellen Gegebenheiten wie dem Alter und weiteren Komorbiditäten abhängig. Eine häufige Nebenwirkung der Bestrahlung ist die chronische radiogene Proktitis, die bei bis zu 10% der Patienten 8 bis 16 Monate nach der Bestrahlung auftreten kann. Steingraber erinnerte daran, dass sowohl die Ergebnisse zur Prophylaxe als auch zur Therapie bisher unbefriedigend sind. Die Behandlung erfolgt symptomatisch. Ihrer Erfahrung nach hat sich der topische Einsatz von Sucralfat zur Behandlung chronischer hämorrhagischer Blutungen bewährt. Insgesamt auf alle Nebenwirkungen bezogen empfahl die Expertin, eine individuell optimierte Therapieentscheidung in gemeinsamer Diskussion mit Fachkollegen und zusammen mit dem Patienten zu treffen.

Bezüglich der Rehabilitationsmaßnahmen knüpfte Dr. Johannes Teichmann, Clausthal-Zellerfeld, an diesen Punkt an und empfahl eine interdisziplinäre Sprechstunde zur Rehabilitation bei Prostatakarzinompatienten. Die einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen richten sich nach der Behandlung der Patienten. Dabei spielt auf Grund des Alters häufig die Wiedereingliederung in den Beruf keine Rolle mehr, sondern im Vordergrund der Maßnahmen steht die allgemeine Lebensqualität dieser Patienten in Hinblick auf eine möglichst zu erreichende Selbstversorgung. Ähnlich wie bei anderen Tumorarten ist ein ganz wichtiger Punkt des Rehabilitationsangebotes ein ausführliches Sportprogramm in verschiedenen Leistungsstufen (Gymnastik, gerätegestütztes Muskelaufbautraining, Walking, Nordic-Walking), um die Leistungsfähigkeit der Patienten zu unterstützen.

Gastrointestinale Tumoren

In der Supportivtherapie gastrointestinaler Tumoren spielen insbesondere die antiemetische Prophylaxe und Therapie, der Einsatz von Wachstumsfaktoren sowie spezifische Zytostatika-Nebenwirkungen eine Rolle, erklärte Professor Hartmut Link, Kaiserlautern. „Auf Grund der Grunderkrankung und nicht nur der eingesetzten Zytostatika neigen Patienten mit gastrointestinalen Tumoren zur Emesis“, so Link weiter. Bei gastrointestinalen Tumoren ist bei zusätzlicher Tumorbedingter Symptomatik die adäquate antiemetische Prophylaxe vom ersten Therapietag an von entscheidender Bedeutung. Irinotecan als häufig eingesetzte Chemotherapie verursacht bei über 10% der Patienten Übelkeit und Erbrechen, ein akutes cholinerges Syndrom und eine Hämatotoxizität. Bei ca. 30% der Patienten kommt es zu einer Diarrhoe, welche mit Loperamid und ggf. Octreotid

behandelt werden sollte. Beim Oxaliplatin stehen dagegen als Nebenwirkungen die Hämatotoxizität, der Transaminasenanstieg sowie die Neurotoxizität im Vordergrund. Link wies darauf hin, dass mit dem zunehmenden Stellenwert zielgerichteter Substanzen zusätzliche Toxizitäten in den Blickwinkel des Onkologen rücken. Beim Angiogenesehemmer Bevacizumab, welcher zunehmend bei gastrointestinalen Tumoren eingesetzt wird, sollten als häufige unerwünschte Wirkungen Blutdruckerhöhung, Blutungsneigung und Wundheilungsstörungen, Thrombosen oder Embolien sowie die Albuminurie beachtet werden. Die Antikörper Cetuximab und Panitumumab wiederum haben kutane Nebenwirkungen und erfordern daher eine interdisziplinäre Supportivtherapie mit Dermatologen.

Alle diese Aspekte müssen ebenfalls in der Rehabilitation dieser Patienten berücksichtigt werden, so Dr. Jürgen Körber, Bad Kreuznach. Als Säulen der Rehabilitation bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren sieht er das Gesundheitstraining zur Krankheitsinformation, die Ernährungsberatung, die Motivation zur Lebensstiländerung, Physio- und Sporttherapie und die Stoma- und Wundversorgung an. Aber auch eine Sozialberatung sowie psychische Hilfestellungen sollten nicht zu kurz kommen. „Die Rehabilitation soll den Patienten Hilfen zur Selbsthilfe, zur Reintegration in den Alltag bieten und somit letztendlich seine Lebensqualität verbessern“, sagte Körber abschließend.