

SCHWERPUNKT: 2. ASORS JAHRESKONGRESS 2011

“SUPPORTIVE CARE MAKES EXCELLENT CANCER CARE POSSIBLE” (MASCC)

Mit großem Erfolg fand am 25. und 26. März in Berlin der zweite ASORS Jahreskongress statt. Fast 300 Teilnehmer aus verschiedenen Fachdisziplinen, die in die Behandlung von Krebspatienten involviert sind – Ärzte, Apotheker, Psychoonkologen, Pflegende, Sozialwissenschaftler, Sportwissenschaftler - nahmen die Gelegenheit wahr, Aktuelles aus der onkologischen Supportiv- und Rehabilitationsmedizin ganz hautnah von Experten zu erfahren. Viele Vorträge sowie ausführliche Zusammenfassungen der Plenarsitzungen und Workshops können online unter www.kongresseonline.de/asors_2011 eingesehen werden. Der Kongress soll zukünftig alle 2 Jahre stattfinden.

HAUPTPROGRAMM FREITAG

Da die Tumortherapie einem ständigen Wandel unterliegt, müssen auch die begleitenden Maßnahmen an diese Veränderungen angepasst werden. Das erklärte Ziel des zweiten ASORS-Kongresses war es daher, aktuelle Studien, Publikationen und Therapieempfehlungen praxisbezogen vorzustellen. Die ASORS hält es für unverzichtbar, dass diese Erkenntnisse allen in die Therapie von Krebspatienten involvierten Fachkreisen zugänglich sind und von diesen in der Praxis umgesetzt werden.

Denn nur mit einer optimalen Supportivtherapie und den richtigen rehabilitativen Maßnahmen lassen sich onkologische Therapien optimal durchführen und die Lebensqualität der Patienten bestmöglich erhalten.

Wichtige Aspekte, die am Freitag in den Plenarsitzungen dargestellt wurden, waren die aktuellen Leitlinien zu Supportivtherapie und Rehabilitation in der Onkologie sowie Highlights von Kongressen des laufenden und des vergangenen Jahres. Es wurden u.a. die speziellen Herausforderungen und Kontroversen der Supportivtherapie bei targeted therapies und die Problematiken, die sich daraus ergeben, dargestellt. Es wäre wünschenswert, dass es Leitlinien oder zumindest Expertenempfehlungen für alle Bereiche der onkologischen Supportivtherapie und für allgemeine und organspezifische rehabilitative Maßnahmen gäbe. Dies scheitert jedoch häufig an mangelnden randomisierten Studien. Doch selbst wenn Leitlinien verfügbar sind, wie z.B. bei Emesis, Neutropenie, Anämie und Mukositis, sind diese oft nicht bekannt oder



von links: C. Kerschgens, P. Ortner, H.H. Bartsch (Vorsitzender), P. Feyer (Vorsitzende), J. Körber, K. Jordan, H. Link, M. Heim

ASORS Vorstand

Nachdem Prof. Schröck sich aus dem Vorstand zurückgezogen hat, wird seine Funktion neu besetzt. Die Wahl erfolgt schriftlich. Kandidatenvorschläge erhalten ASORS Mitglieder in Kürze.

sie werden nur unzureichend umgesetzt. Ein immer wichtiger werdender Bereich ist der Wunsch der Patienten zur aktiven Beteiligung an der Therapie. Dieser äußert sich bei vielen Patienten in der Anwendung komplementärer alternativer Methoden (CAM). Jedoch nicht alle Methoden der CAM sind ungefährlich, sondern es gibt zahlreiche Interaktionen mit der aktiven Tumortherapie. Die Kommunikation zwischen den Fachkreisen untereinander einerseits und den Patienten andererseits wird daher immer wichtiger und wird im Nationalen Krebsplan sogar vorgeschrieben. Mitglieder der ASORS sind in diesen Komitees vertreten und tragen dafür Sorge, dass die Supportivtherapie entsprechende Berücksichtigung findet.

VERABSCHIEDUNG PROF. SCHRÖCK AUS DEM ASORS-VORSTAND

Über mehr als 10 Jahre gehörte Prof. Dr. Dr. Rudolf Schröck zunächst dem Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation, Nachsorge und Sozialmedizin (ARNS) der DKG an und hat



Prof. Dr. Dr. Rudolf Schröck

diese Vorstandsaufgabe auch nach dem Zusammenschluss mit der Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (ASO) zur ASORS fortgeführt. Prof. Schröck war von 1987 bis 2011 als ärztlicher Leiter an der Paracelsus-Klinik Scheidegg tätig. Als Gynäkologe, der seine Ausbildung und wissenschaftliche Karriere in München absolviert hatte, entwickelte er die Klinik in Scheidegg zu einer der führenden onkologischen Rehabilitationskliniken mit Schwerpunkten im Bereich Brustkrebs und gynäkologischen Tumorerkrankungen. Neben seinem großen Engagement in unserer Arbeitsgemeinschaft war er als Experte in zahlreichen Fachgremien wie z.B. bei der Arbeitsgemeinschaft

gynäkologische Onkologie (AGO) aber auch bei den Rentenversicherungsträgern vertreten. Mit seinen wissenschaftlichen Arbeiten im Bereich der Rehabilitationsonkologie hat er einen wesentlichen Beitrag zur evidenzbasierten Betreuung onkologischer Patienten geleistet. Darüber hinaus war er durch sein großes persönliches Interesse und seine empathische Art für jeden einzelnen Patienten stets ein Vorbild für uns. Die ASORS dankt Prof. Schröck für seine jahrelange ehrenamtliche Mitarbeit und wünscht ihm für die weitere Zukunft eine gute gesundheitliche Stabilität und die Fortsetzung seines rehabilitationsonkologischen Engagements.

Prof. Dr. med. H. H. Bartsch, Vorsitzender ASORS

BRUSTKREBS, KNOCHENMETASTASEN UND LEBENSQUALITÄT – KEINE UNERFÜLLBARE FORDERUNG

Nach wie vor ist Brustkrebs im fortgeschrittenen Stadium nicht heilbar. Aber mittlerweile leben die Frauen mit dieser Erkrankung oft viele Jahre. Moderne Medikamente können zudem ein erträgliches Leben mit der Krankheit ermöglichen. Insbesondere bei Knochenmetastasen kommt den Bisphosphonaten ein besonderer Stellenwert zu, denn sie haben in Studien und in der Praxis nachgewiesen, dass sie die Lebensqualität erhalten oder sogar verbessern können. Doch nicht alle Bisphosphonate sind gleich und haben demzufolge auch keinen vergleichbaren Effekt auf die Lebensqualität. Welche Aspekte bei der Auswahl eines Bisphosphonats im Vordergrund stehen, beleuchtete das Symposium „Verlängertes Leben für Brustkrebspatientinnen fordert verbesserte Lebensqualität - fordert Bondronat®“. Die Vorsitzende des Symposiums Professor Petra Feyer, Berlin, betonte gleich zu Beginn. „Lebensqualität bei Brustkrebs mit Knochenmetastasen – das ist vereinbar. Aber dazu müssen wir unseren Blick direkt auf die Patientin ausrichten und ihre Behandlung optimieren.“

Jedes Jahr werden weltweit etwa eine Millionen Frauen mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert. In Deutschland sind es rund 50 000 Frauen, womit es hierzulande jede neunte bis zehnte Frau trifft. Bei etwa 20 000 Betroffenen kommt es früher oder später zu einer Fernmetastasierung. Trotzdem leben die Frauen in den letzten Jahren immer länger mit einer Brustkrebskrankung, was auf verbesserte Frühdiagnostik und moderne Behandlungsmethoden zurückzuführen ist.

Suche nach der persönlichen Lebensqualität-Optimierung

Können Frauen mit Brustkrebs überhaupt glücklich sein?“ Dieser Frage ging Corinna Langwieser, Trendcoach beim Trendbüro Beratungsunternehmen für den gesellschaftlichen Wandel GmbH, nach. Sie zeigte, dass „gesund und glücklich“ in den Köpfen der meisten Menschen untrennbar verknüpft sind. So wird Gesundheit von knapp Zweidritteln der über 18jährigen Deutschen als wichtigste Grundlage ihres



Die Vorsitzenden des Symposiums:
Prof. Petra Feyer, Berlin
Prof. Ingo Diel, Mannheim

Lebensglücks bezeichnet. Aber das heißt dennoch nicht, dass Brustkrebspatientinnen kein Glück mehr erleben dürfen. Sondern in diesem Zusammenhang kommt die Lebensqualität ins Spiel.

„Gesundheit ist immer relativ. Aber wichtig ist, dass wenigstens die notwendigen Voraussetzungen für eine gute Lebensqualität erfüllt werden. Das gilt auch für Krebspatientinnen.“

Corinna Langwieser

Zunächst ist es absolut verständlich, dass in der Bedürfnispyramide bei diesen lebensgefährlich erkrankten Frauen an erster Stelle der Sieg über die Krankheit steht. Gleich danach kommen Schmerzertoleranz und –freiheit. Aber darüber hinaus formulieren krebserkrankte Frauen auch den Willen zu Attraktivität und Selbstbestimmtheit. Dies bezeichnete Langwieser als „Self-Design“. Dazu gehört beispielsweise auch, dass Schminkschulen für Mammakarzinompatientinnen ausgerichtet werden. Dies ist ein neuer Ausdruck in unserer Zeit: Es gibt kein Verstecken mehr mit der Krankheit, sondern die Krankheit wird sogar öffentlich gemacht. Außerdem wollen die Frauen trotz Krankheit „attraktiv“ sein.

Ein ebenso wichtiger Teil ist es, das Bedürfnis der Patientinnen nach Selbstbestimmung ernst zu nehmen. Nur so erfolgt Langwiesers Meinung nach, eine von Arzt und Patientin im gemeinschaftlichen Handeln bestimmte aktive, gute Therapie. Studien der Berlin School of Public Health zeigen, dass aktive Brustkrebspatientinnen über eine höhere Lebensqualität verfügen.



Lebensqualität = Self Design = Glück

Zur Optimierung der Lebensqualität sollten daher Entscheidungshilfen angeboten und Gesprächszeiten intensiviert werden.

Langwieser erläuterte, dass Lebensqualität eine Variable und nichts Beständiges ist. Sie befindet sich in einem permanenten Prozess der Flexibilität und Offenheit, der Arbeit und Disziplin von allen Beteiligten verlangt. Dennoch ist es lohnenswert, sich darauf einzulassen, denn die Erkenntnisse, die in diesem anhaltenden und dauerhaften Prozess gewonnen werden, können dazu führen, dass das Leben trotz Brustkrebskrankung als ein qualitativ Wertvolles angesehen werden kann. Langwieser betonte: „Lebensqualität hat sehr viel mit Self-Design zu tun. Dies ist sowohl für Kranke als auch für Gesunde ein Synonym für Glück. Und jeder versucht nach seinen Kräften an seiner persönlichen Optimierung von Lebensqualität zu arbeiten. Dabei ist es gut, wenn Patientin und Arzt vertrauens- und gleichzeitig respektvoll miteinander umgehen.“

Balance zwischen erwünschten und unerwünschten Effekten finden

Lebensqualität spielt sich vorwiegend im Nebenwirkungsbereich von Medikamenten ab“, ergänzte Professor Martin Wehling, Mannheim. Der Grundsatz „keine Wirkung ohne Nebenwirkung“ ist auch prinzipiell bei den Bisphosphonaten gültig. Obwohl die Bisphosphonate hochpotente Wirkstoffe sind, die effektiv in den Knochenstoffwechsel beim Mammakarzinom eingreifen, so dass Knochenmetastasen vermindert und hinausgezögert werden können und gleichzeitig die Schmerzen reduziert werden, bleibt fest zu halten, dass sie wie alle Medikamente auch unerwünschte Wirkungen aufweisen. Dabei zeigt sich ein deutlicher Unterschied bei den verschiedenen verfügbaren Bisphosphonaten: Die in der Onkologie zugelassenen Substanzen unterscheiden sich in ihrer Effektivität nur wenig voneinander, jedoch weisen sie völlig verschiedene Toxizitätsprofile auf. Der Verbesserung der Lebensqualität im Zusammenhang mit der Reduktion tumor- und therapiebedingter Nebenwirkungen und Komplikationen kommt dabei ein besonderer Stellenwert zu. Zu den Nebenwirkungen der Bisphosphonate zählen: Akute-Phase-Reak-

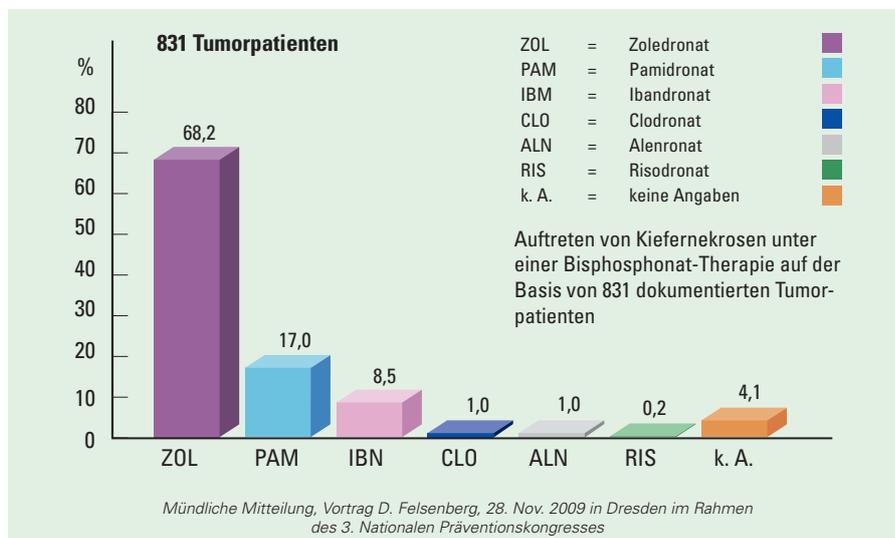


Abbildung 2: Inzidenz an ONJ im Berliner Register

tion, Nephrotoxizität und Osteonekrosen der Kieferknochen. Im Folgenden ging Wehling auf diese Hauptnebenwirkungen ein.

Akut-Phase-Reaktionen sind unter Ibandronat seltener

Unter dem Begriff der Akuten-Phase-Reaktion (im Englischen auch als „flu-like-syndrom“ bezeichnet) wird eine Vielzahl von grippeähnlichen Symptomen und Befunden zusammengefasst: dazu zählen insbesondere subfebrile Temperaturen, Leukozytose, Abgeschlagenheit, Muskel- und Knochenschmerzen. Wehling führte aus, dass diese Symptome meist 10 Stunden nach der Infusion beginnen und sich dann für 1-2 Tage in allgemeiner Abgeschlagenheit äußern. Typischerweise treten sie meist nur nach der ersten Infusion auf und danach nicht mehr. Diese Reaktionen werden ausschließlich bei intravenös verabreichten Aminobisphosphonaten (Zoledronat, Ibandronat, Pamidronat) gesehen. Unter oralem Ibandronat sind Akut-Phase-Reaktionen nicht zu befürchten.

Aber auch bei dieser Nebenwirkung kommt es zu Unterschieden zwischen den Bisphosphonaten. Wehling zitierte in diesem Zusammenhang eine offene Studie, die die beiden meist verordneten Bisphosphonate Ibandronat und Zoledronat verglich (Bergström B. et al.; Davos 2005). In dieser Untersuchung zeigte sich, dass die Inzidenz von Akut-Phase-Nebenwirkungen unter

Ibandronat 6mg i.v. im Gegensatz zu Zoledronat 4mg i.v. halbiert wurde (13% vs. 26%). Der Direktor am Institut für klinische Pharmakologie in Mannheim fügte an, dass sich durch einen Start mit einer langsamen Infusion und eine gute Aufklärung der Patientin diese ungefährliche, allerdings für viele Betroffene sehr unangenehme Auswirkung gut vorbeugen lässt.

Deutliche Unterschiede bei Kieferosteonekrosen

Ein dramatischer Einbruch in der Lebensqualität ist die Entwicklung einer Kieferosteonekrose“, fuhr Wehling weiter fort. Erstmals wurde vor acht Jahren in Zusammenhang mit einer Bisphosphonat-Therapie bei Tumorpatienten über das Auftreten von Kieferosteonekrosen (osteonecrosis of the jaw = ONJ) berichtet. Dabei handelt es sich um eine relativ seltene aber ernstzunehmende Komplikation, bei der der Kieferknochen der Mandibula und/oder der Maxilla ohne

Überweisungs-Konsil-Zettel ONJ

Die notwendige Berücksichtigung des individuellen Risikoprofils und die hierfür erforderliche interdisziplinäre Kommunikation zwischen dem behandelnden Onkologen einerseits und Zahnärzten/Mund-Kiefer-GesichtsChirurgen andererseits gelingt durch einen Überweisungs-Konsil-Zettel, der im Internet auf den ASORS-Seiten zur Verfügung steht (www.asors.de/laufzettel).

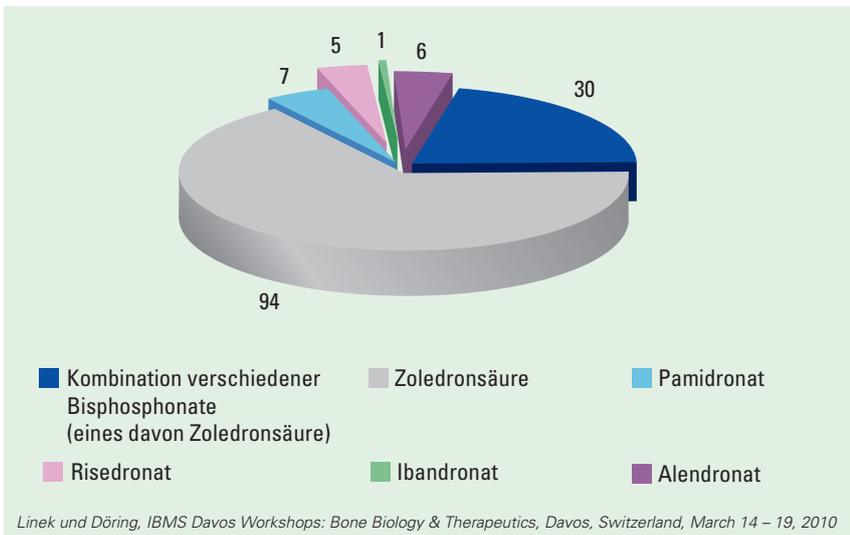


Abbildung 3: Verteilung der ONJ-Patienten auf verschiedene Bisphosphonate im Chemnitzer Register

vorausgegangene Strahlentherapie oder vorbestehende Kieferknochenmetastasen mehr als 6 bis 8 Wochen freiliegt. Die Ätiopathogenese der BP-ONJ ist nach wie vor unklar, jedoch gibt es Hinweise auf ein multifaktorielles Geschehen.

„Hier gibt es deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Bisphosphonaten“, so Wehling weiter. Es gibt Hinweise auf substanztypische Unterschiede aus verschiedenen Untersuchungen. So zeigt das Berliner ONJ-Register bei weit über 800 Tumorpatienten mit ONJ, dass die überwiegende Zahl der Betroffenen Zoledronat erhalten hat (s. Abb. 2). Aus dem Chemnitzer Raum stehen von Döring et al. ähnliche Daten zur Verfügung, die überwiegend ONJ unter Zoledronat belegen. Zu einer ONJ unter Ibandronat kam es nur in absoluten Ausnahmen (s. Abb. 2). Aber vielleicht sind diese Zahlen aus der Verordnungshäufigkeit der Substanzen zu erklären? Um diese Fragestellung zu klären, wurde im Chemnitzer Register ebenfalls nach der Verschreibungshäufigkeit geforscht. Im Bereich der KV Sachsen konnte nachgewiesen werden, dass das häufigste verordnete Bisphosphonat Ibandronat war (s. Abb. 3). „Das Verordnungsverhältnis müsste aber eigentlich 8:1 für Zoledronat sein, um diesen Unterschied in der ONJ-Inzidenz allein aus der Verordnungshäufigkeit zu rechtfertigen“, führte Wehling aus.

Nierenverträglichkeit als entscheidendes Kriterium

Die Gewebehalbwertszeit der unterschiedlichen Bisphosphonate in der Niere unterscheidet sich deutlich. Während Ibandronat nur 24 Tage in der Niere verbleibt, ist dies bei Zoledronat wesentlich länger – nämlich 150 bis 200 Tage“, gab Wehling hinsichtlich der renalen Abbaubarkeit der Substanzen zu bedenken. Die Nierenverträglichkeit des jeweiligen Bisphosphonats spielt in der täglichen Praxis eine große Rolle, ist doch bei vielen Krebspatienten die Leistungsfähigkeit der Nieren – bedingt durch Krankheit, Medikamente, Kontrastmittel oder Alter – eingeschränkt. „Eine Substanz wie Zoledronat, die eine solche hohe Affinität zum Nierengewebe hat, macht auch

in der Praxis Probleme“. Dies belegen verschiedene Untersuchungen. So weist bereits 2003 eine Publikation daraufhin, dass es unter diesem Bisphosphonat zu konsekutivem Nierenversagen bis hin zu Dialyse und Todesfällen kommen kann (Chang JT et al. NEJM 2003;349: 1676-9). Die Nebenwirkungen von Zoledronsäure hinsichtlich der Niere sind klinisch so relevant, dass 2010 in einem „Rote-Hand-Brief“ ein Warnhinweis gegeben wurde. Daher sind die Kreatininwerte vor jeder Zoledronatgabe zu überprüfen und die Dosierung dementsprechend anzupassen.

Im Gegensatz dazu gilt Ibandronat als eine Substanz mit renaler Verträglichkeit. Studien zeigen, dass Ibandronat langfristig keine Auswirkung auf die Niere besitzt. Eine 96-wöchige placebokontrollierte Studie, in der 154 Patientinnen 6 mg Ibandronat intravenös, und 158 Patientinnen Placebo erhielten, ergab, dass die Inzidenz der renalen Nebenwirkungen nach 96 Wochen auf mit Placeboniveau (4,0% vs. 4,5%) lag (Bergner R. et al. Onkologie 2006;29:534-540). Eine weitere Untersuchung demonstriert, dass der Kreatininwert unter Zoledronat über die kritischen Werte anstieg, durch die Weiterbehandlung mit Ibandronat ließ sich dieser empfindliche Wert allerdings wieder in Normbereiche bringen (Weide et al J Cancer Res Ther 2010; 6: 131). Diese unterschiedliche renale Verträglichkeit schlägt sich auch in den Dosierungsempfehlungen nieder. Zoledronat ist bei niedrigen Kreatininwerten kontraindiziert und die Dosierung ist kompliziert, während die Dosierung von Ibandronat einfach ist und ebenfalls bei geringen

Ibandronat i. v. ist bezüglich der Nierenfunktion einfach zu dosieren

Kreatininclearance (mL/min)	Zoledronsäure (4mg)	Bondronat (6mg)
> 60	4.0	6.0
50 – 60	3.5	
40 – 49	3.3	4.0
30 – 39	3.0	
< 30	Kontraindiziert	2.0

Tabelle 1: Dosis von Ibandronat und Zoledronsäure bezogen auf die Nierenfunktion, Fachinfo 2010

Kreatininwerten eingesetzt werden kann (s. Tabelle 1). Ein obligatorisches Monitoring der Nierenfunktion ist für Ibandronat laut Fachinformation nicht erforderlich.

„Nierenfunktionseinschränkungen führen an sich schon zu Lebensqualitätseinschränkungen. Können wir die Nieren unbeeinträchtigt lassen – wie unter Ibandronat – dann profitiert der Patient auch in Bezug auf seine Lebensqualität“

Martin Wehling, Mannheim

Zudem ist zu berücksichtigen, dass Ibandronat auch in oraler Formulierung erhältlich ist, ergänzte Professor Ingo Diel, Mannheim. Dieses verursacht weder Kieferosteonekrosen noch verfügt es über eine nennenswerte renale Toxizität. „Damit ist eine gute Alternative gerade in der palliativen Situation gegeben, so lange der Patient noch schlucken kann“, betonte der gynäkologische Onkologe.

Adäquate Schmerztherapie sorgt für Lebensqualität

Schmerzen sind oft das Leitsymptom bei einer fortschreitenden Krebserkrankung erklärte Dr. Hanno Jäger, Hamburg. Insbesondere die mit Knochenmetastasen verbundenen Schmerzen, haben gravierende Nebenwirkungen auf das gesamte Leben der Patientin. Der ossäre Schmerz beherrscht und behindert den Alltag oft überaus stark. Eine Linderung dieser Schmerzen, so dass der Schmerz erträglich ist, gilt als das wichtigste Anliegen

in der palliativen Krebsmedizin, betonte der Schmerztherapeut. In diesem Zusammenhang wies er auf die Worte von Cecily Saunders, der Pionierin in der Palliativmedizin, hin: „Wir wollen dem Leben nicht um jeden Preis Zeit hinzufügen, sondern der verbleibenden Zeit Lebensqualität.“ Um die Lebensqualität zu verbessern, nimmt nach Ansicht von Jäger die Symptomkontrolle eine wesentliche Rolle ein.

Bei Knochenschmerzen infolge von Metastasen sind Bisphosphonate von enormem Wert, da sie die Knochenschmerzen eklatant senken. Orale und intravenöse Formulierungen weisen einen gleich guten Langzeiteffekt auf (Body JJ et al. Br J Cancer 2004; 90: 1133–7). Im Gegensatz zu herkömmlichen Schmerzmitteln reduzieren Bisphosphonate den Schmerz, indem sie direkt die Ursache bekämpfen. Der Knochenabbau wird gehemmt, Frakturen somit weitgehend verhindert, und die Knochenstabilität gesteigert. Hinzu kommt, dass die Therapie verträglich ist. Frauen mit Brustkrebs und Knochenmetastasen sollten daher frühzeitig und dauerhaft Bisphosphonate erhalten. Spätestens beim ersten Nachweis von Knochenmetastasen ist es empfehlenswert, mit der Therapie zu beginnen.

„In der palliativen Situation steht eine ausreichende Schmerzkontrolle zusammen mit einer optimierten Verträglichkeit im Vordergrund, da die Patienten Entlastung anstatt weitere Belastung durch ihre Therapien erfahren sollen.“

Hanno Jäger



Dr. Hanno Jäger, Hamburg

Effektive und rasche Schmerzkontrolle mit Ibandronat „Loading Dose“

Jäger stellte weiterhin ein neues Konzept vor, welches er zusammen mit dem Hamburger Kollegen Dr. Hans-Bernd Sittig, auf der Palliativstation mit gutem Erfolg eingesetzt hat. Basis dafür bildete eine Phase-II-Studie, die durch eine intravenöse Ibandronat-„Loading Dose“-Therapie (6 mg als Kurzinfusion jeweils über 15 Minuten an 3 aufeinander folgenden Tagen) eine effektive und rasch einsetzende Schmerzlinderung bei Tumorpatienten erreichen konnte (Heidenreich A. et al. Eur J Cancer 2003; 1(Suppl. 5):S270). Basierend auf diesem Konzept erhielten 12 Patientinnen mit weit fortgeschrittenem Mammakarzinom, ossären Metastasen und therapierefraktärem Schmerz auf der Palliativstation eine Ibandronat „Loading-dose“-Therapie. Bereits am ersten Tag nach dieser Therapie konnte ein deutlicher Rückgang der Schmerzsymptomatik bei allen Patientinnen erzielt werden, der sich innerhalb der nächsten 6 Tage noch fortsetzte. Der Bedarf an täglicher Opioid-Rescue-Medikation konnte ebenfalls gesenkt werden. Unerwünschte Wirkungen wurden bei keiner Patientin beobachtet. Jäger meinte abschließend: „Ibandronat zeigte eine hervorragende Wirkung bei diesen therapierefraktären Patienten. Obwohl es ein off-Label-Use ist, sollte dieses Konzept doch Berücksichtigung finden, da den Patienten in dieser Situation jede nur mögliche effektive Hilfe angeboten werden sollte.“

„Lebensqualität beinhaltet sehr viele Aspekte. Mit Ibandronat können die Frauen weiter aktiv am Leben teilnehmen“

Ingo Diel, Mannheim

Schmerzstärke (VAS 0 = Schmerzfrei, VAS 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)	
am Tag 0	Ø VAS 9,5
am Tag 3	Ø VAS 4,8
am Tag 6	Ø VAS 3,6
Schmerzerträglichkeit (VAS 0 = sehr gut verträglich, VAS 10 = unerträglich)	
am Tag 0	Ø VAS 9,7
am Tag 3	Ø VAS 2,5

Tabelle 2: Schmerzlinderung durch die Ibandronat i.v. „loading dose“-Therapie



WORKSHOPS SAMSTAG

Der Workshop zum neurologischen onkologischen Notfall setzte sich aus unterschiedlicher Sicht - Neurologie, Neurochirurgie, Strahlentherapie und Onkologie - mit der Thematik auseinander und stellte dar, wie ein drohender oder bereits eingetretener Notfall, der möglicherweise mit Funktionsverlust oder -einschränkung einhergeht, durch umgehendes, zielgerichtetes Eingreifen abgewendet oder abgeschwächt werden kann.

Ein zweiter Workshop befasste sich mit neurologischen Komplikationen nach Stammzelltransplantation, Chemotherapie-induzierten Neuropathie sowie Tumorschmerztherapie, wofür ein multiprofessionelles Team erforderlich ist.

Der Workshop interdisziplinäre Supportivtherapie und Rehabilitation beschäftigte sich mit modernen Strategien zum Management von Spätfolgen wie Harninkontinenz, Barrierestörungen der Haut, Lebensqualität nach Brustrekonstruktion und Langzeitfolgen nach Stammzelltransplantation.

In Anbetracht der längeren Überlebenszeiten vieler Patienten mit einer steigenden Inzidenz an Knochenmetastasen gewinnt die Knochengesundheit mehr und mehr an Bedeutung.

SPONSOREN

Die ASORS dankt den Firmen Roche, MSD, Hexal, Novartis, Vifor, Helixor, Janssen, medac, Medice, Nycomed, Riemser, B. Braun Melsungen, Bionorica Ethics, EUSA Pharma, Fresenius Biotech und Therabel Pharma Deutschland, die die Durchführung des 2. ASORS Jahreskongresses ermöglicht haben.

Während des Kongresses fanden vier Satellitensymposien statt: Emesis (MSD), Knochenmetastasen (Novartis), Lebensqualität und Knochengesundheit (Roche), Intravenöse Eisentherapie (Vifor)

Dies wurde im Workshop „Prophylaxe und Therapie von Knochenkomplikationen in der Onkologie“ deutlich.

Der Workshop „Lifestyle und Krebs – Was können wir für unsere Patienten tun?“ beleuchtete verschiedene Bereiche der Lebensqualität während und nach Tumortherapie und vermittelte Statements zu den Themen Ernährung, Sport und Bewegung sowie Sexualität.

Infektionen und Mykosen können in der Onkologie gravierende Folgen haben und eine febrile Neutropenie kann bei Tumorpatienten lebensbedrohlich verlaufen. Deshalb gilt es, diese Komplikationen möglichst zu vermeiden, und, wenn sie doch eintreten, rasch und gezielt zu behandeln.

Der onkologische Pharmazeut ist der Fachmann für Arzneimittelinteraktionen und Wechselwirkungen und kann dem Arzt bei der Therapiewahl und dem Management beratend zur Seite stehen. Im letzten Workshop „Onkologische Pharmazie – Arzneimittelinteraktionen als gemeinsame Aufgabe in der Supportivtherapie“ wurden die genetischen und metabolischen Grundlagen der Arzneimittelinteraktionen dargestellt sowie ein Konzept vorgestellt, wie der Offizinapotheker onkologische Patienten, hinsichtlich Interaktionen und Nebenwirkungen beraten kann.

ASORS INFO

Kongresse 2012

Deutscher Krebskongress, Berlin, 22.-25. Februar 2012

Die ASORS richtet zum Krebskongress zahlreiche Symposien und Sitzungen aus.

Informationen unter www.dkk2012.de

Abstract deadline 1. August 2011

MASCC Symposium, New York, 25. bis 27. Juni 2012

Jahrestagung der Multinational Association of Supportive Care in Cancer

Informationen unter www.mascc.org

ASORS Mitgliederversammlung

Das Protokoll der Mitgliederversammlung vom 25.3.2011 können ASORS-Mitglieder im geschützten Bereich der ASORS Webseite unter www.asors.de einsehen. Die nächste Mitgliederversammlung findet im Rahmen des Deutschen Krebskongresses statt

Noch kein ASORS Mitglied?

Voraussetzung für die ordentliche Mitgliedschaft in der ASORS ist die Mitgliedschaft in der Deutschen Krebsgesellschaft.

Wenn Sie Mitglied werden möchten, wenden Sie sich bitte an Frau Hackl bei der DKG: mitgliederverwaltung@krebsgesellschaft.de

Aktuelles von der MASCC

Vom 23 bis 25. Juni fand in Athen das MASCC Symposium 2011 statt.

Informationen zum Programm sowie die e-Poster finden Sie unter www.mascc.org.

Wenn Sie MASCC Mitglied werden möchten, kontaktieren Sie bitte ebenfalls die Webseite.

Hier finden Sie auch die englischen Emesis Leitlinien von April 2011 und deren deutsche Übersetzung durch die ASORS. In Kürze werden auch aktualisierte Mukositis Leitlinien verfügbar sein.

Impressum:

Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS) der Deutschen Krebsgesellschaft

Redaktion: Dr. rer. nat. Petra Ortner, München
Berichterstattung Roche-Symposium:

Bettina Reich, Hamburg

Grafik: marxgrafik, Hamburg

Unterstützt durch Roche Pharma AG, Grenzach-Wyhlen

Die ASORS übernimmt keine inhaltliche Verantwortung für die Berichterstattung vom Roche-Symposium.