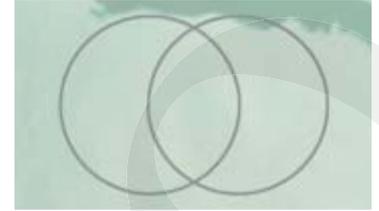


Symposium Integrative Onkologie die Dritte

Krebspatienten von allen Seiten gerecht werden



Dinge besser zu gestalten, ist der Antrieb für die jeweils rund 100 Teilnehmer des Interdisziplinären Symposiums „Integrative Onkologie und Forschung“, das bereits zum dritten Mal in St. Gallen stattgefunden hat. Nach der Projektgruppenbildung wird bereits an der Umsetzung von Studien gearbeitet und es gab zudem weitere Impulsreferate.

Krebs ist eine Alterserkrankung und stellt die Onkologie vor bislang nicht bekannte Herausforderungen. Wollen wir bestmöglich handeln, so ist ein Schulterschluss aller Therapiemöglichkeiten unverzichtbar. Darauf verwies **Prof. Thomas Cerny** beim dritten Symposium für Integrative Onkologie in St. Gallen. Gemeinsam mit PD Dr. Ursula Wolf, Bern, Dr. Marc Schläppi, St. Gallen, Prof. Dr. Peter Heusser von der Universität Witten-Herdecke und Unterstützung eines wissenschaftlichen Komitees gelang es, ein aktives Forum zu begründen, in dem aktiv geforscht und nicht nur passiv zugehört wird. „Ein Programm zum Konsumieren, vor allem aber für Partizipanten“, wie Prof. Cerny hervorhob.

Weitere ergänzende Beiträge für die schon angestossenen Diskussionen gab es zum Thema Patientenkompetenz (Prof. Gerd Nagel, Zürich), Therapeutischer Kommunikation (Prof. Hartmut Schröder, Frankfurt O) und Integrativer Onkologie (Dr. Boris Müller-Hübenthal, Tübingen).

Dienende Disziplin

Ein starkes kämpferisches Eingangsreferat hielt **Prof. Gerd Nagel**. Der internistische Onkologe gründete 2005 die gemeinnützige Stiftung Patientenkompetenz. Er begleitet als Arzt in eigener Praxis an Krebs erkrankte Menschen dabei, ihren persönlichen Weg durch die Krankheit zu finden. Prof. Nagel unterstrich, dass die Wahrnehmung des Patienten und seiner Bedürfnisse ein entscheidender Faktor im Therapieprozess seien. Die Fokussierung auf die Patientensicht, die Patientenwelt war bis vor kurzem nicht so im Mittelpunkt gestanden. Es gelte aber auch diese Sichtweise zu sehen. Es sei schwierig, sich nicht anheischig zu machen, aber eine Annäherung an die Denkweise sei möglich. Der grosse Wunsch der Patienten sei, wieder zur Normalität zurückzukehren, so die Erfahrung.

„Es ist auch ärztliche Verantwortung, auf die Fragen der Patienten über die Schulmedizin hinaus fundierte und kritische Antworten geben zu können“, forderte Prof. Nagel. „Die Kommunikation Arzt Patient kann nur verbessert werden, wenn sich die Medizin wieder mehr als „dienende Disziplin“ sieht. Um ihn zu erfüllen und den Patienten vor Schaden zu bewahren, sind Kenntnisse aus Schul- und Komplementärmedizin wichtig. Wir müssen uns die Patientenwelt erschliessen und die eigene Aktivität integrieren“, beschrieb Nagel seine Arbeit als Patientencoach.

Revue und Ausblick

Die Projekt-Gruppen, die sich vor drei Jahren zu den Themen Mitteltherapie, Chronomedizin, Achtsamkeit, Assessment und Kunsttherapie gebildet haben, sind weiter aktiv und erste wissenschaftliche Studien sind gelaufen, laufen bereits oder starten. Neu zu den Projektgruppen wurden 2011 auch Fortbildungsworkshops angeboten, zum Beispiel ein Achtsamkeitstraining oder eine Gruppe vertiefte ihr Wissen zu Rhythmischen Einreibungen.

„Menschen geraten in eine existentielle Krise, wenn sich eine Krebserkrankung zeigt. Die Patienten und Angehörigen machen viel durch und suchen nach Rettungsschirmen. Integrative Medizin möchte Patienten auffangen. Patienten brauchen in erster Linie Sicherheit und durch die Veranstaltungen in St. Gallen möchten



Prof. Thomas Cerny beim dritten Symposium für Integrative Onkologie in St. Gallen (re.), zusammen mit PD Dr. med. Ursula Wolf, Bern (li.) und Dr. med. Marc Schläppi, St. Gallen



Im Vortragssaal: Entspannungsübungen zwischendurch

wir sicher stellen, dass die angebotenen Methoden auch tatsächlich wirksam sind“ fasste Prof. Cerny die Beweggründe für die Begründung der Symposien zur Integrativen Medizin zusammen.

Den zahlreichen Herausforderungen, denen sich die Onkologie in Zukunft stellen müsse, könne man sich nur im interdisziplinären Dialog mit hoher Qualität stellen. „Der Basar der Angebote soll nicht unreflektiert weitergetragen werden, sondern methodisch exakt einzelne Behandlungsoptionen untersucht werden“, so die Vorstellung des wissenschaftlichen Komitees. Nur Methoden, die bestimmte Kriterien erfüllten, sollten in Zukunft, auch im Sinne einer Ressourcenschonung, weiter im Leistungskatalog der Grundversorgung enthalten sein, so die Vorstellung.

Personalisierte Medizin bedeutet, den Patienten nicht einfach in eine Schublade zu stecken, sondern ihm von allen Seiten gerecht zu werden. Die Gesellschaft ändert sich so rasch und steht vor Herausforderungen, die so noch nie da waren. Es kommen immer mehr „empowerte“ Patienten mit Krebserkrankungen, das erfordere ein Umdenken auch in der Schulmedizin. Jeder mache individuelle Erfahrungen in einer Krankheitsphase und als Arzt könne man sich dem zwar bewusst nähern, aber es wahrscheinlich nie ganz verstehen, sagte **Prof. Cerny**. In den ganzen Diskussionen gebe es auch überpöberte Menschen, die Multioptionsgesellschaft fordere auch hier ihr Tribut. Man müsse mit Menschen rechnen, die Ihren Weg nicht mehr finden.

Heilende Worte finden

Im Tagesoperationellen Geschäft wieder mehr auf Sprache und Nicht-Sprache, Kommunikation und Beziehung zu Patienten und Familien achten, sei ein wichtiger Schritt zur besseren Verständigung. Sprache ist eine Ressource, die noch zu wenig genutzt werde, betonte Prof. Cerny bezugnehmend auf das Referat zur therapeutischen Kommunikation, die von **Prof. Hartmut Schröder** von der Universität Viadrina in Frankfurt/O. untersucht wird. „Therapeutische Kommunikation ist das einzige wirklich spezifische Therapeutikum, das überall wirkt, aber als unspezifisch missverstanden wird“, erklärte **Prof. Schröder**. Der Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick beschrieb die Arten der Kommunikation (man kann nicht nicht kommunizieren) und sprach von der Tröstungskunst bzw. therapeutischen Kommunikation als Form der Rhetorik: Zuhören, anknüpfen, Umdeuten der Lebenswelten. Der Arzt als Vertrauter, als Sicherheit in bedrohlichen Situationen gibt via Kommunikation und Sprache Hoffnung. „Ein Wort zu viel schadet dem Patienten, ein Wort zu wenig schadet dem Arzt, eine umfassende, brutale Aufklärung schadet der Sache“, formulierte die Sprachwissenschaftlerin Petra Löning 1985 zum Wesen der Arzt-Patienten-Kommunikation. Bei Krebspatienten, die in einer existentiellen Krise sind, wiegt jedes Wort doppelt schwer.

▼ SMS

Quelle: 3. Interdisziplinäres Symposium Integrative Onkologie und Forschung, 28./29. September 2011, St. Gallen

Interdisziplinäres Prostata-Karzinom-Symposium in St. Gallen

Neues in der Prostata-Karzinom-Therapie

Das Symposium gab einen umfassenden Überblick über die Therapiemöglichkeiten beim Prostata-Karzinom und über neue Medikamente für Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung und zur Supportivtherapie.

Nach der U.S.Preventive Task Force hat nun auch das Swiss Medical Board sich gegen den PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakarzinom bei symptomlosen Männern ausgesprochen. **Prof. Dr. Franz Recker**, Kantonsspital Aarau, kritisierte die zur Auswahl herangezogenen Studien, denen er die Aussagekraft absprach. Zudem seien wichtige und noch laufende Untersuchungen nicht berücksichtigt worden. Es brauche einerseits den informierten Mann zwischen 50–65/70 Jahren (bei familiärer Vorbelastung 45 Jahre), der anhand ausführlicher Informationen selbst für oder gegen einen PSA-Test entscheidet, und andererseits den intelligenten PSA-Einsatz. Mit dem Riskcalculator (www.prostatecancer-riskcalculator.com) könnten unnötige Biopsien reduziert werden. Bei Diagnose eines Prostatakarzinoms müsse in Zukunft das Vorgehen (Therapie oder „active surveillance“) vermehrt anhand Gleason Score, Anzahl positiver Biopsien, Tumor Load, PSA-Dichte und Lebenserwartung des Mannes entschieden werden.



**Dr. med.
Agostino Mattei**
Luzern



**Prof. Dr. med.
Daniel Aebersold**
Bern



**PD Dr. med.
Roger von Moos**
Chur

Frühes Prostatakarzinom: Wahl der Behandlungsoptionen

Aufgrund der präsentierten Daten zu operativen Methoden (retropubische/RRP, laparoskopische/LRP oder Roboter assistierte radikale Prostatektomie/RARP) stellte **Dr. med. Agostino Mattei**, Luzerner Kantonsspital, fest: «Die Wahl des Chirurgen erweist sich als wichtiger als die Wahl der Methode». Das onkologische Outcome ist für alle drei Methoden ähnlich. Blutverlust, Blut-

Transfusionsrate, Dauer der Blasenkatheterisierung, Hospitalisationsdauer und Komplikationen erweisen sich bei der minimal-invasiven Prostatektomie als tendenziell besser. Kontinenz- und Potenzraten sind für LARP und RARP ähnlich bis leicht besser. Allerdings sei die RARP teurer als die offene RP, vor allem in Zentren mit kleinen Operationszahlen.

Seit der Einführung des PSA-Screenings wird die Mehrzahl der Prostatakarzinome in einem Frühstadium diagnostiziert. Im Entscheidungsprozess für oder gegen ein kuratives Vorgehen spielt die Abwägung von Therapie-assoziierten Morbiditäten bezüglich Miktion, Stuhlentleerung und erektiler Funktion eine entscheidende Rolle, weshalb Urologe und Radio-Onkologe zusammen den Patienten bei der Entscheidungsfindung unterstützen sollten, so **Prof. Dr. med. Daniel Aebersold**, Inselspital/Universität Bern. Fest etabliert sind die perkutane Strahlentherapie und die Seeds-Brachytherapie. Insbesondere technische Fortschritte trugen zur Reduktion der Toxizitätsraten bei. Im Bereich der perkutanen Strahlentherapie haben die Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT) sowie die Image-guided Radiotherapie (IGRT) die Harnblasen- und Rektumschonung wesentlich verbessert. Bei der Brachytherapie konnte die Sicherheit der Dosisapplikation durch Einführung von Real-time Planning erhöht werden.

Neue medikamentöse Therapieoptionen beim metastasierten Prostata-Karzinom

Eine Androgenblockade ist seit Jahren Standard beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom, so z.B. mit Bicalutamid. Antiandrogene der zweiten Generation, wie MDV3100, binden nicht nur mit höherer Bindungsaffinität an den Androgenrezeptor, sondern weisen zusätzliche Wirkungen auf, wie **Prof. Dr. med. Karl Pummer**, Universitätsklinik Graz, erklärte. Neue Ansätze zielen darauf ab, die enzymatisch gesteuerte Umwandlung von Cholesterin in Testosteron zu unterbinden, was eine Einflussnahme unabhängig vom Produktionsort erlaubt. Testosteron wird nämlich nicht nur in Niere und Hoden produziert, sondern auch vom Prostatakarzinom selbst. Der Testosteronsynthesehemmer Abirateron inhibiert das Enzym 17 α -Hydroxylase/C17,20-lyase. In einer Phase III-Studie³ wurde bei mit Docetaxel vorbehandelten CRPC-Patienten mit Abirateron plus Prednison im Vergleich zu Prednison eine Verbesserung der Überlebensrate von 15,6 vs. 11,5 Monate erzielt. Getestet wird auch Orteronel, ein weiterer CYP 17 Inhibitor.

«Bis vor kurzem war beim metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRPC) nach Progredienz unter Docetaxel die weitere Behandlung völlig unklar», erklärte **Dr. med. Richard Cathomas**, Kantonsspital Graubünden. Dies hat sich nun geändert.

Cabazitaxel, ein neuartiges Taxan, das die Blut-Hirn-Schranke penetriert und insgesamt gut toleriert wird, zeigte in der TROPIC-Studie⁴ einen Überlebensvorteil. Die Wirkung von Cabazitaxel wurde bei Patienten mit mCRPC mit der Wirkung von Mitoxantron verglichen. Cabazitaxel verlängerte die mittlere Gesamtüberlebenszeit von 12,7 auf 15,1 Monate. Unter Cabazitaxel kam es zu deutlich weniger Alopecie, Neuropathie oder Hauttoxizität als unter Docetaxel. Beachtet werden muss jedoch die erhöhte Rate an Myelosuppression, weshalb der Einsatz von G-CSF erwogen werden muss. Zurzeit werden zahlreiche weitere Substanzen untersucht, weshalb in den nächsten Jahren mit weiteren Verbesserungen für Patienten mit mCRPC zu rechnen ist.

Supportivtherapie mit Denosumab

Knochenmetastasen sind bei Patienten mit Prostatakarzinom häufig. Mit Bisphosphonaten konnte eine 25%ige Reduktion von skeletalen Komplikationen (SRE) gezeigt werden. Eine neue Studie⁵, in welcher bei kastrationsresistentem Prostatakarzinom und ossären Metastasen der RANK Ligand Denosumab mit Zoledronat verglichen wurde, stellte **PD Dr. med. Roger von Moos**, Kantonsspital Graubünden, vor. Es handelt sich um die bisher grösste randomisierte Studie mit 1904 Patienten zur Prävention von SREs. Unter Denosumab konnte im Vergleich zu Zoledronat eine weitere Risikoreduktion für SRE von 18% erreicht werden. Die mediane Zeit bis zum ersten SRE war dabei mit Denosumab signifikant verlängert. Hypokalzämie gab es unter Denosumab häufiger, unter Zoledronat waren dafür Akutphase Reaktionen und renale Verschlechterung häufiger. «Osteonekrosen des Kiefers traten in beiden Gruppen auf. In neueren Guidelines (NCCN 2011) wurde Denosumab bereits integriert. Dort wird Patienten mit kastrationsrefraktärem Prostatakarzinom mit Knochenmetastasen Denosumab oder Zoledronat als Therapie empfohlen, und zwar mit dem Hinweis, dass Denosumab zur Prävention von SREs dem Zoledronat überlegen war.

▼ **Alexandra Werder**

Literatur:

1. <http://www.prostatecancer.ca/Tools/local/files/english/calculator/calculator.html>
2. www.nomograms.org
3. De Bono J et al., N Engl J Med 2011;364:1995-2005
4. de Bono J et al., Lancet 2010;376:1147-54
5. Fizazi K. et al., Lancet 2011 ; 377 :813-822