

Studien zu liposomalem Doxorubicin

Mamma-Ca: Toxizität reduzieren

MÜNCHEN – Sind Effektivität und Verträglichkeit in der Therapie des Mammakarzinoms vereinbar? Wenn man bei der unverzichtbaren Zytostatika-Gruppe der Anthrazykline zu einer liposomalen Galleinik greift, lässt sich die Toxizität reduzieren – ohne Abstriche bei der Wirksamkeit, so Experten.

In der Phase-II-Studie GeparSixto setzen die German Breast Group und AGO-B auf nicht pegyliertes liposomales Doxorubicin als Anthrazyklin, so **Professor Dr. Jens Huober**, Universitätsklinikum Ulm. In der Studie werden Patientinnen mit triple-negativem und HER2-positivem Mammakarzinom neoadjuvant und randomisiert mit einem von zwei Regimes behandelt: In beiden Armen werden einmal pro Woche 8 mg/m² Paclitaxel und 20 mg/m² nicht pegyliertes liposomales Doxorubicin gegeben.

In der Verumgruppe erhalten die Frauen zusätzlich Carboplatin (AUC 1,5). HER2-positivem Patientinnen bekommen ausserdem Trastuzumab und Lapatinib, solche mit triple-negativen Karzinomen Bevacizumab. Triple-negative Patientinnen profitierten davon mit einem signifikanten Anstieg der pathologischen Komplettremissionen von 37,9% auf 58,7% (p < 0,05). Nicht pegyliertes liposomales Doxorubicin wurde wegen seines hohen therapeutischen Index verwendet, so Prof. Huober. Seine Kardiotoxizität ist gegenüber dem normalen Anthrazyklin um rund 80% reduziert.

Studie bei älteren Patientinnen aufgelegt

Das sollte auch bei älteren Patientinnen sinnvoll sein, so **Professor Dr. Ulrike Nitz**, Mönchengladbach. In der begonnen ADAPT-elderly-Studie erhalten daher Frauen im Alter von über 70 Jahren eine (neo-)adjuvante Chemotherapie, mit nicht-pegyliertem liposomalem Doxorubicin (60 mg/m²) und Cyclophosphamid (600 mg/m²) alle zwei Wochen. Nach den ersten beiden Zyklen werden Ansprechen und Toxizität bewertet – Patientinnen in kompletter oder partieller Remission erhalten zwei weitere Zyklen, solche ohne Remission oder mit schweren Toxizitäten wechseln auf Monotherapie mit wöchentlicher Gabe von Paclitaxel.

In der AGO-Leitlinie Mammakarzinom, so **Professor Dr. Ingo Diel**, Mannheim, zählt nicht pegyliertes liposomales Doxorubicin zu den Substanzen mit dem höchsten Empfehlungsgrad, in Mono- und Polychemotherapie. Es kann auch nach Taxanen und nicht liposomalen Anthrazyklinen gegeben werden. fg

Satellitensymposium im Rahmen der 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie, München; Veranstalter: Teva

Neues Tumorzentrum am Universitätsspital Basel

Elf unabhängige Organzentren wurden neu vernetzt

BASEL – Jahr für Jahr erkranken fast 35 000 Menschen in der Schweiz an Krebs. Werden diese Patienten an einem Tumorzentrum behandelt, erhöhen sich die Chancen für eine erfolgreiche Therapie. Elf Organzentren sind im Tumorzentrum Basel (TZB) zusammengefasst, das unter der Leitung von Professor Dr. Christoph Rochlitz steht.

Das Zentrum für Hauttumoren, das Brustzentrum, das interdisziplinäre Zentrum für Knochen- und Weichteiltumoren, das Gynäkologische Tumorzentrum, das Zentrum für Hämato-Onkologische Tumoren, das Zentrum für Neuroendokrine und Endokrine Tumoren, das Hirntumorzentrum, das Niere-Blase-Prostata Tumorzentrum, das Kopf-Hals & Augentumorzentrum, das Behandlungszentrum Lunge und das Zentrum für Abdominaltumoren bilden das neugegründete TZB.

Als Chefarzt der Onkologie am USB haben Sie jetzt die Leitung des TZB übernommen. Herzlichen Glückwunsch! Welche Überlegungen standen hinter der Entscheidung, ein Tumorzentrum zu etablieren?

Entsprechende Diskussionen und Überlegungen fanden über einen längeren Zeitraum statt. Wir haben ja auch nicht bei null angefangen, sondern konnten auf bereits bestehende Strukturen bzw. organspezifische Zentren zurückgreifen. Ein Beispiel ist das Brustzentrum am Unispital, das ich während fast sieben Jahren geleitet habe.

Handelt es sich beim Brustzentrum um das grösste der bestehenden Zentren?

Das hängt ganz davon ab, wie man «Grösse» definiert. Legt man die reinen Patientenzahlen zugrunde, steht das Behandlungszentrum Lunge an erster Stelle, gefolgt vom Brustzentrum. Wenn man andere Kriterien

Die elf beteiligten Organzentren am TZB



- Behandlungszentrum Lunge
- Brustzentrum
- Gynäkologisches Tumorzentrum
- Hirntumorzentrum
- Das Interdisziplinäre Zentrum für Knochen- und Weichteiltumoren
- Kopf-Hals- & Augentumorzentrum
- Niere-Blase-Prostata-Tumorzentrum
- Zentrum für Abdominaltumoren
- Zentrum für Hauttumoren
- Zentrum für Hämato-Onkologische Tumoren
- Zentrum für Neuroendokrine und Endokrine Tumoren

Im Interview



Professor Dr. Christoph Rochlitz
Chefarzt Onkologie
Universitätsspital
Basel Foto: zVg

heranzieht, wie beispielsweise die Zahl der Spitaltage, dann rangiert das Hämatologische Zentrum mit seinen Stammzelltransplantationen auf den vorderen Plätzen.

«Wir haben ja auch nicht bei null angefangen...»

Wie ist das TZB organisiert, welche neuen Strukturen gibt es?

Wir haben die oben genannten elf Zentren unter dem Dach des TZB zusammengeführt. Diese wurden in den vergangenen zehn Jahren aufgebaut und haben sich etabliert. Irgendwann wurde klar, dass in vielen Zentren Strukturen vorhanden sind, deren gemeinsame Nutzung sich im Sinne einer Synergie anbietet. Ein gutes Beispiel sind die SOP, die Standard Operating Procedures. Trotz völlig unterschiedlicher Inhalte kann man gemeinsame Formate nutzen. Ganz essenziell ist die gemeinsame Tumorkonferenz, als Zentrum der Zusammenarbeit. Hier werden interdisziplinär die Patienten besprochen, das wird dann dokumentiert und in die Datenbank eingegeben. Auch Beschlüsse der Tumorkonferenz müssen kommuniziert werden und intern abrufbar sein.

Wo lagen die Schwachstellen des bisherigen Konzepts – mit einem weniger integrativen Ansatz?

Es gab zu viel «Doppelspurigkeiten», dazu parallele Strukturen und uneinheitliche Vorgehensweisen, welche die Effizienz beeinträchtigen und die Kommunikation erschweren.

Was ändert sich für die einweisenden Ärzte und welche Vorteile kann ihnen das TZB bieten?

Wir haben versucht, die Zuweisung zu vereinfachen. Speziell für Ärzte, die mit der Vorgehensweise nicht so vertraut sind, sollten Hemmschwellen abgebaut werden. Auf unserer

Homepage haben wir ein Formular entwickelt für Tumorkonferenzen, das es den Zuweisern vergleichsweise einfach macht, Patienten anzumelden. Auch können zuweisende Ärzte an der Tumorkonferenz jederzeit gerne teilnehmen.

Wie werden die Krebspatienten diese Neuerungen wahrnehmen und was läuft anders als bisher?

Was wir anbieten können, und was Patienten hoffentlich positiv wahrnehmen, ist eine zusätzliche Stelle für Palliativmedizin. Das liegt uns sehr am Herzen. Bisher wurde das dezentral organisiert. Auch verfügen wir über einen «Pain-Service», der in der gesamten Region einzigartig sein dürfte. Ausserdem haben wir die Psychoonkologie deutlich gestärkt und wollen das Angebot noch weiter ausbauen und den Bedürfnissen einzelner Organzentren noch mehr anpassen. Darüber hinaus wollen wir alle Aspekte vermehrt berücksichtigen, die sich auf die Lebensqualität auswirken, angefangen von Physiotherapie und Lymphdrainage, über die Ernährungstherapie, bis hin zu einem umfassenden Sozialdienst.

Wenn ein Patient bereits im Zentrum die Diagnose erhält, ist es für ihn dann nicht schwieriger, trotzdem eine Zweitmeinung einzuholen?

Grundsätzlich sollten alle Patienten eine Zweitmeinung einholen, wenn sie entweder selbst das Bedürfnis haben, oder wenn auf der anderen Seite bei den Ärzten eine Unsicherheit besteht. Der Wunsch resultiert häufig auch nicht aus einem Misstrauen des Patienten, sondern viel eher aus dem Bedürfnis nach Sicherheit oder der Gewissheit, das in der jeweiligen Situation Optimale zu tun. Wir haben hier eine ausgeprägte Kultur der Zweitmeinung. Dementsprechend bieten wir das auch auf unserer Homepage an.

Hat die inzwischen nahezu unüberschaubare Vielfalt der zielgerichteten modernen Krebstherapien die Entscheidung «pro TZB» beeinflusst?

Das ist einer der wichtigen Aspekte für die Etablierung von Tumorzentren. Heute braucht man für jede Tumorentität einen Spezialisten, das kann ein einzelner Onkologe nicht mehr überschauen und er kann auch nicht auf allen Gebieten up-to-date sein, das ist ein Ding der Unmöglichkeit.

Was versprechen Sie sich in erster Linie vom umfassenden Betreuungskonzept im TZB?

Eine Verbesserung der medizinischen Qualität, und insbesondere

auch eine Optimierung der menschlichen Qualitäten der Betreuung.

«Grundsätzlich sollten alle Patienten eine Zweitmeinung einholen...»

Für betroffene Patienten gehört die Bestätigung der Verdachtsdiagnose Krebs zu den einschneidendsten Erfahrungen. Wie geht man im TZB damit um?

Wir bieten in der Onkologie, aber auch in vielen anderen Abteilungen, jedem Patienten die Möglichkeit an, sich psychoonkologisch beraten zu lassen. Wir arbeiten mit einem von den Psychoonkologen entwickelten Screening-Tool, dem sogenannten «Belastungsthermometer». Mit einigen gezielten Fragen werden die wichtigsten psychosozialen Aspekte einer Krebserkrankung angesprochen. So bekommt man als behandelnder Arzt einen ersten Eindruck vom individuellen Belastungsniveau des jeweiligen Patienten. Allerdings wird dieses psychoonkologische Angebot nicht von allen Patienten wahrgenommen. Manche lehnen es komplett ab, während andere zu einem späteren Zeitpunkt darauf zurück kommen.

Bei welchen Krebserkrankungen erwarten Sie in naher Zukunft klinisch relevante Fortschritte?

Ich glaube nicht, dass man das auf Krebserkrankungen im konventionellen Sinne beziehen kann, sondern dass sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten die Grenzen zwischen den Tumorleiden verändern werden. Heute sprechen wir von Brustkrebs, Lungenkrebs, Darmkrebs ... als seien das völlig unterschiedliche Krankheiten. Wir erkennen aber immer deutlicher, dass bestimmte Signalwege in der Zelle gestört sind – und diese Gemeinsamkeit vielleicht viel wichtiger ist als die der anatomischen Lokalisation. So gibt es Brustkrebsarten, die dem Eierstockkrebs viel näher stehen als anderen Brustkrebstypen. Zum Beispiel sind die genetischen Veränderungen beim tripel-negativen Mammakarzinom denen beim Ovarialkarzinom sehr viel ähnlicher als beispielsweise solchen, die man beim Hormonrezeptor-positiven Brustkrebs findet. Wir werden also in Zukunft vermehrt die Wege der Signaltransduktion und genetischen Fingerprints analysieren, während die primäre Tumormanifestation an Bedeutung verlieren wird. Doch bis wir so weit sind, werden noch Jahre vergehen.

Besten Dank für das interessante Gespräch!

Dr. Renate Weber