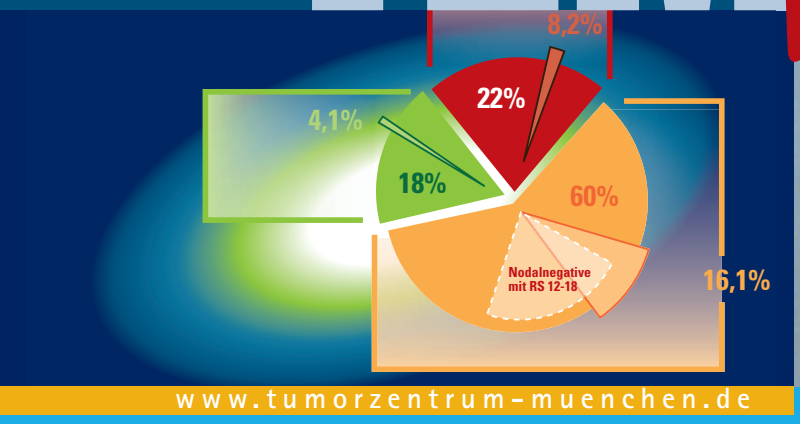
ISSN 1437-8019 · Einzelverkaufspreis 4,– €
Ausgabe 1 2012

TZM News



www.tumorzentrum-muenchen.de

- **Bericht vom San Antonio Breast Cancer Symposium 2011**
  Was ist wichtig für die Klinik?
- **Interview mit Professor Günter Schlimok und Markus Besseler**
  „Patienten fragen nach der Komplementärmedizin"
- **Therapiestrategien beim Follikulären Lymphom**
  Bericht von der ASH-Jahrestagung 2011
- **Patientenbegleiter im Roman-Herzog-Krebszentrum**
  Großer Bedarf in den Bereichen Sozialdienst, Psychoonkologie und Naturheilverfahren

Zeitschrift des Tumorzentrums München an den Medizinischen Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität

TZM

Adelmidrol® in neuer Rezeptur
· apothekenexklusiv ·

Pro Therapie. Pro Life.

- Haut- und Schleimhautschutz mit Adelmidrol® bei Strahlenbelastung, Hormon-, Immun- und Chemotherapie
- Regulierung des Endocannabinoid-Systems
- Modulation der Mastzellenaktivität

Anus | Haut | Mund | Rachen | Vagina

www.bendalis.com

Bendalis

Prof. Dr. Karl-Walter Jauch
Prof. Dr. Volkmar Nüssler

Liebe Leserin, lieber Leser,

das Frühjahr naht, und wir nutzen in dieser Ausgabe die Gelegenheit, mit ein wenig Abstand auf die wichtigsten hämato-onkologischen Kongresse des Winters zurückzublicken.

Nadia Harbeck und Rachel Würstlein vom Brustzentrum der Universität München vertiefen im Schwerpunktbeitrag die klinisch-praktisch relevanten Ergebnisse des *San Antonio Breast Cancer Symposium* (Seite 4); Martin Dreyling und Till Seiler berichten vom ASH 2011, der Jahrestagung der US-amerikanischen Gesellschaft für Hämatologie (Seite 12). Anlässlich dieser Veranstaltung wird auch der renommierte William-Dameshek-Preis verliehen, und wir freuen uns sehr, dass der diesjährige Preisträger Mitglied im Tumorzentrum München ist. Unser herzlicher Glückwunsch geht an Christoph Klein, den Ordinarius für Kinder- und Jugendmedizin an der Universität München (Seite 17).

Und auch beim diesjährigen Deutschen Krebskongress, der Ende Februar in Berlin zu Ende ging, war einer der drei Preisträger ein TZM-Mitglied: Florian Greten, Leiter des Instituts für Molekulare Immunologie am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München wurde mit dem Deutschen Krebspreis ausgezeichnet. Auch dazu unsere herzlichen Glückwünsche (Seite 19).

An dieser Stelle bedanken wir uns nochmals bei allen Vorsitzenden und Referenten der *TZM Essentials*. Unser Jahreskongress war wieder ein voller Erfolg. Schon Ende April folgt eine weitere wichtige TZM-Veranstaltung, dieses Mal für Patienten und Ärzte. Thema: Ernährung bei Krebs (Seite 19).

Schließlich hofft der Vorstand des Tumorzentrums München sehr auf den Erhalt der Schlossbergklinik Oberstaufen (Seite 19). Diese Klinik leistet im Verbund seit Jahrzehnten wertvolle und vorbildliche Dienste für viele Tumorpatienten im TZM-Einzugsgebiet.

Herzlichst Ihre

Karl-Walter Jauch

Volkmar Nüssler

Schwerpunkt 4
San Antonio Breast Cancer Symposium 2011: Was ist wichtig für die Klinik?
Nadia Harbeck und Rachel Würstlein

Interview 10
„Patienten fragen nach der Komplementärmedizin, weil sie selbst aktiv werden wollen"
Im Gespräch mit dem neuen Präsidenten der Bayerischen Krebsgesellschaft, Professor Günter Schlimok, und Markus Besseler, BKG-Geschäftsführer und Leiter der Beratungsstelle München

ASH-Jahrestagung 2011 13
Therapiestrategien beim Follikulären Lymphom
Till Seiler und Martin Dreyling

Neues aus dem RHCCC 14
Projekt Patientenbegleiter
Nach US-amerikanischem Vorbild arbeiten seit knapp einem Jahr Patientenbegleiter in der Strahlentherapie des Klinikums rechts der Isar
Veranstaltungen des RHCCC

Neues aus dem CCC^{LMU} 16
Das Krebszentrum München ist jetzt eine eingetragene Marke
Tumorboards im CCC^{LMU}
Fortbildungsangebote des CCC^{LMU}

TZM intern/Panorama 17
Neue Manuale 17
William-Dameshek-Preis für Christoph Klein 17
Schlossbergklinik: Verhandlungen auf der Kippe 18
TZM-Essentials: Nachlese 18
Florian Greten erhält Deutschen Krebspreis 19
Ernährung bei Krebs: Eine Veranstaltung des TZM und der BKG 19

Projektgruppen 18
Alle Projektgruppen auf einen Blick

Impressum 19

Was ist wichtig für die Klinik?

San Antonio Breast Cancer Symposium 2011

Nadia Harbeck [1] und Rachel Würstlein [2]
Brustzentrum der Universität München

Das San-Antonio-Brustkrebssymposium 2011 bot eine Reihe klinikrelevanter Beiträge, die unser praktisches Handeln beeinflussen werden. Darüber hinaus demonstrierte es eindrucksvoll die Leistungsfähigkeit der klinischen Forschung in Deutschland: Drei deutsche Studiengruppen – AGO-B, GBG und WSG – bestritten sechs Hauptbeiträge zur Therapie des primären Mammakarzinoms. Erfreulich außerdem: Eine Kollegin aus dem Bereich des Tumorzentrums München wurde mit einem der Nachwuchsförderpreise ausgezeichnet (siehe Kasten).

Axilladissektion ja oder nein?

Zur Frage, ob bei einem mikrometastatisch befallenen Sentinellymphknoten bis zu einer Größe von 2 Millimetern eine komplette Axilladissektion sinnvoll ist oder nicht, stellte Vivianna Galimberti (S3-1) vom *European Institute of Oncology* (EIO) in Mailand die Ergebnisse der Studie 23-01 der International Breast Cancer Study Group (IBCSG) vor. Diese IBCSG-23-01-Studie rekrutierte von 2001 bis 2010, die Mehrzahl (62%) der 934 eingebrachten Patientinnen stammte allerdings aus einer einzigen Institution, dem EIO. Nach einem medianen *Follow-up* von 57 Monaten zeigte sich zwischen Patientinnen mit und ohne Axilladissektion kein Unterschied im krankheitsfreien Überleben. Insgesamt unterstützen diese Daten die Ergebnisse der ACOSOG-Z0011-Studie (Giuliano et al. 2011).

Die IBCSG-23-01-Studie selbst lässt jedoch viele Fragen offen, unter anderem aufgrund der nicht erreichten geplanten Patientenzahlen und der langen Rekrutierungsdauer. In einer *educational lecture* beleuchtete Barbara L. Smith vom Massachusetts General Hospital in Boston die klinische Konsequenz aus den vorliegenden Daten. Demnach kann man bei vielen Patientinnen mit mikrometastatisch befallenen Sentinellymphknoten auf eine Komplettierung der Axilladissektion verzichten. Allerdings betonte Smith auch, dass Patientinnen mit großer lokaler Tumorlast, die keine standardgemäße Strahlen- und Systemtherapie erhalten, weiterhin eine Axilladissektion benötigen.

Die aktuelle Diskussion zur optimalen lokalen Therapie der Axilla hatte in San Antonio einen hohen Stellenwert: Armando Guiliano, der Erstautor der ACOSOG-Z0011-Studie, übernahm in diesem Jahr den klinischen Teil der *Susan G. Komen for the Cure® Brinker Awards for Scientific Distinction Lectures.*

Julia Neugebauer vom Brustzentrum der Universität München (Standort Maistraße) erhielt für ihre im Rahmen der SUCCESS-Studie geleistete Arbeit zum Anti-Müller-Hormon (AMH) eine Auszeichnung der American Association for Cancer Research (AACR). Konkret hatte ihre Arbeitsgruppe anhand von SUCCESS[A]-Studiendaten gezeigt, dass unmittelbar nach Chemotherapie und im Zweijahres-Follow-up die Ovarfunktion bei vielen prämenopausalen Patientinnen nicht mehr vorhanden ist, ein Effekt, der durch sehr niedrige AMH-Spiegel reflektiert wird. Auch eine ovarprotektive Gabe von GnRH-Analoga während der Chemotherapie besserte die AMH-Werte im Laufe von zwei Jahren nicht.

Neoadjuvante Therapie

In drei Hauptbeiträgen stellten die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie, Kommission Mamma (AGO-B) und die *German Breast Group* (GBG) die Ergebnisse ihrer Studien zur neoadjuvanten Therapie vor.

Gunther von Minckwitz (S3-2) von der GBG belegte mit den Daten der Gepar-Trio-Studie, dass ein Response-adaptiertes Vorgehen nach zwei Zyklen TAC (Docetaxel, Doxorubicin, Cyclophosphamid) neoadjuvant für die Patientinnen von Vorteil ist. 2072 Patientinnen mit einem primären Mammakarzinom waren in GeparTrio eingeschlossen. Diejenigen unter ihnen, die auf die zwei TAC-Zyklen nicht ansprachen (Tumorreduktion <50%), profitierten von der Umstellung auf eine nicht kreuzresistente Chemotherapie, nämlich vier Zyklen Vinorelbin/Capecitabin (VC). Patientinnen, bei denen sich nach den zwei TAC-Zyklen eine mehr als 50-prozentige Tumorreduktion zeigte, profitierten von einer längeren Chemotherapie (insgesamt 8 Zyklen TAC).

GBG-Mitarbeiterin Sibylle Loibl (S5-4) zeigte anhand des Metaanalyse-Datensatzes der AGO-B/GBG-Studien die prognostische Bedeutung der pathologischen Komplettremission (pCR) beim HER2-positiven Mammakarzinom: Für Patientinnen mit HER2-positiver Erkrankung war die neoadjuvante Gabe von Trastuzumab auch hinsichtlich des Gesamtüberlebens vorteilhaft, wenn es gelang, mit der Operation eine pCR zu erreichen. Hingegen hatten Patientinnen ohne pCR ein insgesamt schlechtes Überleben, und zwar unabhängig von HER2-Status oder Trastuzumabgabe bei HER2-positiver Erkrankung. Speziell für Patientinnen ohne pCR müssen in kommenden Studien neue Behandlungsansätze zur Verbesserung der Prognose verfolgt werden.

Thematisch verbunden mit den wegweisenden Daten beim metastasierten Mammakarzinom zu Everolimus und Pertuzumab (siehe unten) verdeutlichten zwei deutsche Beiträge den Stellenwert dieser Substanzen in der neoadjuvanten Situation: Jens Huober (S3-6) vom Brustzentrum St. Gallen präsentierte für die GBG erste Daten des Non-responder-Arms aus der GeparQuinto-Studie: HER2-negative Patientinnen ohne klinisches Ansprechen des Primärtumors nach vier Zyklen Epirubicin/Cyclophosphamid (EC) ± Bevacizumab wurden zu Paclitaxel wöchentlich ± m-TOR-Inhibitor Everolimus randomisiert. Nach vorzeitigem Ende der Rekrutierung war eine Verbesserung der pCR im Interventionsarm nicht feststellbar. Ohne weitere tumorbiologische Selektion der Patientinnen bringt die Hinzugabe von Everolimus zu Paclitaxel wöchentlich kein verbessertes Ansprechen.

Die von Andreas Schneeweiss vom Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen in Heidelberg präsentierte neoadjuvante Phase-II-Studie TRYPHAENA zeigt, dass die duale Kombination Trastuzumab und Pertuzumab mit neoadjuvanter Chemotherapie wie 5-Fluorouracil/Epirubicin/Cyclophosphamid (FEC), Docetaxel oder Docetaxel/Carboplatin/Trastuzumab (TCH) sicher verabreicht werden kann und mit pCR-Raten von etwa 50 Prozent zu einem sehr guten Ansprechen führt. Dieses Konzept wird 2012 im Rahmen der adjuvanten APHINITY-Intergroup-Studie weiter verfolgt werden.

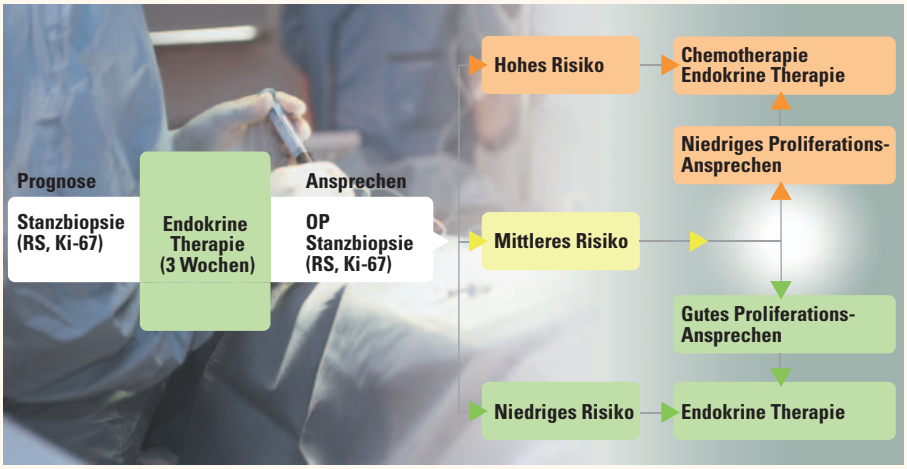


*Abb. 1: Konzept der ADAPT-Studie der Westdeutschen Studiengruppe (WSG). **A**djuvant **D**ynamic marker-**A**djusted **P**ersonalized **T**herapy trial optimizing risk assessment and therapy response prediction in early breast cancer. Bei jeder Patientin wird die adjuvante Systemtherapie angepasst an das Ergebnis von Marker-Tests und das Therapie-Ansprechen.*

Insgesamt verdeutlichten die gezeigten Ergebnisse, dass die Anpassung der (neo-)adjuvanten Chemotherapie an ein frühes Ansprechen einen vielversprechenden Weg darstellt. Dieses Konzept wird im Rahmen der ADAPT-Studie (Abb. 1) auch von der Westdeutschen Studiengruppe (WSG) aufgriffen werden (www.wsg-online.com).

Adjuvante Chemotherapie

Erste Daten der von der WSG durchgeführten Plan-B-Studie präsentierte Oleg Gluz (S4-3) vom Brustzentrum Niederrhein in Mönchengladbach. Danach wird die zusätzliche Prognoseabschätzung mit Hilfe des Tests *Oncotype DX* bei Patientinnen mit 0 bis 3 befallenen Lymphknoten und Hormonrezeptor-positiver, HER2-negativer Erkrankung in Deutschland von Patientinnen und Ärzten gut angenommen. Das Testergebnis, der so genannte *Recurrence Score*, ermöglicht Aussagen zum individuellen Rezidivrisiko der Patientin. Durch die Anwendung des Tests konnte etwa 20 Prozent der Patientinnen eine überflüssige adjuvante Chemotherapie erspart werden. Die auf dem Testergebnis basierenden diesbezüglichen Therapieempfehlungen wurden zu fast 90 Prozent akzeptiert.

Patientinnen mit nodalnegativer Erkrankung und einem mittleren *Recurrence Score* lehnten jedoch zu etwa einem Drittel die adjuvante Chemotherapie ab (Abb. 2). Für diese Patientengruppe ist eine bessere Sicherheit bezüglich des zu erwartenden Nutzens vor der Indikation zur Chemotherapie dringend erforderlich. Weitere interessante Biomarkerdaten gab es außerdem zu einer neuen, auf dem *Oncotype DX* basierenden DCIS-Signatur (S4-6) sowie zum Stellenwert von PAM50, einer Multigenanalyse zur Definition der molekularen Subtypen am Paraffinschnitt (S4-5). Beide Tests werden auch in Deutschland verfügbar sein.

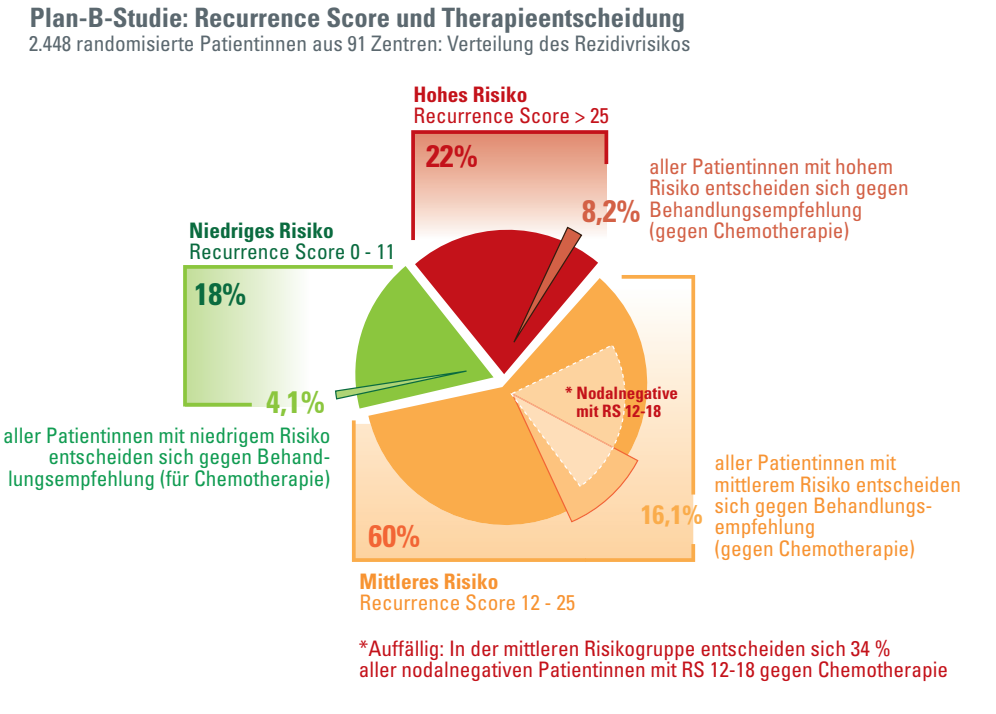


Abb. 2: Therapieentscheidung von Patientin und Arzt auf Grundlage des mit Oncotype DX ermittelten Rezidivrisikos. Patientinnen mit mittlerem Rezidivrisiko entscheiden sich am häufigsten gegen die ärztliche Therapieempfehlung, besonders ausgeprägt ist dieses Verhalten bei nodalnegativen Patientinnen mit einem Recurrence Score zwischen 12 und 18. Nach (S4-3).

Im Rahmen einer Posterdiskussion zeigte Wolfgang Janni (PD07-01) von der Universitätsfrauenklinik in Düsseldorf die Überlebensdaten aus der ADEBAR-Studie. Bei Patientinnen mit mehr als drei befallenen axillären Lymphknoten vergleicht die Studie ein sequenzielles Anthrazyklin-Docetaxel-Regime (E90CD) mit einer dosisintensiven anthrazyklinhaltigen Polychemotherapie (CE120F). Beide Regime sind bei Hochrisiko-Patientinnen gleich gut wirksam, E90CD ist jedoch besser verträglich. Die WSG-ARA-Plus-Studie (PD07-06) zeigte, dass der Einsatz von Darbepoetin alpha den Hämoglobin-Wert unter adjuvanter Chemotherapie stabilisiert, ohne sich negativ auf die Heilungschancen auszuwirken. Dass selbst eine verzögerte HER2-zielgerichtete Therapie beim primären Mammakarzinom Wirkung zeigt, deuten aktualisierte Ergebnisse der internationalen TEACH Studie an (S4-7):

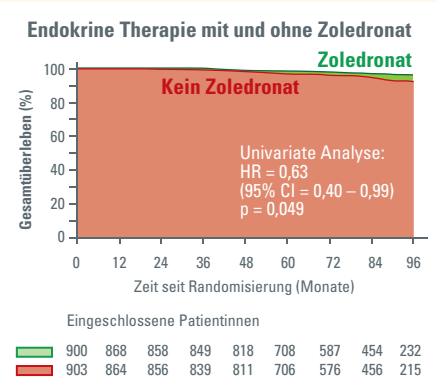


Abb. 3: Gesamtüberleben in der ABCSG-Studie. Nach (S1-2).

Der spätere Einsatz von Lapatinib nach Abschluss einer adjuvanten Therapie ohne Trastuzumab ist vor allem im ersten Jahr nach Primärdiagnose sowie bei Hormonrezeptor-negativer Erkrankung vorteilhaft.

Bisphosphonate in der adjuvanten Therapie

Vier große Studien zum adjuvanten Einsatz von Bisphosphonaten (ABCSG-12, GAIN, NSABP-B34, ZO-FAST) zeigten etwas heterogene Gesamtergebnisse – betrachtet man jedoch auch die einzelnen Subgruppenanalysen, so scheint sich zu erhärten, dass vor allem Frauen mit Hormonrezeptor-positiver Erkrankung und niedrigen Östrogenspiegeln von einer adjuvanten Bisphosphonatgabe profitieren. Ob die ebenfalls berichteten negativen Ergebnisse der Studien mit oralen Präparaten (GAIN, NSABP-B34) auch durch eine ungenügende Compliance bedingt waren, muss bei Vorliegen der Publikationen nochmals diskutiert werden.

In der ABCSG-12-Studie (S1-2) erwies sich der Einsatz von Zoledronat alle 6 Monate über 3 Jahre bei prämenopausalen Patientinnen mit GnRH plus Tamoxifen/Aromatasehemmer als für das Gesamtüberleben signifikant (Abb. 3). Da der Vorteil vor allem bei über 40-jährigen Patientinnen zu sehen war, muss für die Praxis noch diskutiert werden, für welche Patientinnen dieser Therapieansatz sinnvoll ist.

Metastasiertes Mammakarzinom: Cleopatra und BOLERO-2

Zwei praxisverändernde Beiträge gab es hinsichtlich der metastasierten Erkrankung, die Daten der Cleopatra-Studie und die der BOLERO-2-Studie. Beide Arbeiten wurden bereits am Vortag des Hauptvortrages in San Antonio im *New England Journal of Medicine* veröffentlicht.

In der Cleopatra-Studie (S5-5) war bei HER2-positiver Erkrankung die duale HER2-Blockade (Trastuzumab plus Pertzumab) gemeinsam mit Docetaxel

„Kreative Einfachheit gepaart mit einem **unvergesslichen** Geschmackserlebnis – so funktioniert gute Küche!“

Seit über 20 Jahren ist er **Chefkoch** im renommierten Münchner Sternelokal Tantris. Und immer schon lag ihm daran, mit dem Vorurteil aufzuräumen, exquisite Küche müsse abgehoben oder weit weg vom Alltag sein. **Hans Haas** hat mittlerweile Generationen von Kochschülern davon überzeugt, dass **gesundes Essen** und lukullischer Genuss einander nicht ausschließen.

Inwieweit dies auch für Tumorpatienten gilt, das werden medizinische Ernährungsexperten am **28. April** im Rahmen eines Seminars erläutern:

ERNÄHRUNG bei Krebs

Das Tumorzentrum München und der Lehrstuhl für Ernährungsmedizin der Technischen Universität München laden interessierte Tumorpatienten und ihre Angehörigen, aber auch onkologisch tätige Ärzte herzlich ein. Die Veranstaltung beginnt um **10.00 Uhr** im Hörsaal A des Klinikums rechts der Isar am Max-Weber-Platz. Der Eintritt ist frei, um **Anmeldung** wird gebeten unter **tzmuenchen@med.uni-muenchen.de**.

Unter allen Besuchern wird ein Kochkurs (10 Teilnehmer) bei Hans Haas verlost.

Weitere Infos zum Seminar unter www.tumorzentrum-muenchen.de

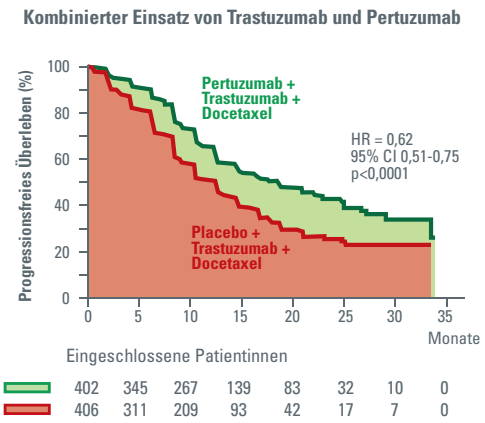


Abb. 4: Metastasiertes Mammakarzinom Progressionsfreies Überleben in der Cleopatra-Studie. Patienten im Interventionsarm haben ein um median 6,1 Monate verlängertes PFS. Nach (S5-5).

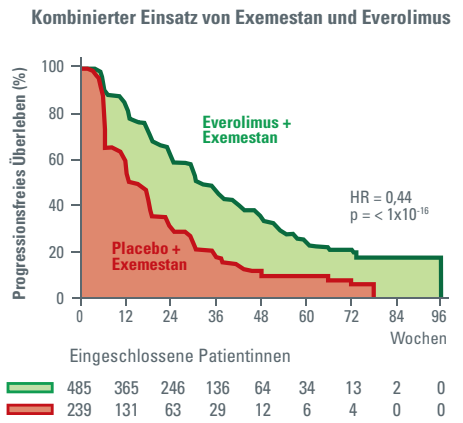


Abb. 5: Metastasietes Mammakarzinom. Progressionsfreies Überleben in der BOLERO2-Studie. Der m-TOR-Inhibitor Everolimus verlängert das PFS um 4,2 Monate. Nach (S3-7).

dem bisherigen Erstlinienstandard Docetaxel plus Trastuzumab in Bezug auf das progressionsfreie Überleben (PFS) signifikant überlegen (Abb. 4). Die Effektgröße mit einer Hazard Ratio von etwa 0,6 für das PFS erwies sich als unabhängig von der adjuvanten Vortherapie mit Trastuzumab. Die zusätzliche Gabe des Dimerisierungshemmers Pertuzumab war sicher, es kam lediglich zu einer Verstärkung der Chemotherapie-assoziierten Toxizitäten.

Auch das Gesamtüberleben (OS) beeinflusste die duale Blockade mit einer *Hazard Ratio* von 0,64 deutlich, war jedoch aufgrund der strengen statistischen Kriterien in der Studie (multiples Testen) noch nicht ausreichend für ein vorzeitiges Ende der Studie. In der adjuvanten Situation wird die Wirkung der Kombination Trastuzumab plus Pertuzumab derzeit weltweit in der APHINITY-Studie überprüft. Diese Studie ist auch im Bereich des Tumorzentrums München an mehreren Zentren zur Rekrutierung geöffnet.

In der Placebo-kontrollierten Phase-III-Studie BOLERO-2 testeten Hortobagyi et al. (S3-7) Exemestan ± Everolimus nach Versagen eines nicht steroidalen Aromatasehemmers. Auch hier wurde der primäre Endpunkt der Studie (PFS) mit einer *Hazard Ratio* von 0,44 erreicht (Abb. 5). Dieser positive Effekt war in allen klinischen Subgruppen zu sehen. Patientinnen hatten mit Everolimus eine nahezu verdoppelte klinische Benefit-Rate von 50,5% versus 25,5% (p<0,0001) im Vergleich zu Exemestan allein. Derzeit ist der Wirkmechanismus von Everolimus beim Hormonrezeptor-positiven Mammakarzinom noch nicht ausreichend geklärt – vermutet wird die Überwindung einer sekundären Resistenz durch Hemmung des sogenannten *Cross Talk* in der Tumorzelle.

Die Daten von Cleopatra und BOLERO-2 bieten neue Hoffnung für Patientinnen mit fortgeschrittener Brustkrebserkrankung und zeigen einen substanziellen Fortschritt an. Sowohl für Pertuzumab als auch für Everolimus ist die Zulassung beim metastasierten Mammakarzinom eingereicht – beide Substanzen werden vermutlich noch in diesem Jahr für unsere Patientinnen zur Verfügung stehen.

Die Umsetzung der aktuellen Ergebnisse aus San Antonio für die klinische Routine in Deutschland werden die aktuellen AGO-Empfehlungen 2012 bewerten – die State-of-the-Art-Veranstaltung hat Mitte März in Frankfurt stattgefunden. Mit der Veröffentlichung der neuen Empfehlungen im Internet (www.ago-online.de) ist noch im März zu rechnen.

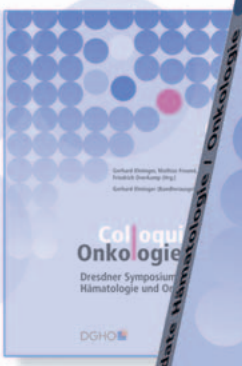
Literaturverzeichnis auf Anforderung: tzmnews@lukon.de

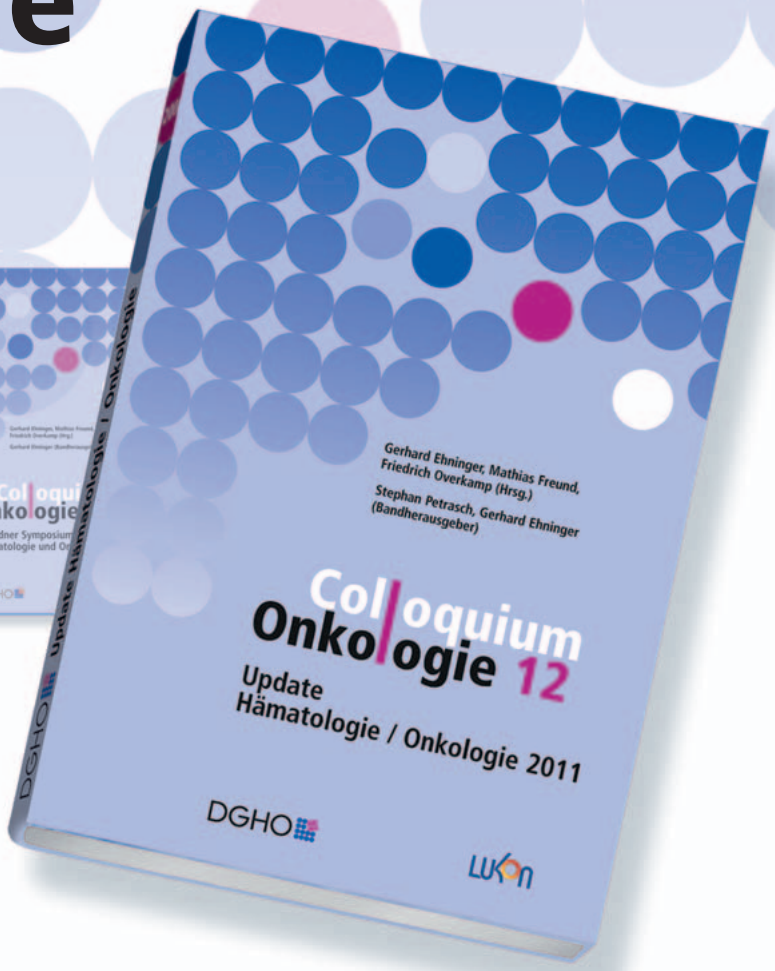
Manual **Mammakarzinome**

Alles, was beim primären und beim metastasierten Mammakarzinom wichtig ist, beinhaltet dieses Manual, jetzt bereits in der 13. Auflage; von der Diagnostik über die Therapie bis zur Nachsorge. Die Inhalte wurden von interdisziplinär zusammengesetzten Expertenteams erarbeitet, diskutiert und sind nun als Empfehlungen für die Praxis nachzulesen. Das Buch ist hochaktuell, leitliniengerecht und bietet trotzdem Platz für persönliche Meinungen und Erfahrungen. Das Wissen der Experten und auch deren klinische Erfahrung soll in dieser Form einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden, um die Versorgung der Patientinnen zu verbessern.

TZM-Projektgruppe Mammakarzinome:
Manual Mammakarzinome, 13. Auflage 2011
Bandherausgeber: Ingo Bauerfeind
ISBN: 978-3-86371-010-1; 27,90 Euro
Erhältlich als Buch oder E-Book für iPhone/iPad und Kindle

Colloquium Onkologie





Die Buchreihe erscheint in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)

Colloquium Onkologie 12

Update Hämatologie / Onkologie 2011

Alle wichtigen hämato-onkologischen Entwicklungen der vergangenen zwölf Monate

Aus dem Inhalt:
Mammakarzinome – Gynäkologische Tumoren – Gastrointestinale Tumoren – Lungenkarzinome – Urologische Tumoren – Kopf-Hals-Tumoren – Sarkome – ZNS-Tumoren – Leukämien und Knochenmark-transplantationen – Maligne Lymphome – Supportivtherapie – Schmerztherapie – Palliativmedizin

Herausgeber: Stephan Petrasch und Gerhard Ehninger
600 Seiten · 132 Abbildungen und 99 Tabellen · ISBN 978-3-933012-19-7 · 39,50 €
Erhältlich in medizinischen Fachbuchhandlungen oder direkt beim Verlag
(ohne Berechnung von Versandkosten).

LUKON Verlagsgesellschaft GmbH
Landsberger Straße 480 a · 81241 München
Fon: 089-820 737-0
info@Lukon.de · www.Lukon.de

LUKON GesundheitsKommunikation

Interview mit Prof. Dr. med. Günter Schlimok und Markus Besseler

„Patienten fragen nach der Komplementärmedizin, weil sie selbst aktiv werden wollen“

[1]

Seit November 2011 ist Günter Schlimok, Chefarzt der zweiten Medizinischen Klinik im Klinikum Augsburg, Präsident des Geschäftsführenden Vorstands der Bayerischen Krebsgesellschaft (BKG). Etwa ein Jahr vor seinem Amtsantritt ist die Krebsberatungsstelle am Tumorzentrum München (TZM) in Kooperation mit der BKG gegründet worden. Über aktuelle Entwicklungen in der Betreuung onkologischer Patienten und weitere mögliche Kooperationsfelder zwischen BKG und TZM sprachen wir mit Günter Schlimok [1] und Markus Besseler [2], Geschäftsführer und Leiter der BKG-Beratungsstelle in München.

Herr Professor Schlimok, Ihr Vorgänger Herr Professor Hartenstein war der Palliativmedizin sehr verpflichtet. Was werden Ihre Schwerpunkte in den kommenden Jahren sein?
Schlimok: Nun, ich werde mich bemühen, das Erbe von Herrn Hartenstein gut weiter zu verwalten. Aber zusätzlich werden wir uns um neue Themen kümmern müssen, beispielsweise um die Komplementärmedizin, denn immer mehr Patientinnen und Patienten fragen danach, in erster Linie, weil sie selbst aktiv werden wollen. Unsere Aufgabe ist es, sie vor unseriösen Angeboten zu warnen, vor Scharlatanen, die es in diesem Bereich ja unzweifelhaft gibt.

Gleichzeitig eröffnen sich offenbar auch Chancen. Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) der Deutschen Krebsgesellschaft empfiehlt einzelne komplementäre Verfahren.
Besseler: Das ist eine Diskussion, der wir uns stellen. Schon heute tun wir das sogar täglich in unseren Beratungsstellen. Auch die Selbsthilfegruppen greifen das Thema auf. Und ich denke, die Diskussion wird auch unter Schulmedizinern weitergehen. Wichtig ist in dem Zusammenhang allein das Wohl der Patienten.

Was ist das Attraktive an der Komplementärmedizin?
Schlimok: Die Patientinnen und Patienten haben das Gefühl, ergänzend zu ihrer medizinischen Behandlung endlich selbst etwas tun zu können. Und dabei wollen wir sie unterstützen.

Wie häufig kommt es vor, dass Patienten Sie fragen, was sie sonst noch tun können?
Schlimok: Regelmäßig, vor allem wenn die erste Behandlungsphase vorbei ist, wenn aus schulmedizinischer Sicht mehr oder weniger alles getan ist, die letzte Chemo- oder Strahlentherapie absolviert ist. Die Patienten haben dann Zeit zum Nachdenken, dann stellen sie Fragen dieser Art häufig.

Fühlen Sie und Ihre Kollegen sich diesen Fragen gewachsen? Oder geht das über Ihre Zuständigkeit hinaus?
Schlimok: Wir sind dafür in jedem Fall zuständig, und ich bemühe mich in solchen Situationen möglichst konkrete Tipps zu geben.

Als da wären?
Schlimok: Das kommt auf die einzelne Erkrankung an. Beratungsbedarf gibt es fast immer im Punkt Ernährung, angepasste sportliche Betätigung ist ebenfalls ein Thema, Entspannungstechniken spielen eine große Rolle. Ich sage den Patienten gern, dass sie jetzt Gelegenheit haben, genau das zu tun, was ihnen wichtig ist und ihnen wirklich gut tut. Verbesserung der Lebensqualität im elementaren Sinn.

Dazu benötigen sie aber auch die entsprechende Beratung.
Schlimok: Selbstverständlich. Und es ist wichtig, als behandelnder Arzt Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen vor Ort oder auch entsprechende Angebote beispielsweise von Sportvereinen empfehlen zu können. Die Bayerische Krebsgesellschaft und alle Länder-Krebsgesellschaften leisten da wichtige und gute Arbeit.

Interview

Benötigen neben den Patienten nicht auch immer mehr Angehörige besondere Hilfe?

Schlimok: Das ist wohl richtig. Wir beobachten seit geraumer Zeit ein besonderes Phänomen: Patienten beginnen im Verlauf der Erkrankung sich auf das zu konzentrieren, was ihnen wirklich wichtig ist im Leben. Das reicht so weit, dass Patienten sagen, die Krankheit sei für sie zur rechten Zeit gekommen, da sie ihrem Leben eine neue Richtung gegeben habe. Während also diese Patienten ihre Erkrankung für sich selbst quasi als Neuaufbruch nutzen, machen sie sich im zunehmenden Maße aber Sorgen um ihre Angehörigen. Manche Patientinnen bitten mich gar: „Reden Sie doch mal mit meinem Mann“.

Das heißt, auch Angehörige benötigen Unterstützung.

Besseler: Das erleben wir auch in unseren Beratungsstellen. Meist wollen Angehörige ihre Bedürfnisse aber nicht in den Vordergrund rücken, sie stellen sich selbst in die zweite Reihe, zumindest solange die Patienten dabei sind. Bei uns treffen sich deshalb auch Gruppen, in denen sich Angehörige ohne Patienten austauschen.

Wenn ein Arzt früher allein mit Angehörigen sprechen wollte, war das für den Patienten meist ein schlechtes Signal ...

Schlimok: … heute dagegen ist es häufig notwendig, dieses Gespräch mit den Angehörigen um ihrer selbst willen zu suchen. Denn die unmittelbare Umgebung des Patienten trägt eine sehr schwere Last. Solche Gespräche sind für uns aber auch eine Gratwanderung, denn selbstverständlich dürfen wir nicht zum Geheimnisträger werden, nach dem Motto „Herr Doktor, ich erzähle Ihnen jetzt etwas, aber sagen Sie das auf keinen Fall meinem Mann.“

Wie reagieren Sie dann?

Schlimok: Ich weise darauf hin, dass genau das nicht funktioniert. Breche das Gespräch im Zweifelfall auch ab.

Herr Besseler, die Hauptzielgruppe für die BKG sind zweifellos Krebspatienten; das TZM dagegen spricht onkologisch tätige Ärzte an. Seit etwa einem Jahr kooperieren beide Institutionen miteinander.

Besseler: Ja, das TZM ist auf uns zugekommen, weil ihm daran lag, in Kooperation mit uns eine Krebsberatungsstelle nahe am Patienten, also quasi in der Klinik zu etablieren. Im November 2010 ist die Beratungsstelle eröffnet worden, und wir freuen uns sehr, dass Patienten und übrigens auch Angehörige dieses Angebot so intensiv nutzen.

Wo gibt es weitere Schnittmengen in der Arbeit von BKG und TZM?

Besseler: Nun, die Projektgruppe Psychoonkologie am TZM und das Netzwerk Psychosoziale Onkologie München, kurz N-PSOM, treffen sich regelmäßig in unseren Räumen. In der Arbeitsgruppe „Kinder krebskranker Eltern“ besprechen wir besonders gravierende Fälle und entwickeln gemeinsam Handlungsempfehlungen oder koordinieren auch die notwendigen Unterstützungsleistungen für die einzelne Familie. Ende April schließlich veranstalten wir gemeinsam mit dem TZM ein Symposium zum Thema Ernährung, das offen ist für Patienten, Ärzte und andere Interessierte.

[2]

Schlimok: Wir können uns gut auch weitere gemeinsame Informationsveranstaltungen vorstellen; Tumorzentrum und BKG sind aus ihrer jeweiligen Historie und Perspektive geradezu prädestiniert, das gegenseitige Verstehen von Ärzten und Patienten zu fördern.

„Wir koordinieren die notwendigen Unterstützungsleistungen für die einzelne Familie“

An welche Themen denken Sie konkret?

Besseler: Es geht wie beim Ernährungssymposium vor allem um praktische Fragen; auch gemeinsame Infoveranstaltungen zu einzelnen Krebserkrankungen können wir uns gut vorstellen. Darüber hinaus liegen uns übergreifende Themen am Herzen: Arzt-Patienten-Kommunikation, psychosoziale Unterstützungsangebote und nicht zuletzt die anfangs schon erwähnte Komplementärmedizin.

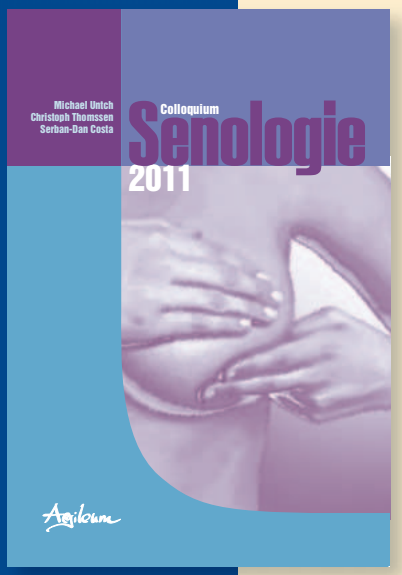
Steht da die Meinung der meisten Ihrer ärztlichen Kollegen nicht bereits fest, Herr Prof. Schlimok?

Schlimok: Da muss man genauer hinschauen. Wir werden niemals alternative Behandlungskonzepte anstelle der Schulmedizin propagieren. Aber wir sind davon überzeugt, dass Komplementärmedizin im Sinne des Wortes ergänzend sein kann. Ernährung, Bewegung, Entspannung, Meditation: Das sind Elemente, die eine schulmedizinische Behandlung wirksam unterstützen können, und da sollten und werden wir Stellung beziehen.

Buchreihe
Colloquium

Jährlich aktualisiertes Wissen für Ärzte in Klinik und Praxis

- **Auswählen, was wichtig ist**
- **Beschreiben, wie es klinisch funktioniert**
- **Einordnen, um den Überblick zu behalten**



Colloquium Senologie 2011

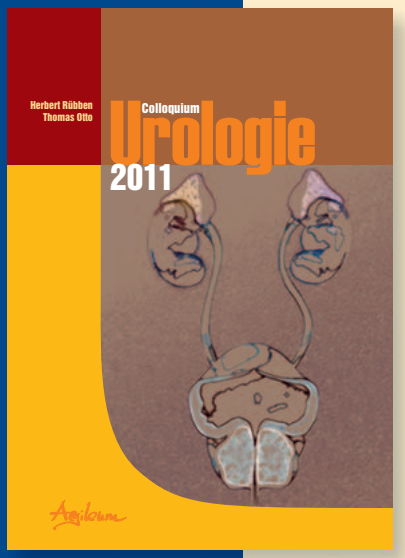
Stand der Information: Juni 2011

Herausgegeben von:
Michael Untch, Berlin; Christoph Thomssen, Halle; Serban-Dan Costa, Magdeburg

unter anderem mit Beiträgen von:
Sylvia Heywang-Köbrunner, München - Barbara Fleige, Berlin - Hans Kreipe, Hannover - Gunter von Minckwitz, Neu-Isenburg - Anton Scharl, Amberg - Nadia Harbeck, Köln - Ulrike Nitz, Oleg Gluz, Mönchengladbach - Ingo J. Diel, Mannheim - Peter Fasching, Erlangen

296 Seiten · durchgängig vierfarbig mit zahlreichen Tabellen und Abbildungen

ISBN 978-3-939415-10-7
Buchhandelspreis: 29,50 €
Agileum Verlags GmbH, München



Colloquium Urologie 2011

Stand der Information: Juli 2011

Herausgegeben von Herbert Rübben, Essen und Thomas Otto, Neuss

unter anderem mit Beiträgen von: Wolfgang Weidner, Gießen - Paolo Fornara, Halle - Jens Bagner, Neuss - Frank vom Dorp, Essen

255 Seiten · durchgängig vierfarbig mit zahlreichen Tabellen und Abbildungen

ISBN 978-3-939415-11-4
Buchhandelspreis: 29,50 €
Agileum Verlags GmbH, München

Agileum

Alle Bücher der Colloquium-Reihe können Sie versandkostenfrei telefonisch, per Fax oder per E-Mail direkt im Verlag bestellen: Agileum Verlags GmbH, Landsberger Straße 480 a, 81241 München, Fon: 089-820 737 27 – Fax: 089-820 737 28 – info@agileum-online.de

Therapiestrategien beim Follikulären Lymphom

Till Seiler und Martin Dreyling, Medizinische Klinik und Poliklinik III der Universität München, Campus Großhadern

Mitte Dezember des vergangenen Jahres trafen sich Hämatologen aus aller Welt im US-amerikanischen San Diego zur Jahrestagung der American Society of Hematology. Bei der Therapie des Follikulären Lymphoms standen Fragen zur Antikörperbehandlung im Mittelpunkt des Interesses.

RESORT: Rituximab-Erhaltung bei nicht fortgeschrittenem FL

In Deutschland werden Patienten mit Follikulärem Lymphom nur im Falle einer symptomatischen Erkrankung therapiert. Standard ist dann, je nach Allgemeinzustand, Alter und Komorbidität eine Immunchemotherapie mit Rituximab und CHOP, CVP oder Bendamustin, gefolgt von einer zweijährigen Rituximab-Erhaltungstherapie. Im Gegensatz zu dieser Strategie werden besonders in den USA Patienten mit nicht fortgeschrittenem Follikulären Lymphom einer Rituximab-Monotherapie unterzogen, welche zwar den Zeitpunkt bis zur ersten zytostatischen Therapie verzögern, jedoch nicht das Gesamtüberleben verlängern kann. Für diese Patienten wurde im Rahmen der RESORT-Studie nach einer Rituximab-Induktion (vierwöchentliche Gaben) der Stellenwert einer dreimonatlich verabreichten Rituximab-Erhaltungstherapie verglichen mit einer Re-Therapie mit Rituximab bei Progress. Bezüglich des Endpunktes Time to treatment failure waren beide Strategien gleichwertig (Abb. 1). Die Zeit bis zur ersten zytostatischen Therapie konnte mit der Erhaltungsstrategie signifikant verlängert werden, allerdings musste ein Vielfaches an Rituximab-Dosen appliziert werden. Somit ist eine Rituximab-Erhaltungstherapie in diesem Setting nicht empfehlenswert (1).

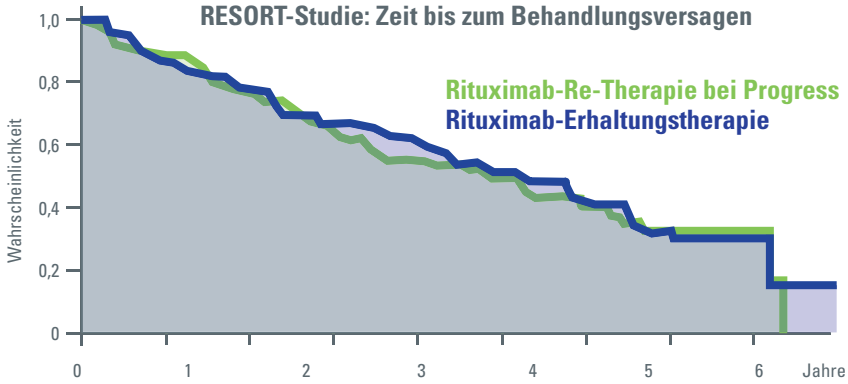


Abb. 1: Rituximab als Erhaltungstherapie oder als Re-Therapie bei Progress? In Bezug auf die Zeit bis zum Behandlungsversagen sind beide Strategien gleichwertig. Nach (1).

SWOG-S0016: Stellenwert der RIT-Konsolidierung weiter unklar

Für Patienten mit therapiebedürftigem, fortgeschrittenem Follikulären Lymphom war bislang die Rolle einer Radioimmuntherapie-Konsolidierung nicht endgültig geklärt. Die SWOG-S0016-Studie prüfte den Stellenwert einer Rituximab-haltigen Immunchemotherapie gegenüber einer konventionellen Chemotherapie mit nachfolgender Radioimmuntherapie(RIT)-Konsolidierung. Bei beiden Therapieoptionen konnten vergleichbare Ansprechraten sowie ein ähnlich gutes progressionsfreies Überleben und Gesamtüberleben erreicht werden.

Die Rolle einer Immunchemotherapie mit nachfolgender RIT-Konsolidierung ist in dieser Studie nicht geprüft worden. Auch ein randomisierter Vergleich zwischen RIT-Konsolidierung und dem derzeitigen Standard Rituximab-Konsolidierung liegt nicht vor. Somit bleiben auch nach dieser Studie offene Fragen zum Einsatz der RIT beim Follikulären Lymphom (2).

Obinutuzumab: GAUDI, GAUSS und GALLIUM

Eine neue Substanz in der Erstlinientherapie beim Follikulären Lymohom ist der CD20-Antikörper Obinutuzumab (GA101). Dieser sogenannte Typ-II-Antikörper ist humanisiert und chemisch modifiziert, sodass verglichen mit Rituximab eine gesteigerte ADCC (antibody dependent cellular cytotoxicity) und direkte Zelltoxizität bei verminderter komplementabhängiger Toxizität erreicht wird.

Die GAUDI-Studie prüfte bei 56 intensiv vorbehandelten Patienten eine Chemoimmuntherapie mit Obinutuzumab (1600/800 mg oder 400 mg) in Kombination mit CHOP oder FC, gefolgt von einer Erhaltungstherapie. Für beide Therapieregime konnten bei akzeptabler Toxizität Ansprechraten von 96,4 Prozent (G-CHOP) beziehungsweise 92,9 Prozent (G-FC) mit einem hohen Anteil kompletter Remissionen erreicht werden (3).

Die GAUSS-Studie vergleicht Obinutuzumab mit Rituximab in der Monotherapie bei Patienten mit rezidiviertem Follikulären Lymphom. In einer Zwischenauswertung zeigte sich ein Trend zu höheren Ansprechraten mit Obinutuzumab (end of induction ORR 33 Prozent versus 44 Prozent, p=0,08). Die Verträglichkeit in beiden Therapiearmen war vergleichbar, allerdings kam es im Obinutuzumab-Arm gehäuft zu infusionsassoziierten Symptomen. Bezüglich des progressionsfreien Überlebens waren beide Therapieoptionen vergleichbar (4).

Derzeit wird in einer Phase-III-Studie (GALLIUM) eine Immunchemotherapie mit Obinutuzumab oder Rituximab in der Erstlinientherapie bei Patienten mit therapiebedürftigem Follikulären Lymphom getestet.

Literatur:
1) Kahl BS et al, ASH 2011, late breaking abstract 6
2) Press O et al, ASH 2011, abstract 98
3) Radford J et al. ASH 2011, abstract 270
4) Sehn LH et al. ASH 2011, abstract 269

Patientenbegleiter

Seit Mai vergangenen Jahres sind sie im Roman-Herzog-Krebszentrum (RHCCC) im Einsatz und sollen nach US-amerikanischem Vorbild Tumorpatienten den Zugang zur Therapie erleichtern und sie auch emotional stützen. Denn neben den körperlichen Beschwerden sind Tumorerkrankungen häufig mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden. Der Schock der Diagnose, Verunsicherung und Zukunftsangst bringen Krebspatienten in einen Ausnahmezustand. Zu Beginn und im Verlauf der Therapie gilt es zudem eine Reihe organisatorischer und finanzieller Fragen zu klären, wie zum Beispiel die häusliche Unterstützung und Pflege oder die Arbeitsunfähigkeit.

Die zahlreichen unterschiedlichen Anbieter in der Versorgung erschweren häufig die Koordination und reibungslose Abläufe. So berichten Patienten unter anderem über Defizite im Informationsfluss vor allem an den Schnittstellen der Versorgung, in der Organisation der Behandlung allgemein und auch in der psychosozialen Betreuung.

Betreuung von Strahlentherapie-Patienten

Um hier Hilfe zu leisten, hat das RHCCC ein Patientenbegleitprogramm eingerichtet. Das Programm orientiert sich an den in den USA eingeführten Navigatoren, deren Aufgabe es ist, den Tumorpatienten den Zugang zur medizinischen Versorgung zu erleichtern und sowohl praktische als auch emotionale Unterstützung anzubieten.

Seit Mai 2011 sind Patientenbegleiter zunächst im Rahmen der ambulanten Tumortherapie im Einsatz. Sie betreuen Tumorpatienten der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie, die am Beginn ihrer strahlentherapeutischen Behandlung stehen. Die RHCCC-Patientenbegleiter sind Krankenschwestern, die zusätzlich in patientenzentrierter Gesprächsführung und psychoonkologischer Diagnostik fortgebildet wurden.

Vermittlung von Supportiv-Therapien

Die Begleitung beginnt mit der Aufnahme in das Tumor-Therapie-Zentrum (TTZ) im Klinikum rechts der Isar und beinhaltet zunächst ein ausführliches Aufnahmegespräch über Informationswünsche, das aktuelle psychosoziale Befinden des Patienten, Unterstützungsbedarf bezüglich der Begleittherapien und klärt offene Fragen auf Basis eines strukturierten Interviewleitfadens.

Bei Bedarf und Interesse vermittelt der Patientenbegleiter dem Patienten persönlich und zielgerichtet die vorhandenen supportiven Begleittherapien. Das Spektrum reicht von der Sozial- und Ernährungsberatung über die Sport- und Komplementärmedizin bis hin zu Schmerztherapie, Psychoonkologie und Seelsorge. Auch Kontakte zu Selbsthilfegruppen werden vermittelt.

Patientenbegleiter stehen in engem Kontakt mit den behandelnden Ärzten und sind während des gesamten Behandlungszeitraums für Patienten ansprechbar. Unmittelbar nach Ende der Strahlentherapie nehmen die RHCCC-Patientenbegleiter telefonisch Kontakt mit ihren Patienten auf und befragen sie zur Inanspruchnahme und ihrer Zufriedenheit mit den Begleittherapien sowie zu ihrer psychosozialen Befindlichkeit. Zur Evaluation des Begleitprogramms erhalten die Patienten etwa zwei Monate nach diesem Telefongespräch einen Fragebogen, in dem sie aufgefordert werden, das Begleitprogramm beziehungsweise ihren Patientenbegleiter zu bewerten und gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge zu machen.

Ausweitung des Programms geplant

Ersten Erfahrungen zufolge wird das Programm von den Patienten sehr gut angenommen. Großer Bedarf besteht vor allem in den Bereichen Sozialdienst, Psychoonkologie und Naturheilverfahren. Deutlich wurde auch, dass es sich bei der Patientenbegleitung um eine anspruchsvolle Tätigkeit handelt, die entsprechende Vorbereitung beziehungsweise Qualifizierung erfordert. Auf der Basis der bisher vorliegenden positiven Erfahrungen ist geplant, das Patientenbegleitprogramm stufenweise auf weitere Versorgungsbereiche des RHCCC auszuweiten.

Veranstaltungen des RHCCC

5. Patientinnentag Komplementärmedizin
Wann: Sonntag, 6. Mai 2012, 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr
Wo: Hörsaal A, Klinikum rechts der Isar
Wer: Krebspatientinnen, Angehörige, Interessierte
Wieviel: 10,00 Euro inklusive Getränke und Mittagessen
Anmeldung: direktion.frauenklinik@lrz.tu-muenchen.de oder Fax 089-4140-4831

Fortbildung „Malignes Melanom" (3 CME-Punkte)
Wann: Mittwoch, 16. Mai 2012, 16.00 Uhr bis 19.00 Uhr
Wo: Pavillon, Klinikum rechts der Isar
Wer: Onkologisch tätige Ärzte
Wieviel: Eintritt frei
Anmeldung: nicht notwendig

Patientenforum „Hautkrebs"
Wann: Samstag, 23. Juni 2012, 10.00 Uhr bis 13.00 Uhr
Wo: Hörsaal B, Klinikum rechts der Isar
Wer: Patienten, Angehörige, Interessierte
Wieviel: Eintritt frei
Anmeldung: nicht notwendig

RHCCC
Roman-Herzog-Krebszentrum
Comprehensive Cancer Center

Dr. Katrin Book, Sylvia Tanzer-Küntzer
Trogerstr. 26 · 81675 München
Tel.: 089 4140-7707 · Fax: 089 4140-7708
ccc@lrz.tum.de · www.rhccc.de

Als anerkanntes onkologisches Kompetenzzentrum hat die Klinik Bad Trissl mehr als 40 Jahre Erfahrung in der Behandlung von an Krebs erkrankten Menschen. Es werden alle diagnostischen und therapeutischen Geräte, Einrichtungen und Therapiemöglichkeiten auf höchstem technischem und wissenschaftlichem Niveau vorgehalten, welche in der modernen konservativen Onkologie zum Einsatz kommen.

Spezialisierte medizinische Behandlung und vorbildliche menschliche Begleitung.

Das Leistungsspektrum der Klinik Bad Trissl

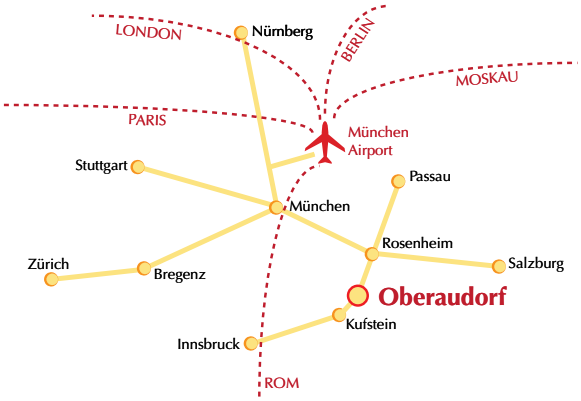
- Vorsorge u. Früherkennung: www.onkocheck.de
- Radiologie: konv. Röntgen, Mammographie, CT u. MRT
- medikamentöse Therapien wie Chemo-, Immun-, Hormon- u. Antikörpertherapie
- Strahlentherapie
- Regionale Tiefenhyperthermie
- Moderne Kombinationsbehandlungen aus Hyperthermie, Chemo- und Strahlentherapie
- Schmerztherapie
- Geriatrie
- Palliativmedizin
- Stomatherapie
- Medizinische Rehabilitation
- Physiotherapie, physikalische Therapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie, Logopädie
- Ernährungsmedizin
- Kunsttherapie
- Psychologie / Psychoonkologie
- Zweite Meinung

Der hohe technische Standard der Klinik und die umfassende fachliche Kompetenz sowie die liebevolle und individuelle Zuwendung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schaffen in der Klinik Bad Trissl die Grundlage für eine menschliche Atmosphäre. Zum Leistungsspektrum der Klinik Bad Trissl zählen neben den Therapieformen auch Vorsorgeprogramme zur frühen Erkennung einer Krebserkrankung. Die Klinik ist somit ein onkologisches Kompetenzzentrum mit umfassender Behandlung und herausragendem Ambiente. Dies zeigt sich auch daran, dass die Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthaltes sämtliche Annehmlichkeiten eines gehobenen Hotels mit ausgezeichnetem Service wählen können. So ist auch der Slogan der Klinik Bad Trissl zu verstehen:

Spezifisch durch hohe Fachkompetenz und umfangreiche therapeutische Möglichkeiten.

Menschlich durch individuelle Zuwendung und ganzheitliche Betrachtung in einem einmaligen Ambiente.

Wirkungsvoll durch moderne medizinische Technik um Behandlungsverfahren.



ONKOLOGISCHES KOMPETENZZENTRUM OBERAUDORF

KLINIK BAD TRISSL
Bad-Trissl-Straße 73
83080 Oberaudorf
Telefon: +49(0)8033/20-0
Telefax: +49(0)8033/20-295
info@klinik-bad-trissl.de
www.klinik-bad-trissl.de

Spezifisch
Menschlich
Wirkungsvoll

KLINIK Bad Trissl

COMPREHENSIVE **CANCER** CENTER CCC[LMU]
KREBSZENTRUM MÜNCHEN

Das Krebszentrum München ist jetzt eine eingetragene Marke

Das Comprehensive Cancer Center – Krebszentrum München (CCC[LMU]) am Klinikum der Universität München bündelt die Aktivitäten von 28 klinischen Einrichtungen am Münchner Uniklinikum. Damit übernimmt es eine zentrale Koordinierungsfunktion für alle Krebspatienten und für die onkologisch tätigen Ärzte der Region.

„Die Markeneintragung ist eine wichtige Grundlage, um am Klinikum der Universität München entwickelte Standards in Diagnostik und Therapie der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen“, betont der Direktor des CCC[LMU], Professor Volker Heinemann. „Auf diese Weise können wir die Qualität der Verfahren und Prozesse sicherstellen.“ Die offizielle Markeneintragung lautet auf: Comprehensive Cancer Center LMU am Klinikum der Universität München.

Das CCC[LMU] verfolgt die Entwicklung einer möglichst individualisierten und auf die biologischen Charakteristika des Patienten und seiner Tumorerkrankung zugeschnittenen Therapie. In regelmäßig stattfindenden Tumorboards besprechen multidisziplinäre Expertenteams die konkrete Vorgehensweise in Diagnostik und Therapie von Krebspatienten (siehe rechts). Das Krebszentrum ermöglicht darüber hinaus die Teilnahme an klinischen Studien. Auf diese Weise erhalten Patienten frühen Zugang zu den neuesten Therapieentwicklungen und können so die Vorteile einer modernen Medizin in Anspruch nehmen.

Kontakt und weitere Infos:
Sekretariat CCC[LMU] Krebszentrum München
Klinikum der Universität München – Campus Großhadern
Marchioninistraße 15 · 81377 München

Fon: 089-7095-5258 · Fax: 089-7095-8008
http://ccc.klinikum.uni-muenchen.de/

Tumorboards im CCC[LMU]

Montag	
8:00-9:30 Uhr	Tumorboard Frauenklinik – Innenstadt Campus Innenstadt · Frauenklinik, Seminarraum 1, Zi. 185 · Maistraße 11, 80337 München
16:30-17:30 Uhr (q14d)	Bronchialkarzinom Campus Großhadern · Demoraum Röntgen B
17:00-19:00 Uhr (q14d)	Thorakale Onkologie Campus Innenstadt · Großer Hörsaal der Medizinischen Klinik · Ziemssenstraße 1, 80336 München
Dienstag	
15:00-16:00 Uhr	Kopf-Hals-Tumorkonferenz Campus Großhadern · Demoraum Röntgen A
16:00–17:30 Uhr (q14d)	Interdisziplinäre Tumorkonferenz Innenstadt, Campus Innenstadt · Hörsaal der Chirurgischen Klinik · Nußbaumstraße 20, 80336 München
16:45-17:45 Uhr	Gastrointestinales Tumorboard (GI-Board) Campus Großhadern · Demoraum Röntgen B
16:00-17:30 Uhr	SarKUM-Konferenz Campus Großhadern · Demoraum Röntgen A
Mittwoch	
13:15–14:00 Uhr (q14d)	Interdisziplinäres Endokrines Tumorboard Campus Innenstadt · Großer Hörsaal der Medizinischen Klinik · Ziemssenstraße 1, 80336 München
15:00-16:00 Uhr	Hämatologische Neoplasien Campus Großhadern · Demoraum Röntgen A
16:45-18:00 Uhr	Neuroendokrine Tumoren und Tumoren der Schilddrüse · Campus Großhadern · Kleiner Demoraum Röntgen A (Raum E0 919)
Donnerstag	
09:00-10:30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz Knochen und Weichteiltumoren Campus Großhadern · Demoraum Röntgen A
15:00–16:00 Uhr	Interdisziplinäre Fallkonferenz Senologie/Gynäkologie Campus Großhadern · Demoraum Röntgen A
16:00–17:00 Uhr	Neuroonkologie Campus Großhadern · Konferenzraum Röntgen A
16:30–17:30 Uhr	Pädiatrisches Tumorboard Dr. von Hauner'sches Kinderspital, Röntgen-Demoraum · Lindwurmstraße 4, 80337 München
16:45-17:45 Uhr	Gastrointestinales Tumorboard (GI-Board) Campus Großhadern · Demoraum Röntgen B

Fortbildungsangebote des CCC[LMU]

In der interdisziplinären Fortbildungsreihe des Krebszentrums München können sich onkologisch tätige Ärzte über aktuelle Standards und Perspektiven in der Onkologie informieren.

Die Bayerische Landesärztekammer vergibt pro Veranstaltung 2 Fortbildungspunkte. Alle Fortbildungsangebote finden statt im Campus Großhadern, Hörsaaltrakt, 16:30–19:10 Uhr.

18.04.2012	Prostatakarzinom
16.05.2012	Genetisch bedingte Tumorerkrankungen
11.07.2012	Moderne Supportivmedizin in der Onkologie
10.10.2012	Innovationen der multimodalen Bildgebung

Neue Manuale

Die 16 Projektgruppen des Tumorzentrums München fassen ihre Diagnostik- und Behandlungsempfehlungen regelmäßig in Manualen zusammen, die für Mitglieder des Tumorzentrums München kostenlos erhältlich sind, darüber hinaus aber auch im Buchhandel angeboten werden. In den letzten Monaten sind drei neue Manuale erschienen: Mammakarzinome (siehe Seite 8), Knochentumoren und Weichteilsarkome sowie Maligne Lymphome.

Knochentumoren und Weichteilsarkome

Das Manual zu Knochentumoren und Weichteilsarkomen bietet einen Überblick über das Vorgehen bei Patienten mit diesen Erkrankungen. Das Buch wurde interdisziplinär erarbeitet und bietet Informationen zur Diagnostik und Therapie, sowohl für die Primär- als auch für die Rezidivtherapie ebenso wie für die Nachsorge. Sehr ausführlich werden die operative Therapie, die Strahlen-, die Chemo- und die multidisziplinäre Therapie beschrieben. Das Werk enthält auch jeweils eigene Kapitel zu gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) sowie zu benignen Weichteil- und Knochentumoren.

Manual Knochentumoren und Weichteilsarkome
Bandherausgeber: R. Issels · 5. Auflage 2011
ISBN 978-3-86371-033-0 · 168 Seiten · 24,90 Euro

Maligne Lymphome

Auf dem Gebiet der malignen Lymphome wurden in den letzten Jahren wesentliche Fortschritte erzielt; dazu haben neue Therapieprotokolle und neue Substanzen beigetragen. Mit der aktuellen WHO-Klassifikation liegt eine Charakterisierung der Lymphom-Subtypen vor, die morphologische, aber auch die zugrunde liegenden molekularen Veränderungen berücksichtigt. Gleichzeitig wurden wichtige Fortschritte in der Entwicklung individualisierter Therapiestrategien erzielt. Auch die aktuellen klinischen Studienkonzepte sind in diesem Manual aufgeführt. Das Manual gibt einen kurzen und prägnanten Überblick über die aktuellen Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Lymphome. Es wurde interdisziplinär erarbeitet und richtet sich sowohl an den Allgemein-Internisten als auch den erfahrenen Hämato-Onkologen.

Manual Maligne Lymphome
Bandherausgeber: M. Dreyling · 9. Auflage 2012
ISBN 978-3-86371-045-3 · 284 Seiten · 24,90 Euro

William-Dameshek-Preis für Christoph Klein

Die US-amerikanische Gesellschaft für Hämatologie (American Society of Hematology, ASH) hat Professor Christoph Klein, Ordinarius für Kinder- und Jugendmedizin an der Universität München, mit dem William-Dameshek-Preis 2011 für seine zahlreichen grundlegenden Beiträge zur Hämatologie ausgezeichnet. Mit dem Preis, der im Rahmen der ASH-Jahrestagung im Dezember 2011 verliehen wurde, würdigt die Gesellschaft besonders Kleins wegweisende Entdeckungen der Mutationen von HAX1-Genen bei Patienten mit schwerer kongenitaler Neutropenie (Kostmann Disease) sowie seine Entdeckung der humanen P14/ROBLD3-Defizienz und G6PC3-Defizienz. Dies sind genetische Defekte, die schwere kongenitale Neutropenien verursachen können.

TZM

Alle Manuale

■Endokrine Tumoren
2. Auflage 2008, 224 Seiten, 19,90 €
ISBN 978-3-88603-940-1

■Gastrointestinale Tumoren
8. Auflage 2010, 328 Seiten, 18,90 €, ISBN 978-3-88603-972-2

■Hirntumoren und spinale Tumoren
3. Auflage 2007, 228 Seiten, 19,90 €
ISBN 978-3-88603-923-4

■Knochentumoren und Weichteilsarkome
5. Auflage 2011, 168 Seiten, 24,90 €
ISBN 978-3-86371-033-0

■Kopf- und Hals-Malignome
4. Auflage 2009, 344 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-938-8

■Leukämien und MDS
3. Auflage 2009, 250 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-961-6

■Maligne Lymphome
9. Auflage 2012, 284 Seiten, 24,90 €
ISBN 978-3-86371-045-3

■Maligne Melanome
6. Auflage 2011, 164 Seiten, 19,90 €
ISBN 978-3-88603-995-1

■Maligne Ovarialtumoren
9. Auflage 2010, 132 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-983-8

■Malignome des Corpus uteri
3. Auflage 2007, 88 Seiten, 19,90 €
ISBN 978-3-88603-906-7

■Mammakarzinome
13. Auflage 2011, 360 Seiten, 27,90 €, ISBN 978-3-86371-010-1

■Multiples Myelom
3. Auflage 2009, 304 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-963-0

■Psychoonkologie
3. Auflage 2009, 296 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-964-7

■Supportive Maßnahmen in der Hämatologie und Onkologie
1. Auflage 2001, 360 Seiten, 38,50 €
ISBN 978-3-88603-732-2
vergriffen

■Tumoren der Lunge und des Mediastinums
9. Auflage 2011, 312 Seiten, 24,90 €
ISBN 978-3-86371-008-8

■Urogenitale Tumoren
4. Auflage 2008, 372 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-88603-941-8

■Malignome der Vulva und Vagina
2. Auflage 2011, 76 Seiten, 14,90 €
ISBN 978-3-86371-009-5

■Zervixkarzinom
2. Auflage 2004, 96 Seiten, 25,10 €
ISBN 978-3-88603-839-4

Bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder direkt beim Verlag.

ZUCKSCHWERDT
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH · Industriestraße 1· 82110 Germering · www.zuckschwerdtverlag.de

Schlossbergklinik Oberstaufen: Verhandlungen auf der Kippe

Die Helios Kliniken GmbH will die Allgäuer Schlossbergklinik Oberstaufen Ende September 2012 aus wirtschaftlichen Gründen schließen, und das, obwohl die Klinik „eine zentrale Rolle sowohl in der ambulanten wie der stationären Akutversorgung der beiden Kreise Lindau und Oberallgäu spielt“, so der ärztliche Direktor Professor Thomas Licht gegenüber den TZM-News. Darüber hinaus ist die Klinik Licht zufolge darauf spezialisiert, Patienten zu betreuen, die nach ihrer Akutbehandlung in großen Zentren noch nicht rehabilitationsfähig sind. Betroffen von der Schließung wären sowohl der Akut- als auch der Rehabilitationsbereich. Dennoch wollen Licht und die 200 Beschäftigten die Hoffnung nicht aufgeben. Offenbar wird derzeit noch einmal ein Übernahmeangebot der Schwesternschaft München des Bayerischen Roten Kreuzes geprüft.

Auch Kliniken des Tumorzentrums München (TZM) gehören zu den Kooperationspartnern der Allgäuer Einrichtung. TZM-Koordinator Professor Volkmar Nüssler betrachtet die Entwicklung mit großer Sorge: „Wir brauchen speziell die supportive Expertise der Schlossbergklinik.“

TZM Essentials 2012

Ein Jahr an einem Tag

Etwa 200 Teilnehmer ließen sich beim Jahreskongress des Tumorzentrums München am 21. Januar die wichtigsten klinisch-wissenschaftlichen Neuigkeiten der vorangegangenen zwölf Monate präsentieren. Für alle, die am Kongress nicht teilnehmen konnten, ist die Dokumentation dieser Veranstaltung sicher interessant: Das Themenspektrum des Tagungsbandes umfasst alle wichtigen soliden Tumoren vom Mammakarzinom bis zum kolorektalen Karzinom, außerdem ausgewählte hämatologische Themen wie Follikuläres Lymphom und Chronische lymphatische Leukämie.

Mitglieder des TZM erhalten das Buch zu Sonderkonditionen. Weitere Informationen dazu hält die Geschäftsstelle des Tumorzentrums München bereit. Beim Agileum-Verlag und im Buchhandel ist das Werk für 29,50 Euro verfügbar.

Jahrbuch des Tumorzentrums München 2012
196 Seiten; durchgehend vierfarbig, mit 36 Abbildungen und 16 Tabellen; Buchhandelspreis 29,50 Euro
ISBN 978-3-939415-12-1

Bestellungen für TZM-Mitglieder (Sonderkonditionen):
TZM-Geschäftsstelle;
Fon: 089-5160-2238 · Fax: 089-5160-4787
E-Mail: tzmuenchen@med.uni-muenchen.de

Bestellungen direkt beim Verlag: Agileum-Verlag, München
Fon: 089-820737-27 · Fax: 089-820737-28
E-Mail: info@agileum-online.de

Alle Projektgruppen auf einen Blick

Endokrine Tumoren
Herr Prof. Dr. B. Goeke
burkhard.goeke@med.uni-muenchen.de

Gastrointestinale Tumoren
Frau Prof. Dr. Ch. Bruns
christiane.bruns@med.uni-muenchen.de

Hirntumoren
Herr Prof. Dr. J.-C. Tonn
joerg.christian.tonn@med.uni-muenchen.de

Knochentumoren / Weichteilsarkome
Herr Prof. Dr. R. Issels
rolf.issels@med.uni-muenchen.de

Kopf-Hals-Malignome
Herr Dr. Dr. G. Mast
gerson.mast@med.uni-muenchen.de

Leukämien und MDS
Herr Prof. Dr. med. K. Spiekermann
Karsten.Spiekermann@med.uni-muenchen.de

Maligne Lymphome
Herr Prof. Dr. M. Dreyling
martin.dreyling@med.uni-muenchen.de

Maligne Melanome
Frau Prof. Dr. C. Berking
carola.berking@med.uni-muenchen.de

Maligne Ovarialtumoren
Frau Prof. Dr. B. Schmalfeldt
barbara.schmalfeldt@lrz.tum.de

Mammakarzinome
Herr Dr. I. Bauerfeind
frauenklinik@klinikum-landshut.de

Multiples Myelom
Herr PD Dr. Ch. Straka
cstraka@schoen-kliniken.de

Psycho-Onkologie
Frau Dr. P. Heußner
pia.heussner@med.uni-muenchen.de

Supportive Maßnahmen in der Hämatologie und Onkologie
Herr Prof. Dr. H. Ostermann
helmut.ostermann@med.uni-muenchen.de

Tumoren der Lunge und des Mediastinums
Herr Prof. Dr. R. M. Huber
pneumologie@med.uni-muenchen.de

Urogenitale Tumoren
Herr PD Dr. M. Seitz
michael.seitz@med.uni-muenchen.de

Uterusmalignome
Herr PD Dr. Ch. Dannecker
christian.dannecker@med.uni-muenchen.de

Florian Greten erhält Deutschen Krebspreis

Professor Florian Greten vom Institut für Molekulare Immunologie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München ist einer der drei Preisträger des Deutschen Krebspreises 2012, den die Deutsche Krebsgesellschaft Ende Februar im Rahmen des Deutschen Krebskongresses in Berlin verliehen hat. Florian Greten erhält den Deutschen Krebspreis für experimentelle Forschung. Damit würdigt die Jury seine besonderen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur molekularen Pathologie des kolorektalen Karzinoms.

Im Bereich klinische Forschung wurde der Radiologe Professor Michael Bamberg vom Universitätsklinikum Tübingen ausgezeichnet. Den Preis für translationale Forschung erhielt Professorin Charlotte Niemeyer vom Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Freiburg.

Ernährung bei Krebs

Tumorzentrum und Bayerische Krebsgesellschaft informieren gemeinsam am Samstag, den 28. April 2012

Auf die Diagnose „Krebs“ reagieren fast alle Patienten mit der Umstellung ihrer Lebensgewohnheiten. Zu den ersten Maßnahmen gehört meist die Änderung der Ernährung. Das Team von renommierten Ernährungsexperten um Professor Hans Hauner will mit diesem Symposium möglichst konkrete Hilfestellung leisten. Die Referenten informieren über sogenannte Krebsdiäten, über die Möglichkeiten, etwas gegen Gewichtsverlust zu tun, und auch über die Chancen einer häufig auch vorübergehend sinnvollen künstlichen Ernährung.

Den Referenten liegt daran, mit den Teilnehmern ins Gespräch zu kommen, um offene Fragen möglichst direkt zu beantworten. Auch der weit über München hinaus bekannte Sternekoch Hans Haas vom Restaurant Tantris hat sich in den Dienst der guten Sache gestellt: Am Ende des Tages werden zehn Freikarten für einen Kochkurs verlost, in dem gezeigt werden wird, dass vollwertige Ernährung und Genuss der Extraklasse einander nicht ausschließen.

Der Eintritt ist frei, das Tumorzentrum bittet aber um eine verbindliche Anmeldung. Ein Flyer kann im Internet heruntergeladen werden (www.tumorzentrum-muenchen.de/patienten.html).

Titel: Ernährung bei Krebs
Termin: Samstag, 28. April 2012
Zeit: 10 bis 13 Uhr
Ort: Hörsaal A, Klinikum rechts der Isar, Max-Weber-Platz

Anmeldung unter:
Tel.: 089-5160-2238
Fax: 089-5160-4787
E-Mail: TZMuenchen@med.uni-muenchen.de

Impressum

TZM-News
ISSN: 1437-8019
© 2012 by Tumorzentrum München und LUKON Verlagsgesellschaft mbH, München

Redaktion
Prof. Dr. med. Volkmar Nüssler (verantwortlich), Petra Möbius, Hermann Werdeling, Ludger Wahlers, Tina Schreck (CvD), Anschrift wie Verlag

Anzeigen
Manfred Just (089-820737-0; M.Just@Lukon.de)
Anschrift wie Verlag

Herausgeber
Geschäftsführender Vorstand des Tumorzentrums München
c/o Geschäftsstelle des Tumorzentrums München
Pettenkoferstraße 8 a, 80336 München
Fon: 089-5160-2238, Fax: 089-5160-4787
tzmuenchen@med.uni-muenchen.de
www.tumorzentrum-muenchen.de

Vorsitzender
Prof. Dr. med. K.-W. Jauch, Direktor der Chirurgischen Klinik, Klinikum Großhadern der Universität München

1. stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. med. J. Gschwend, Direktor der urologischen Klinik und Poliklinik des Klinikums rechts der Isar

2. stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. med. R. Gradinger, Ärztlicher Direktor des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München

Geschäftsführender Sekretär
Prof. Dr. med. Ch. Peschel, Direktor der 3. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München

Schatzmeister
Prof. Dr. med. V. Heinemann, Medizinische Klinik und Poliklinik III, Klinikum Großhadern der Universität München

Koordinator
Prof. Dr. med. V. Nüssler(Anschrift wie Herausgeber)

Verlag
LUKON Verlagsgesellschaft mbH
Landsberger Straße 480 a, 81241 München
Fon: 089-820 737-0, Fax: 089-820 737-17
E-Mail: TZM-News@Lukon.de
www.lukon-verlag.de

Abonnement
Die TZM-News erscheint viermal jährlich zum Einzelpreis von 4,00 €. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 15,00 €. Die genannten Preise verstehen sich zuzüglich Versandkosten: Inland 3,00 €; Ausland: 12,00 €. Die Bezugsdauer beträgt ein Jahr. Der Bezug verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn das Abonnement nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.

Für Mitglieder des Tumorzentrums München ist der Bezug der TZM-News im Mitgliedsbeitrag bereits enthalten.

Layout, Gestaltungskonzept und Illustration
Charlotte Schmitz, 42781 Haan

Bildnachweis
Titelseite rechts, Seite 18 oben rechts: Tumorzentrum München (Stefan Wartini); Seite 4 oben: Brustzentrum der Universität München, unten: Julia Neugebauer, München; Seite 10 und 11: Bayerische Krebsgesellschaft, München; Seite 14: Alexey Klementiev (Fotolia); Alexander Raths (Fotolia); Seite 17: von Hauner'sches Kinderspital, München; Seite 18 links: Thomas Licht, Oberstaufen; Seite 19 oben: Klinikum rechts der Isar der TU München; Seite 19 mitte: eAlisa (Fotolia); volff (Fotolia); Seite 19 unten: Cogipix (Fotolia); Alle Grafiken: Charlotte Schmitz, Haan.

Druck
Flyeralarm, 97080 Würzburg
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge beziehungsweise Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.

Auflage
2.500 Exemplare

BEI MULTIPLEM MYELOM

SPRUNG IN EINE HÖHERE DIMENSION DER EFFIZIENZ

Verlangen Sie mehr. Mit VELCADE® plus Melphalan-Prednison erreichten 30% der Patienten eine komplette Remission, verglichen mit 4% unter Melphalan-Prednison (p<0,001).[1,2]
Zudem zeigte sich unter VELCADE® plus Melphalan-Prednison ein signifikant längeres Gesamtüberleben um 13,3 Monate (56,4 Monate mit VMP vs. 43,1 Monate mit MP; p=0,0004).[3]

1. San Miguel J et al., New Engl J Med 2008;359:906–917.
2. Aktuelle VELCADE®-Fachinformation.
3. San Miguel J et al., ASH 2011, San Diego;Abstract #476.

VELCADE® 1 mg/3,5 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung. Wirkstoff: Bortezomib. **Zusammensetz.:** Jede Durchstechfl. enth. 1 mg bzw. 3,5 mg Bortezomib (als ein Mannitol-Borsäureester). Sonst. Bestandt.: Mannitol (E421), Stickstoff. **Anw. geb.:** In Kombin. m. Melphalan u. Prednison für d. Bhdlg. v. Pat. m. bisher unbehand. multiplem Myelom, die für e. Hochdosis-Chemotherapie m. Knochenmarktranspl. nicht geeign. sind. Als Monotherapie für d. Bhdlg. v. progressivem, multiplem Myelom b. Pat., die mind. 1 vorangeh. Therapie durchlaufen haben u. die sich bereits einer Knochenmarktranspl. unterzogen haben od. die für eine Knochenmarktranspl. nicht geeign. sind. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. Bortezomib, Bor od. einen d. sonst. Bestandt.; akute diffus infiltrat. pulmon. u. perikard. Erkr.; Schwangerschaft u. Stillzeit; Kdr. u. Jugendl. unter 18 J.; gleichz. Gabe v. hochdos. Cytarabin (2 g/m² pro Tag) als Dauerinfusion üb. 24 h mit Daunorubicin. Gleichz. Anw. mit starken CYP3A4-Indukt. nicht empf. **Vorsicht bei:** Obstipation; Thrombozytopenie; Neutropenie; Anämie; Blutungsrisiko; Bhdlg. unterbr., wenn d. Thrombozytenzahl < 25.000/µl od. b. Komb. m. Melphalan u. Prednison ≤ 30.000/µl u. mit reduz. Dosis wieder aufnehmen, wenn d. tox. Reakt. abgeklungen sind; sorgf. Nutzen-Risiko-Abwäg., bes. in Fällen moderater bis schwerer Thrombozytopenie u. Blutungsrisiken (engm. Blutbildkontr., einschl. Thrombozytenzähl. währ. ges. Bhdlg.); Flüssigkeitsretention; Herzinsuff. (engm. Überw. b. Risikopat. f. Herzerkr. od. besteh. Herzerkr.); Lungenerkr., Lungeninfiltration (Röntgenthorax vor Bhdlgs.beg. empf., um festzust., ob weit. diagn. Maßn. notw. sind u. als Ausgangsbef. f. mögl. pulmon. Veränd.; b. neu auftret. od. sich verschlecht. pulmon. Sympt. muss e. sofortige diagn. Abklärung sowie e. adäq. Bhdlg. d. Pat. erfolgen; vor Fortsetz. d. VELCADE®-Ther. Nutzen-Risiko-Verhältn. abwägen); Nierenfunkt.störg.; Pat. m. e. mäßigen od. schweren Leberfunkt.störg. (Dosis reduzieren u. engmaschig auf Tox. überwachen; Risikopat. f. Krampfanfälle u. Tumor-Lyse-Syndr.; Pat., d. Bortezomib in Kombin. m. potenten CYP3A4-Inhibitoren (z.B. Ketoconazol, Ritonavir) erh.; Kombin. v. Bortezomib m. CYP3A4- od. CYP2C19-Substraten; eine normale Leberfunkt. soll gesichert sein; Gabe v. oralen Antidiabetika; Bhdlgs. abbruch b. schweren mögl. Immunkomplex-vermitt. Reakt. (z.B. Serumkrankh. od. Serumtypreakt., gelegentl. Polyarthr. m. Ausschl. u. proliferat Glomerulonephr.); Pat. sorgfält. auf Anz. autonom. od. periph. Neuropathie überw. Im Zus.hang m. d. Bhdlg. m. VELCADE® tritt häufig e. orthostat. posturale Hypotonie auf, daher bes. Vorsicht, wenn Pat. m. Synkopen in d. Anamn. m. Arzneim. bhdlt. werden, d. zu Hypotonie führen können, als auch b. Pat., d. aufgr. rezidiv. Diarrh. od. Erbr. dehydriert sind. Männer in zeugungsfäh. Alter u. Frauen in gebärfäh. Alter müssen währ. u. 3 Monate n. d. Bhdlg. e. zuverlässige Verhütungsmeth. anw. **Nebenwirk.**: (*Meldungen nach Markteinf.). *Sehr häufig:* Herpes zoster (einschl. disseminiertem), Thrombozytopenie, Anämie, Neutropenie, Neuropathie (periph., periph. sensor. autonome), Kopfschm., Parästhesie, Dyspnoe, Übelk., Diarrh., Erbr., Obstipat., Ausschlag, Myalgie, Müdigk., Fieber, vermind. Appetit. *Häufig:* Leukopenie, Lymphopenie, Schwindel (außer Vertigo), Störg. d. Geschmacksempfind., periph. Neuropathie verschlimmert, Polyneuropathie, Dysästhesie, Hypästhesie, Tremor, Pneumonie, Bronchitis, Sinusitis, Nasopharyngitis, Herpes simplex, Dehydratat., Hyperglyk., Hypokali., Schlaflosigk., Angstzust., Verwirrth., Depression, verschwomm. Sehen, Augenschmerz, Vertigo, Hypotonie [inkl. orthostat. u. postural], Phlebitis, Hämatom, Hypertonie, Epistaxis, Belast.-Dyspnoe, Husten, Rhinorrh., Bauchschm., Dyspepsie, weicher Stuhl, Oberbauchschm., Blähg., gebläht. Abdomen, Singult., orale Ulzerat., Halsschm., Stomatit., Mundtrockenh., Pruritus, Erythem, periorbitales Ödem, Urtikaria, Pruritus-art. Hautausschl., vermehrt. Schwitzen, trockene Haut, Ekzem, Schmerz i. d. Gliedmaßen, Muskelkrämpfe, Arthralgie, Knochenschm., periph. Schwellung, Muskelschwäche, Rückenschmerz, muskuloskelet. Schmerz, Nierenfunkt.störg., Dysurie, Schwäche, Rigor, allg. Unwohlsein, gripp. Infekte, (periph.) Ödem, Schmerz, Lethargie, Brustschm., Asthenie, Gewichtsabn., erhöhte Lactatdehydrogenase. *Gelegentl.:* Candida-Infekt., Gastroenterit., Infekt. d. oberen u. unt. Respirationstrakts, Infekt., Influenza, Pilzinfekt., sept. Schock*, Sepsis, Herpes-Meningoenzephalitis*, Harnwegsinfekt., Katheter-beding. Infekt., Hämophilusinfekt., Pneumokokkenpneum., Postzoster-Neuralg., Bakteriämie, Blepharitis, Bronchopneum., Cytomegalievirusinfekt., infekt. Mononukleose, Varizellen, orale Candidose, Pleurainfekt., Tumor-Lyse-Syndr., Lymphadenopathie, febrile Neutropenie, Panzytopenie, hämolyt. Anämie, thrombozytopen. Purpura, Angioödem*, Hypersensitivität, Immunkompl-vermitt. Hypersensitivität, Immunkompl.-vermitt. Reakt. wie in d. Art d. Serumkrankh., Polyarthrit. m. Ausschl. u. prolif. Glom.-Nephritis, Hyperkalz., Hyperkali., Hypernatr., Hyperurikämie, Hyponatr., Hypocalz., Hypomagnes., Hypophosphat., Hypoglyk., vermehrt. Appetit, Kachexie, Vit.-B12-Mangel, inadäquate ADH-Sekret., Agitat., Delir, Unruhe, Stimmungsschwank., Veränd. d. psych. Zust., Schlafstörg., Erregbark., Halluzin., anormale Traumzust., Krampfanf., Synkope, Konzentrat.störg., verstärk. Aktivität, Geschmacksverlust, Somnolenz, Migräne, periph. motor. Neuropathie, unwillkürl. Zuckungen, Lageschwindel, Ischiasbeschw., Wahrnehmungsstörg., Mononeuropathie, Parese, Syndr. d. unruh. Beine, Sprachstörg., Enzephalopathie*, revers. posteriores Leukoenzephalopathie-Syndr.*, intrakran. Blutg., Paraplegie, subarachn. Blutg., trock. Auge, Konjunktivit., Augenausfl., abnorm. Sehen, Augenblutg., Photophobie, Augenreizung, gesteig. Tränenfluss, gerötete Augenbindehaut, geschwoll. Auge, Tinnitus, Taubheit, Schwerhörigk., beeinträcht. Hörvermögen, Entwickl. od. Exazerbat. e. dekompens. Herzinsuff., Herzinsuff., ventrik. Hypokinesie, (akutes) Lungenödem, Herzbeuteltamponade*, kardiopulmonaler Stillst.*, Herzstillst., kardiog. Schock, Tachyk., Sinus-Tachyk., supraventr. Tachyk., Arrhyth., Vorhofflimmern, Palpitat., Sinusknotenarrest, kompl. AV-Block, (instab.) Angina pect., Myokardinfarkt, Gesichtsrötg., Petechien, Hitzewall., kleinfläch. Hautblutg., Purpura, zerebr. Blutg., Vaskulit., venenbeding. Hautverfärbg., Venenerweit., Blutg. aus Wunden, pulmon. Hypertonie, zerebrovask. Ereign., verstopfte Nase, pfeif. Atmen, Pleuraerguss, Heiserk., Thoraxschmerz, Hypoxie, pulmon. Insuff., Rhinitis, Asthma, Hyperventil., Orthopnoe, Sinusschmerz, Rachenenge, prod. Husten, respirat. Alkalose, respirat. Versagen*, Pneumonitis*, Lungenembolie*, pulmon. Hypertension*, interstit. Pneumonie*, akute diffus infiltrat. Lungenerkr.*, pulmon. alveoläre Hämorrh.*, Atemstillst., Tachypnoe, paralyt. Ileus, abdomin. Unwohlsein, Aufstoßen, gastrointest. Motilitätsstörg., Mundschm., Brechreiz, Antibiotika-assoz. Kolitis, Veränd. d. Stuhlgang-Gewohnh., hämorrhag. Diarrh., gastrointest. Blutg., Milzschmerz., Kolitis, Dysphagie, Ösophagit., Gastritis, gastroösoph. Refluxkrankh., gastrointest. Schmerz, Blutg. u. Schmerzen d. Mundschleimhaut, Hämatemesis, Hiatushernie, Reizdarmsyndr., orale Schleimhaut-Petech., rekt. Blutg., vermehrt. Speichelfluss, belegte Zunge, verfärbte Zunge, Enteritis, Fäkalstauung, ischäm. Kolitis*, akute Pankreatitis, Hyperbilirubinämie, Hepatitis, hepat. Hämorrhagie, Hypoproteinämie, Nachtschweiß, Stevens-Johnson-Syndr.*, Tox. epiderm. Nekrolyse*, erythemat. Hautausschlag, Haarausfall, Quetschung, generalis. Pruritus, fleck. u. papul. Hautausschl., Hautnoduli, generalis. Hautausschlag, (atopische) Dermatitis, Augenlidödem, Nagelveränd., Photosensitivit. reakt., Hautverfärb., anorm. Haarbeschaffenh., Miliara rubra, Psoriasis, vaskulit. Hautausschlag, Gesichtsödem, Dekubitalgeschwür, Ichthyosis, Gelenksteife, Schmerz i. Gesäß, Gelenkschwell., Muskelspasmen, Muskelzuck. od. Schweregefühl, Muskelsteifheit, Schwellung, Kieferschmerz, akutes Nierenversag., Nierenkolik, Hämaturie, Proteinurie, veränd. Miktionsfrequ., Schwierigk. b. Wasserlassen, Niereninsuff., Oligurie, Harnverhalt, Lendenschmerzen, Harninkont., verstärk. Harndrang, Sturz, Schleimhautentz., Kältegef., Gefühl v. Druck i. Brustkorb, Phlebitis a. d. Injekt.stelle, Schleimhautblutg., Druckempfindlichk., Erythem a. d. Injekt.stelle, Neuralgie, Leistenschmerz, Brustenge, Extravasatentz., Unwohlsein i. Brustber., Alaninaminotransferase, Aspartaminotransferase, alk. Phosph., Kreatininspiegel, Harnstoff i. Blut, Gammaglutamyltransferase, Amylase i. Blut, Bilirubin i. Blut erhöht; vermind. Phosphat i. Blut, auffäll. Leberfunkt.test, vermind. Erythrozytenzahl, Gewichtszun., vermind. weiße Blutkörperchenzahl, Bikarbonatspiegel vermind., unregelmäß. Herzrhythmus, erhöh. C-reakt. Protein, Katheter-bez. Komplikat., Schmerzen n. Applikat., Blutg. n. Applikat., Brennen, Hodenschmerz, erekt. Dysfunkt. *Selten:* auton. Neuropathie*, Herpes zoster ophthalmicus*, neu auftret. Abnahme d. linksventr. Ejektionsfraktion, Perikardit.*, ventr. Arrhyth.*, ventr. Tachyk.*, Akutes Respiratory Distress Syndr. (ARDS)*, periph. Embolie*, Leberversagen*, akute febrile neutroph. Dermatose (Sweet-Syndr.)*, vaskulit. Hautausschlag (einschl. leukozytoklast. Vaskulitis)*, vereinzelt in klin. Stud. QT-Verläng., Leberversagen. Herpes-zoster-Reaktivierung. **Zytotoxisch:** Nicht verwendetes Arzneimittel od. Abfallmaterial ist gem. d. nat. Anforderungen zu entsorgen. **Stand d. Inform.:** 06/2011. **Verschreibungspflichtig. JANSSEN-CILAG GmbH, 41457 Neuss.**

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson