

DURCHBRUCHSCHMERZEN

Bedarfsmedizin muss rasch wirken

Tumorpatienten, die trotz gut eingestellter Dauerschmerzen plötzliche Schmerzexazerbationen entwickeln, benötigen eine schnell wirksame und einfach anzuwendende Bedarfsmedikation.

FRANKFURT/MAIN. Die meisten Krebspatienten erleiden kurze Schmerzzacken von hoher Intensität, besonders in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung. Wenn sichergestellt sei, dass der Hintergrundschmerz durch langwirksame Opioidanalgetika angemessen kontrolliert ist, handele es sich um tumorbedingte Durchbruchschmerzen (DBS), erklärte Dr. Oliver Emrich, niedergelassener Schmerztherapeut aus Ludwigshafen im Rahmen eines von der Firma TEVA unterstützten Symposiums auf dem Deutschen Schmerz- und Palliativtag.

DBS treten blitzartig ein, erreichen innerhalb weniger Minuten maximale Intensität und klingen nach kurzer Zeit spontan ab. Das entscheidende diagnostische Kriterium sei ihr Auftreten trotz eines mit retardierten Opioiden gut kontrollierten Dauerschmerzes, unterstrich Emrich. Verspüren die Patienten noch moderate Hintergrundschmerzen, ist eine Optimierung der Basisanalgesie erforderlich.

Praxisleitlinie empfiehlt ROO

Um DBS so schnell wie möglich in den Griff zu bekommen, benötigen die Betroffenen ein Schmerzmittel, das hoch wirksam ist, einen schnellen Wirkeintritt und eine kurze Wirkdauer hat. Nach der Praxisleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) sollten bei DBS Rapid-Onset-Opioidanalgetika (ROO) wie z. B. Fentanyl-Buccaltablets (Effentora®) eingesetzt werden. ROO gelangten rasch durch die Blut-Hirn-Schranke und könnten somit dem Zeitverlauf einer typischen DBS-Episode gerecht werden, erläuterte Emrich. Fentanyl-Buccaltablets erreichen ihre maximale Wirksamkeit nach ca. 10 Minuten und decken mit einer Wirkdauer von maximal zwei Stunden die typischen Durchbruchschmerzepisoden ab [Slatkin NE et al. J Support Oncol. 2007;5(7):327-34]. Wichtig für den Praxisalltag sei eine sorgfältige Dokumentation der DBS-Therapie, betonte Emrich. (aam)

Ernährungstherapie bei Krebs wirkt günstig auf den Verlauf

Der Einfluss der Ernährung auf den Verlauf von Krebserkrankungen und auf die Therapieverträglichkeit wird vielfach unterschätzt. Notwendig ist ein Ernährungsscreening für jeden Krebspatienten.

VON THOMAS MEISSNER

BERLIN. Supportive Maßnahmen in der Onkologie machen viele Therapiekonzepte erst möglich. Einen noch zu geringen Stellenwert habe dabei unter anderem die Ernährungstherapie, meint Professor Petra Feyer vom Vivantes Klinikum Neukölln in Berlin. Bei bis zu 80 % der Krebspatienten müsse mit Gewichtsverlust und Mangelernährung gerechnet werden: unzureichende Energie- und Nährstoffaufnahme und systemische Entzündungsprozesse mit Insulinresistenz sind einige der Ursachen, gesteigerte Lipolyse und erhöhter Proteinumsatz sind weitere Gründe dafür [best practice onkologie. 2009;4(5):42].

„Es sollte für jeden Krebspatienten ein Ernährungsscreening etabliert werden“, fordert Feyer im Gespräch mit der „Ärzte Zeitung für Onkologen und Hämatologen“. Damit könne geklärt werden, inwiefern ein Risiko für Mangelernährung bestehe oder ob bereits Zeichen der Mangelernährung vorlägen. Um den Ernährungsstatus zu erfassen, gibt es Erhebungsinstrumente wie das MUST („Malnutrition Universal Screening Tool“) und das MNA („Mini Nutritional Assessment“), die eine Einschätzung innerhalb von Minuten erlauben. Wichtige Parameter sind Gewicht, Körpergröße und das Gewichtsverhalten in den vergangenen drei Monaten sowie die Art der anstehenden Therapie.

Auch bei Übergewicht nötig

So sei z. B. vorhersehbar, dass Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren unter kombinierter Radiochemotherapie häufig ausgeprägte Mukositiden entwickeln, die die orale Nahrungsaufnahme einschränken und zu weiterer Gewichtsabnahme führen können, erklärt Feyer. Dies müsse durch eine entsprechende ernährungsmedizinische Führung ausgeglichen werden. Ähnliches gelte für Patienten mit Tumoren des Gastrointestinaltrakts oder Krebspatienten in metastasierten Erkrankungsstadien. Dagegen treten etwa bei Prostatakarzinompatienten primär selten ernährungsmedizinische Probleme auf.



Krebspatienten benötigen 5–7 kleine, hochkalorische und eiweißreiche Mahlzeiten pro Tag. © LESTER120/ISTOCK/THINKSTOCK



Es sollte für jeden Krebspatienten ein Ernährungsscreening etabliert werden.“

Professorin Petra Feyer,
Chefärztin der Strahlentherapie und
Radioonkologie am Vivantes Klinikum
Neukölln, Berlin

i Vertiefende Informationen zur Ernährung bei Krebserkrankungen bieten die Landeskrebsgesellschaften in Broschüren an. Unter www.awmf.de finden sich im Leitlinien-Entwurf „Supportive Maßnahmen in der Radioonkologie“ auch Hinweise zur Ernährung.

„Auch ein übergewichtiger Patient kann mangelernährt sein“, betont die stellvertretende Vorsitzende der Berliner Krebsgesellschaft. „Zur Evaluation gehört eine Analyse von Muskelmasse, Fettmasse, Kalorienzufuhr und Eiweißgehalt der Ernährung!“

Mit einer optimierten Zusatzernährung, oral enteralen oder gegebenenfalls parenteralen Ernährung können Gewichtsverlust und Infektionsrisiko entgegengewirkt werden. Auch sind weniger unerwünschte Wirkungen der Behandlung sowie Therapieunterbrechungen oder -abbrüche zu erwarten. Eine Mangelernährung kann dagegen zu kürzeren Überlebenszeiten nach Operationen, Chemo- oder Strahlentherapie beitragen.

In der Regel benötigen Krebspatienten eine hochkalorische, eiweißreiche Energiezufuhr von 2.500 bis 3.000 kcal täglich. Bewährt haben sich fünf bis sieben kleine Mahlzeiten pro Tag, gegebenenfalls auch ein Wechsel von fester und hochkalorischer, eiweißreicher Trinknahrung.

Die Ermittlung des Body-Mass-Index sowie Bio-Impedanzmessungen sollten in Abständen von vier bis acht Wochen durchgeführt werden, um zu prüfen, ob ernährungsmedizinische Maßnahmen greifen. Zur viel disku-

tierten ketogenen Diät äußert sich Feyer zurückhaltend. Aus experimentellen Studien geht hervor, dass viele Krebszellen einen hohen Glukoseumsatz aufweisen, weshalb teilweise kohlenhydratreduzierte Diäten propagiert werden. Derzeit laufen dazu klinische Studien. Feyer: „Man muss das sehr individuell anhand des Patientenstatus und der Grunderkrankung entscheiden. Die ketogene Diät kann auch zu einer unerwünschten Gewichtsabnahme führen!“

Mit Ökotrophologen kooperieren

Missverständnisse führen manchmal dazu, dass Patienten versuchen, mit einer drastischen Reduktionskost ihren Tumor „auszuhungern“. Dies ist aus genannten Gründen kontraproduktiv. Unwirksam sind auch Aufforderungen wie „Du musst essen, damit du wieder gesund wirst.“ Feyer empfiehlt Kliniken und onkologischen Schwerpunktpraxen die Zusammenarbeit mit Ökotrophologen: „Da besteht eine große Bereitschaft zur Zusammenarbeit.“ In Ernährungssprechstunden können sie gemeinsam mit den Patienten herausfinden, worauf Appetit besteht, welche Nahrungsmittel günstig sind und ob Nahrungsergänzungen erforderlich sind.

Nierenkrebs im Urin aufspüren

NEWS **ST. LOUIS.** US-Ärzte haben in einer prospektiven Untersuchung entdeckt, dass sich mit den beiden Biomarkern Aquaporin 1 und Perilipin 2 im Urin klarzellige Nierenzellkarzinome mit einer hohen Sensitivität und Spezifität diagnostizieren lassen. Die Konzentrationen beider Marker waren im Vergleich zu Gesunden und zu Teilnehmern einer Screeningpopulation signifikant erhöht [Morrissey JJ et al. JAMA Oncol. 2015;March 19. [Epub ahead of print]]. Aquaporin 1 (AQP1) ist ein Wassertransportmolekül in den proximalen Nierentubuli, Perilipin 2 (PLIN2) ist für die Differenzierung von Adipozyten von Bedeutung und tritt vermehrt bei klarzelligem Nierenzellkarzinom auf. Spezialisten um Professor Jeremiah J. Morrissey prüften in ihrer Untersuchung, ob die beiden Marker einen diagnostischen Nutzen bieten, der über das, was die Bildgebung per Computertomografie ermöglichen kann, hinausgeht. (ple)

Brustkrebspatientinnen vor frühzeitiger Menopause schützen

CLEVELAND. Brustkrebspatientinnen, die während der Chemotherapie den GnRH-Agonisten Goserelin erhalten, entwickeln seltener eine Ovarialinsuffizienz und haben bessere Chancen auf eine spätere Schwangerschaft. Mit der vorbeugenden Gabe des GnRH-Agonisten zur Chemotherapie konnte in der POEM-Studie die Rate der Frauen mit dauerhafter Menopause nach zwei Jahren auf 8 % gesenkt werden – versus 22 % bei alleiniger Chemotherapie [Moore HC et al. N Engl J Med. 2015;372(10):923-32]. An der Studie beteiligten sich 218 Patientinnen (median 38 Jahre), bei denen ein operables östrogenrezeptornegatives Mammakarzinom maximal im Stadium IIIa diagnostiziert worden war. Sie erhielten randomisiert nur die geplante adjuvante oder neo-adjuvante Chemotherapie oder parallel dazu alle vier Wochen den GnRH-Agonisten. Auch bei den Schwangerschaften ergab sich ein deutlicher Vorteil durch den GnRH-Agonisten. (bs)

NSCLC – neue Option in der Zweitlinie

FRANKFURT/MAIN. Mit der Zulassung des oralen 3-fach-Angiotensinrezeptorantagonisten Nintedanib (Vargatef®) zur Therapie erwachsener Patienten mit lokal fortgeschrittenem, metastasiertem oder lokal rezidiertem, nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit Adenokarzinom-Histologie hätten sich die Therapiemöglichkeiten in der Zweitlinie deutlich verbessert, sagte Dr. Anders Møller, Kopenhagen, auf einer Veranstaltung von Boehringer Ingelheim. In der Zulassungsstudie LUME-Lung 1 führte die Addition von Nintedanib zu Docetaxel bei NSCLC-Patienten, die nach einer Erstlinientherapie progredient waren, unabhängig von der Tumorstadiologie zu einem besseren progressionsfreien Überleben (3,4 vs. 2,7 Monate; Hazard Ratio [HR] 0,79; p = 0,0019) [Reck M et al. Lancet Oncol. 2014;15(2):143-55]. Patienten mit Adenokarzinom überlebten unter Nintedanib/Docetaxel sogar signifikant länger (median 12,6 vs. 10,3 Monate; HR 0,83; p = 0,0359). (aam)