

18. Oktober 2011

Editorial

0 Prof. Dr. med. Axel Heidenreich, Aachen

Mit jährlich ca. 4.750 Neuerkrankungen stellt der insgesamt selten auftretende Hodentumor den häufigsten soliden Tumor des jungen Mannes im Alter von 18 bis 40 Jahren dar. Aufgrund der hohen Kurationsrate von ca. 90% ist eine strenge Beachtung der stadienspezifischen und leitliniengerechten Therapieempfehlungen notwendig, um einerseits die Heilungsrate nicht zu gefährden und andererseits Langzeittoxizitäten durch inadäquate Therapien zu vermeiden. In diesem Zusammenhang sind Fortentwicklungen der aktuellen Therapiekonzepte durch neue klinische Studien unabdingbar.

Winter et al. stellen die risikoadaptierten Therapieoptionen des nicht-seminomatösen Hodentumors im klinischen Stadium I (CS I) entsprechend der aktuellen Leitlinien und der Empfehlungen der Europäischen Konsensus-konferenz detailliert dar. Es wird deutlich, dass eine genaue Kenntnis der individuellen Risikoparameter notwendig ist, um eine adäquate Therapieempfehlung abzugeben. Auch wird gezeigt, dass die möglicherweise optimale Therapie – minimale Toxizität, höchste onkologische Effektivität – noch nicht gefunden ist und weitere klinische Studien durch eine entsprechend hohe Patientenrekrutierung dringend unterstützt werden müssen.

Der Beitrag der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) der Deutschen Krebsgesellschaft greift diesen Ansatz auf und stellt eine seit längerem initiierte, prospektiv randomisierte klinische Phase-III-Studie vor, die die therapeutische Effektivität von 1 Zyklus PEB (Cisplatin, Etoposid, Bleomycin) vs. 2 Zyklen PEB bei Patienten mit einem nichtseminomatösen Keimzelltumor im CS I mit hohem Progressionsrisiko (Nachweis einer vaskulären Invasion) evaluieren soll. Die Rekrutierung verläuft schleppend, so dass ich alle Therapeuten aufrufen möchte, Patienten mit den passenden Einschlusskriterien in den im Artikel genannten Studienzentren vorzustellen.

Die Gruppe der Patienten mit einem metastasierten Keimzelltumor stellt ein in der adäquaten Therapie komplexes Kollektiv dar, da von Anfang an multi-modale und/oder interdisziplinäre Behandlungskonzepte entwickelt werden müssen. Ca. 30% der Patienten weisen nach risikoadaptierter systemischer Chemotherapie Residualtumoren auf, die einer kompletten operativen Resektion bedürfen, um die kurative Therapieintention zu realisieren. Die Residualtumorresektion stellt dabei einen integralen Bestandteil dar und erfordert häufig neben der reinen Metastasenresektion auch die Resektion benachbarter viszeraler oder vaskulärer Strukturen. In meinem Beitrag werden die Indikationen und die operationstechnischen Besonderheiten dieser oftmals herausfordernden Chirurgie beschrieben, die entsprechend der Leitlinien nur an entsprechenden Zentren durchgeführt werden sollte. In diesem Zusammenhang

sei auf die Initiative der interdisziplinären Hodentumorgruppe der Deutschen Krebsgesellschaft zur Einholung einer Zweitmeinung hingewiesen, die bis dato über 1.600 Anfragen beantwortet hat. Der Zugang ist einfach via Internet unter <http://doku.zm-hodentumor.de> erreichbar.

In einem Artikel aus dem Bereich der Hämatologie informiert A. Matzdorff über die Diagnostik und Therapie der Immunthrombozytopenie, die ebenso wie der Hodentumor eine seltene Erkrankung darstellt. Es werden die verschiedenen Therapieoptionen von der aktiven Surveillance über die Splenektomie bis hin zu modernen targeted Therapien intensiv beleuchtet und geben dem Nicht-Hämatologen wertvolle Hilfestellungen für den klinischen Alltag.

Prof. Dr. med. Axel Heidenreich, Aachen

Quelle: