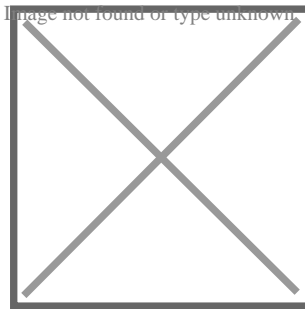


02. September 2013

---

## Editorial Hodentumore

Die Hodentumore werden grob in Seminome und nichtseminomatöse Keimzelltumore, meist Mischtumore, eingeteilt. Seminome sind strahlensensitiv und können bis zu einem klinischen Stadium IIb (Metastasen im Retroperitoneum bis 5 cm) einer Strahlentherapie zugeführt werden. Die Standardtherapie der metastasierten Nichtseminome besteht aus einer Kombinationschemotherapie mit Cisplatin, Etoposid und Bleomycin. Hierunter ist die Heilungsrate sehr hoch. Entsprechend der Risikoprofile nach der IGCCCG-Klassifikation liegt die rezidivfreie Zeit innerhalb von 5 Jahren zwischen 90 und 41%. Bisher konnten aggressivere Therapieschemata wie das PEI und eine Hochdosischemotherapie in der Primärtherapie keinen wesentlichen Vorteil im onkologischen Outcome erbringen, wohl sind diese Therapien aber mit signifikant höheren Nebenwirkungen assoziiert.



Bei einem Rezidiv nach einer adäquaten Primärtherapie hat sich das TIP-Schema mit Paclitaxel, Ifosfamid und Cisplatin etabliert. Inwiefern in diesem Setting eine Hochdosischemotherapie mit einer Verbesserung des Krankheitsverlaufs einhergeht, ist Gegenstand einer derzeit laufenden klinischen Studie.

Aufgrund der hervorragenden Überlebensraten der Patienten mit einem Hodentumor wird besonderes Augenmerk auf Nebenwirkungen der Therapien gelegt. Dies betrifft insbesondere Patienten ohne Nachweis von Metastasen im klinischen Stadium I. In diesem Fall sollte eine Therapieentscheidung anhand von Risikofaktoren getroffen werden. Fehlen diese (Größe des Tumors, eine Rete-testis-Infiltration beim Seminom, eine vaskuläre Invasion und Anteil an embryonalem Karzinom bei Nichtseminomen), sollte dem Patienten eine aktive Überwachung angeboten werden. Somit wird eine Übertherapie bei einem großen Anteil der Patienten vermieden. Hintergrund der forcierten Empfehlung zur aktiven Überwachung ist die Erkenntnis, dass es nach Strahlentherapie beim Seminom im klinischen Stadium I aus den 80er und 90er Jahren zu vermehrten Zweitmalignomen kam. Der Einfluss einer prophylaktischen Chemotherapie ist bisher noch unklar.

Die Arbeitsgruppe von Schuler et al. stellt die aktuellen Therapien der Weichgewebssarkome dar. Analog zu den Hodentumoren handelt es sich um eine seltene Tumorentität, deren Therapie in erfahrenen Zentren erfolgen sollte. Wenn möglich sollte eine operative Entfernung angestrebt werden, was aufgrund des meist

fortgeschrittenen Tumorstadiums primär nicht erreicht werden kann. Im Sinne eines multimodalen Therapieansatzes mit neoadjuvanter Chemotherapie oder Radio-Chemotherapie kann ein operativ angehbares Stadium erreicht werden. Insgesamt ist die Kombinationschemotherapie mit einer höheren Rate an kompletten Remissionen aber auch höheren Toxizitäten vergesellschaftet. Die Autoren geben zuletzt einen Ausblick in die Zukunft mit einer individuellen Therapie durch eine targeted Therapie und interessante Studienergebnisse, die auf der diesjährigen ASCO-Jahrestagung präsentiert wurden.

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen Ihr

PD Dr. med. David Pfister