

### Chancen und Grenzen der HNO-Tumortherapie: Was bringt die Zukunft?

**Autor:** Prof. Dr. Jens Büntzel, Südharz-Klinikum Nordhausen, HNO-Klinik und interdisziplinäre Palliativstation, 99734 Nordhausen, E-Mail: [jens.buentzel@shk-ndh.de](mailto:jens.buentzel@shk-ndh.de)

Ich möchte mich dem Thema über eine kritische Bestandsaufnahme nähern, die aus unseren bisherigen Grenzen den Weg in aktuelle Entwicklungen aufzeigt, sie manchmal auch hin-terfragt.

Prognose der Betroffenen: Die Überlebenschance eines Patienten mit einem Kopf-Hals-Tumor hat sich seit 50 Jahren nicht verbessert. Die Lebensqualität steht seit zwei Jahrzehnten im Fokus, Fortschritte sind mühsam, aber dokumentiert. Zusammengefasst überleben 50 % unserer Patienten ihre Krebserkrankung, die anderen geraten in eine Palliativsituation, auf die wir in Zukunft besser vorbereitet sein müssen. Etwa 75 % aller Patienten haben langfristige Nebenwirkungen unserer Therapieversuche, durch die wir die Patienten auch langfristig zu begleiten haben. Rehabilitationsprogramme mit fachlichem Input sind notwendig und können von uns HNO-Ärzten für unsere Patienten mitgestaltet werden.

#### **Multimodale Behandlung:**

Die HNO-Tumortherapie ist multimodal und multidisziplinär und die gegenwärtigen Bestandteile bleiben sicherlich für die nahe Zukunft erhalten - Chirurgie, Bestrahlung, systemische Tumortherapie, CAM (komplementäre und alternative Medizin).

Als Chirurgen müssen wir uns darüber im Klaren sein, dass wir je nach Schule, eigener Expertise und der aktuellen Technik arbeiten. Chirurgie ist immer destruierend, deshalb ist der aktuelle Trend zu rekonstruktiven und funktionsverbessernden Maßnahmen unbedingt zu unterstützen, die Frage der Resektionen bedarf aus meiner Sicht strengerer Regeln und Maßstäbe. Letztlich fehlen bis heute eine einheitliche Nomenklatur und Kriterien zur Objektivierbarkeit der chirurgischen Entscheidung. Wir bewegen uns bei der Primärtumorresektion im Stadium der individuellen Expertise. Dabei gibt es ja im Bereich der Neck Dissection durchaus bereits Nomenklaturen und Entscheidungskriterien zum Ausmaß der Resektion, die auf klinischen Studien beruhen.

Ähnlich sieht es aus meiner HNO-Sicht in der Strahlentherapie aus. Moderne Verfahren und Kombinationen mit Medikamenten haben zu einer Diversifikation der Behandlungen geführt, die kaum noch überschaubar ist und von der Expertise des einzelnen Zentrums bzw. seines Verantwortlichen lebt. Dabei gibt es auch hier Vorbilder. So ist die Indikation zur adjuvanten simultanen Radiochemotherapie heute klar umrissen – auf der Grundlage hervorragender klinischer Studien. Es bleiben trotz der hohen Effektivität zwei Punkte, die mir Probleme bereiten:

1. Nach Ende der Strahlentherapie geben mir bildgebende Verfahren wie PET, MRT oder CT eine Information über ihre Effektivität. Ob lokale Tumorfreiheit erzielt wurde, wissen wir aber erst nach 12-24 Monaten.
2. Die Mehrzahl der Patienten hat nach der Bestrahlung auch in modernen Techniken (IMRT) massive Nebenwirkungen, die sie Zeit ihres Lebens begleiten werden.

Für beide Gebiete gilt eine Frage: Können wir exakter arbeiten, um die Effektivität zu erhöhen und die Toxizität zu vermindern? OP-Roboter und stereotaktische Bestrahlungen böten sich als Lösungsansätze an. Sie haben bisher noch keine überzeugenden Ergebnisse in der Breite liefern können.

Die Zytoprotektion als präventiv angelegte Supportivmaßnahme im Rahmen der Bestrahlung konnte in der Vergangenheit auch nicht durchgreifend überzeugen.

Der dritte Schwerpunkt dieses Beitrages soll sich der systemischen Tumorthherapie zuwenden. Wir nutzen die klassischen Zytostatika im Rahmen der simultanen Radiochemotherapieprotokolle, auch als Erstlinientherapie bei metastasierten Krankheitssituationen. Sie sind nebenwirkungsreich, andererseits liegt eine umfangreiche Erfahrung im Management dieser Toxizitäten vor. Die dann auf den Markt gekommenen EGFR-Inhibitoren haben ebenfalls ihre Wirkung am Tumor, sind jedoch im Nebenwirkungsspektrum anders. Ihr Platz ist heute in der Primärbehandlung metastasierter Tumoren oder als alternativer Behandlungsansatz im Rahmen primärer Radioimmunprotokolle. Die aktuell auf den Markt drängenden PDL-1-Inhibitoren modulieren die körpereigene Abwehr gegenüber dem Tumor und verfolgen damit ein vollkommen neues Behandlungsprinzip, dessen immunologische Grundlagen wir erst verstehen müssen. Entsprechend erwarten uns Nebenwirkungen, mit denen wir bisher im Bereich der HNO-Onkologie kaum zu tun hatten. Studien zu Wirksamkeit, Nebenwirkungsmanagement und Interaktionen mit den anderen „Playern“ sind nur unzureichend vorhanden. Neue Medikamente müssen zügig in diese Richtung evaluiert werden. Das kann Aufgabe unabhängiger universitärer Forschung sein.

### **Komplementäre und alternative Medizin**

Auch 40 % der HNO-Tumorpatienten greifen zu ergänzenden Behandlungen, von denen wir Ärzte wenig wissen bzw. nichts mitbekommen. Wir müssen mit den Patienten hierüber ins Gespräch kommen und konstruktive Ansätze in die individuelle Behandlung wieder mit aufnehmen.

Ich möchte einen weiteren Komplex ansprechen, der die HNO-Onkologie in Deutschland aktuell bewegt: Wir organisieren uns und unsere Behandlungen in zertifizierten Zentren, die ein Eigenleben entwickelt haben. Kopf-Hals-Tumorzentren erfordern einen Überbau, den keine Krankenkasse bezahlt, der in der Regel nicht beim Patienten ankommt. Hierzu zählen Audits, Qualitätshandbücher, hauptamtliche Mitarbeiter bei Zertifizierungsfirmen und ihre Gutachter und vieles mehr. Kopf-Hals-Tumorzentren dürfen nur an onkologischen Schwerpunkthäusern eröffnet werden und setzen entsprechend qualifiziertes Personal voraus. Als Mitglied der Zertifizierungskommission bei der Deutschen Krebsgesellschaft begrüße ich ausdrücklich die Mindestmengen-Anforderung an den einzelnen Chirurgen / Strahlentherapeuten etc. Zuviel an Regularien kommt aber nicht dem Patienten, sondern nur dem Regulierer zu Gute. Monopolistische Versorgungsstrukturen gehen an der Wirklichkeit in unserem Land vorbei und verhindern eine qualitativ gute, individuelle und heimatnahe Versorgung der Patienten.

### **Choosing wisely**

Mit dieser Strategie setzen wir auf einen mündigen Patienten, dem wir Wahres auch über unsere aktuellen Wissenslücken anvertrauen sollten. Zu einer guten Entscheidung kommt der Betroffene nur, wenn er mit den Entscheidungsträgern zum Behandlungsvorschlag ausreichend ins Gespräch kommt. Der Patient muss meine Gedanken und Bedenken kennen und ich muss seine Fragen und auch eine Zweitmeinung aushalten. Nach seiner Entscheidung habe ich ihn auf seinem Weg zu begleiten.

Wie sieht die Onkologie unseres kleinen Faches HNO nun in der Zukunft aus? Wir müssen unsere Rolle als Berater und Begleiter für einen mündigen Patienten finden. Die Betreuung sollte so heimatnah wie nur möglich stattfinden können. Wir sollten uns weiterhin auf die Lebensqualität des Patienten als überschaubares Ziel konzentrieren. Studien sind notwendig, um die lokal effektiven Verfahren der Chirurgie und Strahlentherapie zu optimieren. Wir brauchen klare Behandlungsstrategien gegen Rezidive und

Residualtumoren. Neue medikamentöse Behandlungsansätze müssen wir verstehen, einordnen und kritisch hinterfragen lernen. Chirurgie, Strahlentherapie und Zytostatika haben 40 Jahre und mehr klinische Anwendung und Forschung bereits hinter sich. Neue Zulassungen kommen im Jahrestakt. Hier ist Vorsicht geboten und nach Interaktionen zu fragen. Medizin ist eine Erfahrungswissenschaft. Der klinisch tätige HNO-Onkologe sollte über ausreichend Zeit und eigene Expertise im Umgang mit dem einzelnen Patienten verfügen. Entsprechende Weiterbildungsangebote müssen erarbeitet werden, damit sich das Fach nicht von der HNO-Onkologie zur HNO-Onkochirurgie reduziert. Unsere Patienten haben einen Anspruch auf eine umfassende und ganzheitliche Behandlung.