

# Die neuen Onkologie-Nachsorgeempfehlungen der ATO\*

Die GBK\*\* hat die lang erwarteten neuen Empfehlungen zur Diagnose, Therapie und Nachsorge maligner Tumoren Ende 1995 herausgebracht.

von **Hubert Förster**

Eine ganze Reihe von Nachsorgeempfehlungen der GBK\*\* sind unverändert geblieben oder nur unbedeutend geändert worden:

- *HNO-Tumore*
- *Schilddrüsenkarzinome*

- *Gastrointestinale Carcinome (Oesophagus, Magen, hepato-pankreatische Region, Colon, Rektum und Anus)*
- *Urogenitaltumore*
- *Hauttumore*
- *Knochentumore.*

Wesentliche Neuerungen sind hin-

gegen bei folgenden malignen Erkrankungen vorgenommen worden:

- *ZNS-Tumore*
- *Bronchialcarcinome*
- *Mammakarzinome*
- *Gynäkologische Tumore (Endometrium, Ovar, Cervix)*
- *Hämoblastosen.*

\* Aktionsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Arbeitskreise in Nordrhein-Westfalen

\*\* GBK, Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten NW e.V., November 1995, Johannes-Weyer-Str. 1, 40225 Düsseldorf

Nicht abgehandelt werden in den neuen ATO-Empfehlungen

► Vulva-, Vagina- und Weichteilmalignome.

Neu aufgenommen in die Empfehlungen wurden die Carcinoide und ein Palliativprogramm für die Patientengruppe der Colon-, Rektum-, Anuscarcinome, welches ein halbjährliches bis jährliches Untersuchungsprogramm vorsieht. Dieses Programm ist auch tabellarisch dargestellt. Außerdem werden in der neuen Auflage die bösartigen Tumore im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich in einem gesonderten Kapitel abgehandelt. Die Nachsorgeintervalle entsprechen aber denen der HNO-Tumore. Allerdings ist das Untersuchungsprogramm umfangreicher.

### **Fehlende Nachsorgeschemata**

Vermißt werden bei einer ganzen Reihe von Malignomen Nachsorge-

schemata, mit denen besonders der niedergelassene Arzt eine schnellere, zeitsparende Übersicht und bessere Anschaulichkeit vom empfohlenen Nachsorgeablauf erhalten würde als durch die alleinige Deskription. Dies sollte bei einer Neuauflage unbedingt nachgeholt werden, zumal bei manchen Tumoren nicht einmal eine Beschreibung der Nachsorge zu finden ist. Das betrifft z.B. die Urogenitaltumore, bei denen man lediglich den Hinweis findet „der Zeitplan der Nachsorgetermine richtet sich nach dem prä- und posttherapeutischen Befund, d.h. dem Stadium, Differenzierungs- und Malignitätsgrad des Tumors sowie dem Operationsverlauf zur Abschätzung des Risikos eines lokalen Rezidivs“.

Überhaupt keinen Hinweis auf eine Nachsorgeempfehlung findet man bei den Hämoblastosen. Dies müßte bei einer Neuauflage ebenfalls unbedingt nachgeholt werden.

Alternativ wäre für Interessenten z.Zt. auf die Nachsorgeempfehlungen bei Delbrück „Tumornachsorge“ zu verweisen.

### **Vereinfachte Schemata**

Daß eine Vereinfachung der Nachsorge durch Entrümpelung der Inhalte, aber auch durch Vereinfachung der Schemata bei einigen Tumoren vorgenommen wurde, ist zu begrüßen. Hiervon betroffen sind vor allem das Mammacarcinom sowie das Endometrium- und Cervixcarcinom.

Beim Mammacarcinom unterscheiden die neuen ATO-Empfehlungen nicht mehr zwischen Gruppe I und Gruppe II, vielmehr gibt es nur noch ein Nachsorgeprogramm. Dies findet auch in einer tabellarischen Übersicht seinen Niederschlag. Den neu aus der langjährigen Nachsorge gewonnenen Erkenntnissen bezüglich des Untersuchungsumfanges ist in den neuen Empfehlungen Rechnung getragen worden, indem darauf hingewiesen wird, daß „aufwendige

apparative Routine-Fernmetastasensuche nicht (mehr) indiziert seien“. Weitergehende Untersuchungen wie Labor, Röntgen, Leberzonographie und/oder Skelettszintigraphie sollten nur bei einer klinischen Symptomatik gezielt eingesetzt werden. Auch die Tumormarker gehören nicht mehr – wie bisher – obligat zum Nachsorgeprogramm. Besonders hinzuweisen ist aber auf die Bedeutung der Mammographie der Restbrust und der Mamma der kontralateralen Seite in der Nachsorge.

Beim Endometriumcarcinom ist die früher unter Berücksichtigung der Prognosefaktoren differenzierte Nachsorge in Gruppe I und Gruppe II aufgegeben und die Röntgen-Thorax-Untersuchungen aus dem bisherigen Nachsorgeprogramm herausgenommen worden.

Beim Cervixcarcinom empfiehlt die ATO jetzt, daß ab dem 6. Jahr nach der Therapie weiterhin eine Nachsorge in jährlichen Intervallen stattfinden sollte. Die CT-Untersuchung des Abdomens und die Röntgen-Thorax-Untersuchung werden als fakultativ eingestuft, wobei die CT-Untersuchungen nur 1 x jährlich und die Röntgen-Thorax-Untersuchungen nur 2 x jährlich, beschränkt auf die ersten 3 Jahre nach der Primärtherapie, eingesetzt werden sollten. Die Unterscheidung in Gruppe I (FIGO I) und Gruppe II (FIGO II und höher) ist fallengelassen worden.

Beim Ovarialcarcinom ist die Unterteilung in die Phasen I, II, III beibehalten worden, wobei Phase I das 1., Phase II das 2. und 3. und Phase III das 4. und 5. Jahr der Erkrankung betreffen. Der praktische Sinn dieser Doppeleinteilung ist auf Anhieb nicht zu erkennen.

Beim Bronchialcarcinom finden wir jetzt 2 separate Schemata, eines für das kleinzellige und eines für das nichtkleinzellige Bronchialcarcinom. Der Unterschied zwischen beiden Nachsorgeschemata besteht darin, daß das nichtkleinzellige BC im 2. und 3. Jahr nach der Behandlung nicht so häufig nachgesorgt wird. Ab dem 4. Jahr nach der Erstbehandlung

ist das Nachsorgeprocedere bei beiden Tumoren gleich. Von den Laboruntersuchungen werden lediglich nur noch die entsprechenden Tumormarkeruntersuchungen empfohlen, wenn sie primär erhöht waren.

#### Keine gemeinsamen Nachsorgestrukturen in NRW

Unterschiedliche Angaben findet man in den Empfehlungen über die Nachsorgestrukturen. So plädiert GRUENAGEL in seinem Kommentar zur Nachsorge gastrointestinaler Tumore eher für eine dezentrale Nachsorgesteuerung (s. S. 79 der Empfehlungen) mit Ansiedlung von Leitstellen in den einzelnen Kliniken, wie es im Bereich der KV Westfalen-Lippe gehandhabt wird. BENDER, MOSNY, SCHÜRCH, BALTZER (S. 44) und MÜLLER (S. 209 ff) weisen dagegen auf die im Bereich der KV

Nordrhein praktizierte zentrale Registrierung durch die Leitstellen der 8 Onkologischen Schwerpunkte hin.

Zu diesem Problem seien einige Anmerkungen erlaubt: Es muß bedauert werden, daß die beiden Landes-KVen (KV No und KV WL) nicht eine gemeinsame Nachsorgestruktur entwickelt haben. Es ist aber nachvollziehbar, daß die Kosten der dezentralen Einrichtungen durch Personalaufwand, Mehrfachanschaffungen von Einrichtungen und Apparaturen gegenüber einer zentralen Dokumentations-Institution – wie sie ja auch das Krebsregistergesetz vorsieht – erhöht sein werden. Außerdem wird es bei einer dezentralen Registrierung leichter zu Doppelerfassungen kommen als bei einer zentralen Registrierung.

Dr. H. Förster  
Onkologischer Schwerpunkt  
Linker Niederrhein e. V.,  
Beethovenstr. 13 - 15,  
41061 Mönchengladbach,  
1. Vorsitzender Prof. Dr. U. Schulz

#### MEDIZINISCHE NOTHILFE

## Interessiert an einer Arbeit ohne Grenzen?

*Seit rund 25 Jahren leistet das von Ärzten getragene Hilfswerk Médecins sans Frontières (Ärzte ohne Grenzen) medizinische Nothilfe in Krisengebieten. Spenden und engagierte Mitarbeiter werden ständig gebraucht.*

**von Jörn Kneiding**

Wer kennt nicht die Bilder von Kleinkindern mit aufgequollenen Bäuchen, von bis auf die Knochen abgemagerten Menschen, die in überfüllten, dürftig ausgestatteten Auffanglagern ein menschenunwürdiges Dasein fristen. Ursachen für derartige Notsituationen sind kriegerische Auseinandersetzungen oder Naturkatastrophen wie Erdbeben, Überschwemmungen oder lange Dürreperioden. In solchen Momenten ist schnelle, spontane und unbürokrati-

sche Hilfe gefragt. Private Organisationen sind oft früher vor Ort als staatliche Stellen, die eher träge reagieren und politischen Befindlichkeiten und Entscheidungsprozessen unterliegen.

#### Unabhängig, flexibel, effizient

Seit rund 25 Jahren gehört Médecins sans Frontières zu diesen privaten Hilfsorganisationen. 1971 in Paris von Ärzten ins Leben gerufen spezialisierte sich dieses Hilfswerk