

Sport verbessert Operabilität und Überlebensrate Lungenkrebs auf dem Ergometer besiegerbar?

■ KONGRESSBERICHT

HANNOVER – Sollten Patienten mit Bronchialkarzinom vor dem Op.-Termin zum Fitness-training? Ersten Berichten zufolge scheint Sport auch bei Lungenkrebs die Operabilität und das Ansprechen auf die Therapie zu verbessern.

Wird während der Chemotherapie auch körperlich trainiert, erhöht sich die Überlebensrate bis zu 50 % im Vergleich zu einer ausschließlichen medikamentösen Krebsbehandlung. Dieser Zusammenhang gilt für Patienten mit Kolon- und Mammakarzinom als belegt. Inzwischen gibt es Einzelfallbeobachtungen, dass sich auch das Bronchialkarzinom durch sportliche Aktivitäten in die

Knie zwingen lässt. Durch gezieltes Training kann – auch bei Laien – innerhalb von zwei bis drei Monaten die maximale Sauerstoffaufnahme (VO_{2max}) um 20 % gesteigert werden, darauf weisen sportmedizinische Daten hin. So zeigte sich beispielsweise bei einem 72-Jährigen mit nichtkleinzelligem Bronchialkarzinom im rechten Oberlappen, dass er von körperlichem Training profitierte.

Täglich 15 Min. Training für die Pneumektomie

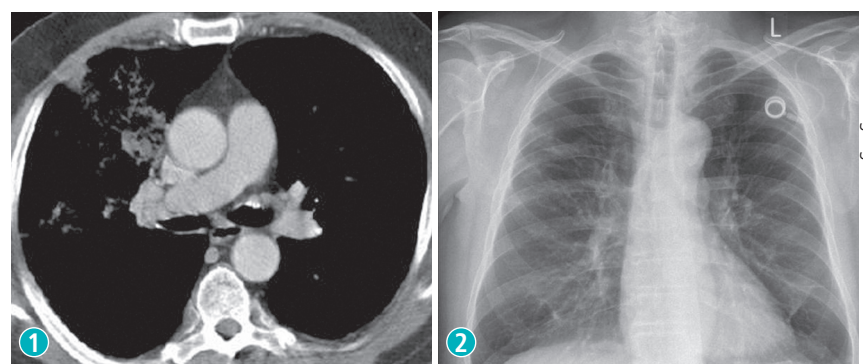
Wegen der Lage des Tumors im zentralen Oberlappen und der endosonographischen Befunde (mögliche Infiltration der Hauptcarina und der rechten Pulmonalarterie) diskutierte man eine kurative Resektion nur im Sinne einer Pneumektomie. Präoperativ brachte es der

Senior auf eine maximale Sauerstoffaufnahme (VO_{2max}) von 14,7 ml/kg/min. Die Lungenfunktion war bei obstruktiver Ventilationsstörung (COPD) deutlich reduziert. Der Funktionsanteil der rechten Lunge betrug perfusionsszintigraphisch 48 %. Aufgrund dieser Befunde hätte man keine Pneumektomie durchführen können (funktionelle Inoperabilität).

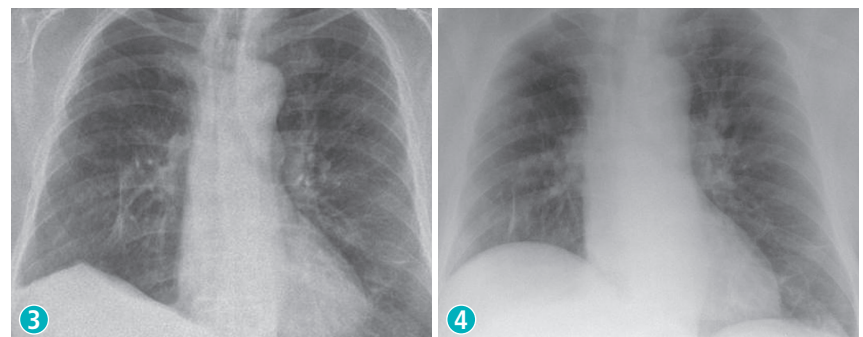
Daher erfolgte neben den chemotherapeutischen Maßnahmen (Cisplatin/Etoposid) ein gezieltes Ergometertraining, um die maximale Sauerstoffaufnahme zu verbessern. Dieses Training wurde so geplant, dass der Patient täglich 4 x 15 Minuten an der sogenannten 70%- VO_{2max} -AT-Schwelle trainierte (Wattbelastung bei 70 % der Sauerstoffaufnahme an der anaeroben Schwelle). Die Trainingsbelastung wurde unter klinischer Spiroergometrie alle vier Wochen neu festgelegt.

Nach drei Monaten Tumor deutlich kleiner

Nach dreimonatigem, aerobem Belastungstraining (initial 30 Watt) brachte es der Senior auf eine VO_{2max} von 16,8 ml/kg/min. Außerdem stellte man eine Verkleinerung des Tumors fest, wie aus einer Posterpräsentation von Dr. WOLFGANG HOHENFORST-SCHMIDT von der II. Medizinischen Klinik am Klinikum Coburg und seinem Kollegen* beim



72-Jähriger mit zentralem Plattenepithelkarzinom im rechten Oberlappen. (PET)-CT und Röntgenaufnahme zum Zeitpunkt der Diagnose (Tumorstadium: cT2 N1 M0).



Röntgenkontrolle postoperativ mit deutlichem Zwerchfellhochstand rechts (Abb. 3). Über zwei Jahre später zeigte die Kontrolle einen rezidivfreien Befund (Abb. 4).

51. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin hervorging. Die Chirurgen konnten bei dem 72-Jährigen schließlich eine Manschettenresektion durchführen (pT1 N0 M0 R0), postoperativ erfolgte eine Heimbeatmung und Sauerstofflangzeittherapie, die bis heute angewendet wird. Schließlich strampelte der Senior im Dienste der Fitness eifrig weiter. Bis heute, fast vier Jahre nach dem operativen Eingriff, ist er beschwerdefrei und es gibt keinen Anhalt für ein Tumorrezidiv.

Die positiven Erfahrungen mit der „Sporttherapie“ werden auch durch klinische Beobachtungen bei einer 67-jährigen Nichtraucherin gestützt. Sie litt an einem metastasierenden Adenokarzinom der Lunge (Erstdiagnose 08/2006 T4 Nx M1; Pleurakarzinose, ossäre, pulmonale und zerebrale Metastasen). Bei

der Erstdiagnose war sie komplett bettlägerig. Während ihrer palliativen Therapie (initial Verklebung des Pleuraspaltes mittels Poudrage, platinhaltige Doublette, ZNS-Strahlentherapie, später verschiedene sog. „new drugs“) wurde die Patientin zu körperlicher Aktivität – Treppensteigen, Spaziergänge – motiviert. Sie erhielt eine hochkalorische, eiweißreiche Kost.

Im Verlauf nahm die tägliche Belastbarkeit der Patientin von null auf 71 bis 142 zurückgelegte Treppenstufen pro Tag zu, ihr Hämoglobinwert und das Körpergewicht stiegen an. Mittels Schrittzähler konnte eine Vervielfachung der jährlichen Kilometerleistung nachgewiesen werden, im Jahr 2009 wurden 615 km aufgezeichnet. Die Patientin kann bis heute ihren Haushalt selbstständig führen.

Dr. Elisabeth Nolde

* Dr. P. Michalko vom Klinikum Pirna

Leser machen Zeitung

MEIN LIEBLINGSFOTO

PECH gehabt...

Zum Nachkochen

Mitschreiben!

Schnelle VERSE

Tipps aus der Praxis

Docs Besinnung

Das freut mich

Ab sofort dürfen unsere Leser eine ganze MT-Seite selbst gestalten. Nutzen Sie das neue Forum! Ob es um Höhen und Tiefen des Arztberufs geht, originelle Bilder, pfiffige Tipps oder die Stimme der Arzthelferin, alles ist willkommen. Ihre Texte sollten max. 1000 Anschläge lang sein.

Schnell eintüten und senden an:
 Medical Tribune
 Verlagsgesellschaft mbH,
 Stichwort Leser-Redakteure,
 Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden,
 Fax (0611) 9746-303,
 E-Mail: kontakt@medical-tribune.de

Herzpatient mit Blaseninfekt Kein Cotrimoxazol unter ACE-Hemmer-Gabe

TORONTO – ACE-Hemmer-Patienten sollten Sie kein Cotrimoxazol verordnen. Denn unter der Kombination kann es zu Hyperkaliämien kommen.

Trimethoprim-Sulfamethoxazol-Präparate werden ebenso wie ACE-Hemmer und AT_1 -Blocker sehr häufig eingesetzt – nicht selten auch gleichzeitig. Doch das birgt Risiken, wie eine kanadische Studie belegt. Teilnehmer waren über 66-jährige Patienten, die mit einem Hemmstoff des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS) behandelt wurden. In einen Zeitraum von 14 Jahren registrierten die Autoren

mehr als 4000 Klinikeinweisungen wegen Hyperkaliämien, 371 waren innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der Antibiotikatherapie aufgetreten. Verglichen mit Studienteilnehmern, denen man Amoxicillin verschrieben hatte, trugen mit Cotrimoxazol behandelte ein siebenfach erhöhtes Risiko für die Hyperkaliämie-bedingte Krankenhauseinlieferung. Andere Antibiotika, die üblicherweise bei Harnwegsinfekten eingesetzt werden, zeigten keinen solchen Effekt und sollten deshalb bei Patienten, die RAAS-Blocker brauchen, bevorzugt verschrieben werden. CG

Tony Antoniou et al., Arch Int Med. 2010; 170: 1045–1049

Kein Pardon mit Stammfettsucht und Riesenfüßen Diabetes-Prävention: Akromegalie und Cushing rechtzeitig erkennen!

STUTTGART – Gestörte Glukosetoleranz und Typ-2-Diabetes können Folge einer Hypothalamus- oder Hypophysen-Störung sein. Deshalb: Erkrankungen wie Akromegalie oder M. Cushing möglichst früh erkennen und behandeln.

Die Akromegalie – hervorgerufen durch ein Adenom des Hypophysenvorderlappens mit übermäßiger Produktion von Wachstumshormon – ist gar nicht so selten: Pro Million Einwohner leben etwa 40 bis 50 Patienten mit dieser Erkrankung. Die Akromegalie gilt als Risikofaktor für Insulinresistenz, gestörte Glukosetoleranz und Diabetes, erklärte Professor Dr. GÜNTER STALLA vom Max-Planck-Institut München auf der 45. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft.

Die Lebenserwartung von Akromegalie-Patienten ist verkürzt; vor

allem wenn noch ein Diabetes hinzukommt. Zur Therapie werden häufig Somatostatinanaloga eingesetzt, die den Glukosestoffwechsel zusätzlich stören können. Besser eignen sich GH-Rezeptor-Antagonisten wie Pegvisomant: Sie provozieren keinen Diabetes und können sogar zu einer Besserung der Insulinresistenz führen und erhöhte Zuckerwerte senken.

10 Jahre bis zur Diagnose sind zu viel

Beim M. Cushing liegt eine übermäßige Kortisolfreisetzung vor. Betroffene haben oft Begleiterkrankungen wie Depression, Osteoporose, Hypertonie und in bis zu 50 % auch einen Diabetes oder eine gestörte Glukosetoleranz. Trotz erfolgreicher Cushing-Therapie weisen manche noch nach Jahren vermehrt kardiovaskuläre Risikofaktoren auf wie erhöhte Nüchternblutzucker-, Lipid- und Blutdruckwerte. Warum? Wahrscheinlich, weil die Patienten

meist adipös bleiben und ihre Waist-hip-Ratio weiterhin erhöht ist.

Ursache eines Wachstumshormonmangels (GH-Mangel) ist in vielen Fällen ein Hypophysentumor. Unbehandelt fallen Erwachsene u.a. durch abdominale Fetteinlagerung, Insulinresistenz, gestörte Glukosetoleranz und Diabetes auf. Wird das Hormon substituiert, bessert sich die Körperzusammensetzung, ohne dass die Diabetesgefahr zunimmt. Eine Ausnahme sind adipöse Patienten mit einem BMI über 30 kg/m²: Sie zeigen unter der Wachstumshormontherapie ein etwas erhöhtes Risiko für einen Typ-2-Diabetes, was vermutlich mit dem vermehrten Bauchfett zusammenhängt.

Auch im Hinblick auf die Diabetesprävention ist es wichtig, Hypophysenerkrankungen früher zu erfassen – derzeit vergehen etwa fünf bis zehn Jahre, bis ein Wachstumshormonmangel festgestellt wird, betonte Prof. Stalla. AW