

NACHGEFRAGT

„Kleiner Schnitt, kleiner Schmerz“

Minimal-invasive Verfahren der Interventionellen Onkologie – wie bewerten Fachmediziner und Patienten die radiologischen Interventionen? Wir haben nachgefragt: bei Prof. Dr. Stefan Diederich, Chefarzt des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Marien Hospital Düsseldorf.

Herr Professor Diederich, wie bewerten Sie persönlich vor dem Hintergrund des Gesamtspektrums onkologischer Therapien die Relevanz und auch Akzeptanz der zur Verfügung stehenden minimal-invasiven Verfahren der interventionellen Onkologie?



Prof. Dr.
Stefan Diederich

Die Akzeptanz auf Seiten des Patienten ist eigentlich immer gegeben, weil die minimal-invasiven Verfahren der interventionellen Onkologie genau dem entsprechen, was er sich wünscht – kleiner Schnitt, kleiner Schmerz, kleines Risiko. Oft werden allerdings diese Verfahren trotzdem unterschätzt, da viele minimal-invasive Eingriffe unter Vollnarkose durchgeführt werden. Die Akzeptanz in anderen Fächern stellt sich nicht automatisch ein. Gerade in den Bereichen, in denen die Kenntnisse über radiologische Interventionen nicht ausgeprägt sind, wird die Intervention erst einmal als eine Konkurrenz empfunden, die man eigentlich nicht haben möchte. Je mehr man sich jedoch miteinander beschäftigt, desto schneller löst sich diese Distanz nach meiner Erfahrung in Wohlgefallen auf. Es ist im Grunde auch ganz einfach: Wenn man über ein breites therapeutisches Angebot

verfügt, hat der Patient eher das Gefühl, dass er das, was sinnvoll erscheint, auch tatsächlich angeboten bekommt. Wenn jedoch bestimmte Verfahren gar nicht angeboten werden, spricht sich dies schnell herum und hat mitunter Auswirkungen auf die Patientenströme insgesamt. Ich habe wiederholt erlebt, dass bei Chirurgen anfangs die Angst groß war, dass der Radiologe dem Chirurgen seinen Eingriff wegnimmt. Das war beispielsweise so bei der Embolisation von Uterusmyomen. Einige Gynäkologen haben befürchtet, dass sie ihre operativen Myom-Therapien verlieren würden. Das Gegenteil war der Fall. Frauen, die wussten, dass an einer Einrichtung die Myom-Embolisation angeboten wird, haben sich gezielt dorthin gewandt. Ein wesentlicher Teil wurde dann doch nicht mit einer Embolisation behandelt und hat damit die Operationszahlen der Gynäkologie nach oben getrieben.

Ein anderes Beispiel ist der Aortenstent. Die Gefäßchirurgen waren anfangs sehr besorgt, dass die Stents in radiologischer Hand die operativen Eingriffe an den Aneurysmen abschaffen würden und die Gefäßchirurgie damit nichts mehr zu tun hätte. Aber auch hier zeigte sich, dass die Patientenströme größer wurden, weil beides, die Operation und die Intervention, angeboten wurden. Am Ende hatten Radiologen und Gefäßchirurgen mehr als vorher zu tun. So ist es auch in der Onkologie. Hier sitzt man ohnehin im Tumorboard zusammen und bespricht gemeinsam, wie nun mit dem Patienten weiter zu verfahren ist.

So kann es sein, dass der Chirurg erst einmal operieren soll, um das zu entfernen, was operativ entfernt werden kann. Und dann bleibt vielleicht eine Metastase übrig, die man chirurgisch nicht gut behandeln kann. Die wird dann minimal-invasiv durch den Radiologen abgetragen. Oder es gibt einen Patienten mit einem Tumor, der inoperabel aussieht, aber wenn dieser mit einer Chemoembolisation vorbehandelt wird, bekommt man ihn möglicherweise in der Größe so reduziert, dass er dadurch operabel wird. Ein anderes Beispiel: Ein Patient hat multiple Metastasen. Alle werden infolge der Chemotherapie kleiner, bis auf eine, die stattdessen wächst.

Was kann man tun? Der Onkologe müsste seine gesamte Chemotherapie umstellen in der Hoffnung, dass neue Substanzen alle Metastasen treffen. Er sucht sich aber in der Regel seine Medikamente danach aus, welche die beste Kombination aus Wirkung und Nebenwirkung aufweisen. Wenn er also auf eine Second-Line-Chemotherapie setzt, wäre das Risiko groß, dass entweder der Effekt weniger gut ist oder sich der gewünschte Effekt zwar einstellt, aber die Nebenwirkungen deutlich höher sind.

Die sinnvolle Alternative wäre, die eine Metastase, die nicht gut auf die Chemotherapie angesprochen hat, mit einer Thermoablation zu behandeln. Dies kann ohne Unterbrechung der eigentlich wirksamen Systemtherapie geschehen. Für einen chirurgischen Eingriff müsste hingegen die Chemotherapie für einige Wochen unterbrochen sein. Insofern ergänzen sich die Methoden eher, als dass sie in Konkurrenz zueinander stehen.

PRESSEKONTAKT

Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
Pressestelle
Dr. Hans-Georg Stavginski
Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin
Fon: +49 (0)30 916 070 43 | 49 (0)30 916 070 26
stavginski@drq.de
www.drg.de