

PATIENTENINFORMATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

diese Information ist als allgemeine Richtlinie gedacht. Bitte bedenken Sie, dass jeder Patient unterschiedlich ist. Diese Information ist nicht als Ersatz für die Beurteilung Ihrer Erkrankung durch Sie und Ihren Arzt gedacht, sondern als Ergänzung. Individuelle Aspekte werden wir gesondert berücksichtigen. Die endgültige Therapieentscheidung für Sie fällen Sie gemeinsam mit Ihrem/r Arzt/Ärztin.

Das Wichtigste in Kürze:

- Die „adjuvante“ (= helfende) Therapie wird als Chemo- und/oder Strahlentherapie **zusätzlich nach einer OP** gegeben, um das Risiko eines Wiederauftretens der Erkrankung zu verringern.
- Eine Chemotherapie nach der OP wird beim NSCLC in den Stadien IIA, IIB oder IIIA bei gutem Allgemeinzustand und nach guter post-operativer Erholung empfohlen.
- Die Bestrahlung wird nicht in den Stadien I oder II, aber im Stadium IIIA bei N2-Lymphknotenbefall (und in speziellen Einzelfällen) empfohlen.
- Besprechen Sie mit Ihrem Arzt/Ärztin Risiken und Vorteile einer adjuvanten Therapie.

Hintergrund

Nicht-kleinzellige Lungenkarzinome (NSCLC) sind die häufigsten Lungenkarzinome. Eine „adjuvante“ Therapie ist eine zusätzliche Behandlung nach einer Operation, um das Risiko eines Wiederauftretens der Erkrankung (Rezidiv) zu verringern.

Eine adjuvante Behandlung wird als Chemotherapie (durch Medikamente, die Krebszellen abtöten) und /oder Bestrahlung (Anwendung von energiereichen Strahlen, um Krebszellen abzutöten) durchgeführt. Zusätzlich ist in Einzelfällen beim Vorliegen einer bestimmten Genmutation im Tumor (EGFR) eine zielgerichtete Tablettentherapie möglich.

NSCLC Stadieneinteilung

Die Stadieneinteilung beschreibt die Tumorgröße und – Ausdehnung, speziell in die Lymphknoten und gibt damit gleichzeitig Auskunft über die Prognose (statistische Überlebenschancen) des Betroffenen. Tumorzellen können sich über das Lymph- oder Blutsystem im Körper verteilen. Das Lymphsystem ist Teil des Immunsystems. Gelangen Tumorzellen in das Lymphsystem, werden sie zuerst in den Lymphknoten aufgefangen.

Das NSCLC wird in **4 Stadien** (I, II, III, IV) eingeteilt. Je höher das Stadium, desto fortgeschrittener die Erkrankung und desto höher ist das Risiko eines Wiederauftretens der Erkrankung.

***Stadium I:** Der Tumor hat sich noch nicht in die umliegenden Lymphknoten (LK) ausgebreitet. Stadium IA bedeutet, dass der Tumor recht klein ist (< 2cm). Stadium IB bedeutet, dass der Tumor etwas größer ist (> 3 cm). Stadium I NSCLC werden in der Regel im Ganzen operativ entfernt.

Stadium II: Der Tumor hat sich in die umliegenden (regionalen) Lymphknoten (N1) ausgebreitet. Stadium II A bedeutet, dass der Tumor recht klein ist, Stadium IIB beinhaltet größere Tumore. Stadium II Tumoren können in der Regel von Chirurgen im Ganzen mit den dazugehörigen LK entfernt werden.

Stadium III: Tumor und die dazugehörigen LK sind örtlich fortgeschritten und schwieriger im Ganzen zu entfernen. Sind die LK im sog. Mediastinum, dem mittleren Bereich des Brustkorbes befallen, unterscheidet man zwischen LK der tumortragenden gleichen Seite (N2 = Stadium IIIA) oder LK auf der gegenüberliegenden Seite (N3 = Stadium IIIB). Im Allgemeinen wird im Stadium IIIB nicht operiert.

Stadium IV: Tumorzellen haben sich über das Blut in den Körper verteilt (metastasiert). In diesem Stadium wird, von Ausnahmen abgesehen, nicht operiert.

Die Behandlung in den Stadien I, II, und IIIA des NSCLC beinhaltet die radikale Operation (OP) des Tumors mit Entfernung der zugehörigen Lymphknotenstationen. Häufig schließt sich an die Op eine zusätzliche ADJUVANTE Therapie an.

Unsere Therapieempfehlungen

(übereinstimmend mit denen der S3-Leitlinie der Dt. Ges. f. Pneumologie und der Oncopecta-Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft)

- Eine Chemotherapie nach vollständiger operativer Tumorentfernung des NSCLC wird für die Patienten in gutem Allgemeinzustand im Stadium IIA, IIB und IIIA empfohlen, weil klinische Studien gezeigt haben, dass dies die Wahrscheinlichkeit einer späteren Metastasierung verringert. Die adjuvante Chemotherapie sollte nach Abschluss der Wundheilung innerhalb von 60 Tagen nach der Resektion beginnen.
- Im **Stadium IA** wird eine Chemotherapie nicht empfohlen. Patienten im Stadium IA haben bereits durch die Operation eine gute Langzeit-Überlebenschance.

Aus den gleichen Gründen wird eine Chemotherapie **im Stadium IB** nicht für jeden Patienten empfohlen, sie kann aber für einzelne Patienten mit höherem Rezidivrisiko, besonders unter Berücksichtigung von Begleiterkrankungen und Alter nach individueller Entscheidung sinnvoll sein.

- Eine **Bestrahlung nach der OP** wird für die Stadien I und II nicht empfohlen. Eine Nachbestrahlung im Stadium IIIA wird nicht für alle Patienten empfohlen, ist aber für die meisten Patienten bei N2-Befall sinnvoll. Bitte besprechen Sie dies mit Ihrem Arzt.

Stadium	Chemotherapie-Empfehlung	Bestrahlungsempfehlung
IA	Nein	Nein
IB	Nicht für jeden, in speziellen Fällen (TM > 4 cm, G3) ja	Nein
IIA	Ja	Nein
IIB	Ja	Nein
IIIA	Ja	Ja, nicht für jeden, bes. bei N2-Befall ja

Tabelle: Empfehlungen für die adjuvante Therapie des NSCLC

Informationen über die adjuvante Chemotherapie

Die Chemotherapie wird über vier Zyklen (zu je 3 Wochen), d.h. in der Regel über 12 Wochen intravenös (in die Vene) gegeben und sollte spätestens 60 Tage nach der OP beginnen. Die Chemotherapie sollte das Medikament Cisplatin und ein zweites Medikament beinhalten. Aus wichtigen Gründen, besonders bei Älteren, kann auf andere Medikamentenkombinationen, z.B. mit Carboplatin, abgewichen werden.

Die Chemotherapie wird intravenös (= in eine Armvene) gegeben. Meist geben wir sie an verschiedenen Tagen, z.B. Tag 1 und 2, Tag 8, Wiederholung Tag 22. Nebenwirkungen können sein: Abgeschlagenheit, Leistungsknick, Übelkeit und/ oder Erbrechen, Appetitverlust und Venenreizungen. Andere unerwünschte Wirkungen können sein: Blutbildveränderungen im roten und des weißen Blutbild mit Anämie (Mangel an roten Blutkörperchen), Fieber, ev. kombiniert mit einem Mangel an weißen Blutkörperchen mit Abwehrschwäche oder Haarverlust, Verstopfung, Störung der Nerven (mit Taubheit/Kribbeln besonders in Fingern und Zehen), eine Nierenschädigung oder Einschränkung des Gehörs. Häufig bilden sich solche Veränderungen wieder vollständig zurück, möglich ist aber auch, dass Nervenschäden, Einschränkungen der Nierenfunktion oder der Hörverlust längerfristig bleiben.

Infektionen unter der Chemotherapie können in seltenen Fällen lebensgefährlich sein, besonders wenn zu wenig weiße Blutzellen (zur Abwehr) zur Verfügung stehen. Daher müssen Wirkungen und Nebenwirkung ernsthaft besprochen und bedacht werden.

Adjuvante zielgerichtete Therapie beim Nachweis einer EGFR-Mutation

Neu ist die Zulassung der adjuvanten zielgerichteten Therapie mit Osimertinib über 3 Jahre bei Patienten mit einer EGFR-Mutation in den Stadien II und IIIA nach kurativer OP. Dies führte gegenüber alleiniger Beobachtung zur Verlängerung des krankheitsfreien Überlebens und zur Reduktion des Risikos einer Hirn-Metastasierung um 90%. ¼ der Patienten hatten zusätzlich eine adjuvante Chemotherapie erhalten. Behördlich beurteilt zeigte sich ein beträchtlicher Zusatznutzen von Osimertinib gegenüber einem beobachtendem Abwarten.

Adjuvante Immuntherapie mit Immuncheckpoint-Inhibitoren

Eine aktuelle Studie (IMpower 010) zeigte, dass bei Patienten mit NSCLC in den Stadien IB-IIIa nach adjuvanter Chemotherapie eine anschließende Immuntherapie mit Atezolizumab über 16 Zyklen zu einer signifikanten Verlängerung des progressionsfreien Überlebens führt. Die Unterschiede waren deutlicher bei Patienten in den höheren Erkrankungsstadien und bei Expression von PD-L1. Eine Zulassung in der EU ist noch nicht erfolgt, aber zu erwarten. Wir werden Sie gemäß Zulassungsstatus über diese zusätzliche Therapiemöglichkeit informieren.

Informationen über die Bestrahlung nach Operation

Die Bestrahlung wird an Wochentagen täglich über ca. 5-6 Wochen gegeben. Nebenwirkungen können eine Einschränkung der Atmung durch eine sog. Strahlen-Lungenentzündung, Schluckstörungen oder eine Abgeschlagenheit sein. Diese Nebenwirkungen bilden sich nach der Bestrahlung im Allgemeinen zurück. Bleibend kann eine sog. Strahlenfibrose, eine bindegewebige Veränderung von Teilen des Lungengewebes sein.

Was bedeutet dies für Sie?

Die „adjuvante“ Therapie nach OP des frühen NSCLC-Lungenkarzinoms kann das Risiko des Wiederauftretens des Tumors verhindern, ist aber auch mit dem Risiko z.T. schwerwiegender Nebenwirkungen behaftet. Aus diesem Grund wird in jedem Einzelfall zwischen vermutetem Risiko durch die Therapie und dem Gewinn an Überlebenschancen abgewogen. Wir berücksichtigen Ihre individuelle medizinische Vorgeschichte, der Tumortyp und Ihre persönliche Entscheidung.

Weitere Informationsmöglichkeiten:

www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/aktuelle-themen/service/broschueren