

**Z**u Beginn meiner Ausbildung zur Onkologin Anfang der Neunzigerjahre war ein Patient mit einem hirneigenen Tumor ein seltener – und meist nur einmaliger – «Gast» in der Sprechstunde. Das hatte nichts mit der Häufigkeit dieser Erkrankung zu tun, sondern mit dem therapeutischen Nihilismus. In dieser Ausgabe der Schweizer Zeitschrift für Onkologie möchten wir Sie über die neueren Entwicklungen auf dem Gebiet der Neuroonkologie orientieren.

#### «Eigenwillige Pathologie»

Gliome können langsam – über Jahre – im Gehirn entstehen, wie zum Beispiel die WHO-Grad-II-Tumoren. Glioblastome (WHO Grad IV) entwickeln sich eher rasch, bei älteren Patienten häufig auch de novo – ohne Transformation aus einer (geringeren) malignen Vorstufe. «Eigenwillig»: Innerhalb eines Tumors kön-

## KEIN therapeutischer Nihilismus mehr

nen verschiedene Malignitätsgrade gleichzeitig vorhanden sein, ein Charakteristikum, das bei einer alleinigen Biopsie zur Diagnosesicherung berücksichtigt werden muss (sampling error). Gemeinsam ist allen Gliomen (ausser Grad I, welcher bei Erwachsenen äusserst selten ist), dass sie das ganze Gehirn diffus infiltrieren und durch eine lokale Therapie nicht definitiv behandelt werden können.

#### Die neueste Klassifikation und Diagnostik der Gliome

Trotzdem war bis vor wenigen Jahren die Therapie für Gliome limitiert auf die Operation und die Strahlentherapie. Für die einzelnen Subtypen der Gliome gab es keine unterschiedlichen Therapiestrategien. Anfang der Neunzigerjahre wurde bei Tumoren mit oligodendroglialer Komponente ein relativ gutes Ansprechen auf Chemotherapie erkannt und therapeutisch genutzt. In der Zwischenzeit sind weitere prognostische wie auch spezifische, für einen Therapieerfolg prädiktive Faktoren erforscht worden. Diese nehmen zunehmend auf die Therapieentscheidung Einfluss und erlauben in Zukunft gezieltere Behandlungskonzepte. In dieser Ausgabe erläutert Professor Paul Kleihues, Mitbegründer der WHO-Klassifikation für Gliome, die aktuelle Einteilung der Gliome unter Berücksichtigung inzwischen bekannter genetischer Veränderungen.

Primärdiagnose, Differenzialdiagnose und Beurteilung des Therapieverlaufs werden radiologisch gestellt. Feinheiten, die sich heute mit Spezialsequenzen aus dem MRI herauslesen lassen, erläutert Professor Werner Wichmann, Neuroradiologe in Zürich, anhand von Fallbeispielen. Für eine definitive histologische Diagnose braucht es mindestens eine Biopsie.



#### Die interdisziplinäre Therapiepalette

Für die Prognose entscheidend ist – sofern möglich – eine makroskopisch radikale Resektion. Möglichkeiten und Grenzen der Neurochirurgie erklärt Prof. Adrian Merlo, Neurochirurg am Universitätsspital Basel. Postoperativ gehören Radiotherapie und Chemotherapie zum Therapieangebot bei malignen Gliomen. PD Dr. Ludwig Plasswilm, Radioonkologe, ab März 2008 als Chefarzt in St. Gallen, bespricht die radiotherapeutischen Techniken im Gehirn. PD Dr. Roger Stupp, Onkologe am CHUV in Lausanne, beschreibt zusammen mit mir den heutigen Stand der Systemtherapie bei Gliomen.

#### Herausforderung Erhaltung der Lebensqualität

Das verbesserte Angebot darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Lebenserwartung bei Patienten mit Gliomen bei wenigen Jahren liegt und dass bis jetzt keine kurative Behandlung existiert. Die Herausforderung für die neuroonkologisch tätigen Therapeuten besteht zudem darin, das Rezidivpotenzial der Gliome zu verlangsamen – unter Erhaltung der Lebensqualität. Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie helfen, Funktionseinbussen zu kompensieren.

Hirntumoren der Erwachsenen gehörten lange Zeit zu den orphan diseases hinsichtlich onkologischer Therapie. Das hat sich eindeutig in den letzten zehn Jahren zum Vorteil der Patienten verändert. Ihre Tumorkrankheit ist an Zentren mit Erfahrung zu beurteilen und nach individuellen Konzepten zu behandeln. Die Betreuung soll zusammen mit den Hausärzten erfolgen – die optimale Krankheitsbegleitung, wie unsere Erfahrung zeigt.

Wir wünschen eine interessante Lektüre dieses Heftes.

Dr. med. Silvia Hofer

Klinik und Poliklinik für Onkologie  
Universitätsspital Zürich