

Juni 2013

02

Erscheint vierteljährlich
Jahrgang 33

SCHWEIZER KREBSBULLETIN BULLETIN SUISSE DU CANCER



Abbildung: Der seltene Fall, S. 175

Schwerpunkt: Psychoonkologie

Editorial

- 91-92 Psychoonkologie - Von den Anfängen zur Gegenwart und weiter
B. Wössmer

Pressespiegel

- 97-104 Cancer in the media

**Schwerpunktthema
Psychoonkologie**

- 107-108 «Leitlinien sind die Grundlage einer qualitativ hochwertigen Psychoonkologie»
- 108-109 Psycho-oncologie: des lignes directrices pour garantir la qualité
C. Samwald
- 110-111 Das Belastungsscreening als Standard in der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten
Vorstand der SGPO
- 113-114 Psychotherapie im Rahmen der onkologischen Versorgung
Interview mit J. Bernhard und C. Beer
M. Hurschler
- 115-118 Förderung der psychosozialen onkologischen Forschung in der Schweiz
K. Bodenmüller, R. Marti
- 120-122 Psychoonkologie in der Pädiatrie
A. Graf, A. Prchal
- 123-124 Outcome and effectiveness of cancer rehabilitation in Switzerland: A study protocol
M. Ture, J. Jenewein, F. Angst, A. Aeschlimann, C. Martin-Solch, U. Schnyder, H. Walt

Spezialartikel

- 128-129 Procès Philip Morris contre l'Uruguay
«La santé publique doit prévaloir sur les intérêts économiques»
S. Ferrari

SAKK Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung

- 134-136 SAKK News
A. Steiner
- 137 Aktivitäten und Herausforderungen der Projektgruppe Gastrointestinale Tumore der SAKK
M. Montemurro
- 138 Orteronel maintenance therapy in patients with metastatic castration resistant prostate cancer after disease stabilization with docetaxel: a randomized phase III trial (SAKK 08/11)
R. Cathomas, S. Gillissen, H. Kenner
- 139 SAKK/AMGEN Research Grant 2013

NICER National Institute for Cancer Epidemiology and Registration

- 141-146 Trends in Bladder Cancer Survival in Switzerland
C. Bouchardy, M. Lorez, K. Clough-Gorr

KLS Krebsliga Schweiz

- 148 Eingabe von Forschungs- und Stipendiengesuchen
Dépôt des demandes de subsides et de bourses (1.8.2013)
- 149 Fort- und Weiterbildungen der Krebsliga Schweiz
Formation continue de la Ligue suisse contre le cancer

OPS Onkologiepflege Schweiz

- 151 Onkologiepflege-Preis für die beste Masterarbeit 2011/2012
- 152-153 Förderpreis 2013 / Prix d'encouragement 2013
F. Fournier
- 154 Fortbildungsprogramm 2013

SGMO Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie

- 155 Der Vorstand der SGMO orientiert
J. Nadig

Cooperative Groups

- 160-161 Updates from the 16th annual meeting of the International Extranodal Lymphoma Study Group (IELSG)
A. Stathis
- 162-164 International Breast Cancer Study Group IBCSG
R. Maibach
- 167-168 The European Thoracic Oncology Platform (ETOP)
S. Peters

Der seltene Fall

- 171-173 Epidermal Growth Factor Receptor Mutation in a Patient with Squamous Cell Carcinoma of the Lung: Who should be tested?
M. Schwitter, R. Rodriguez, T. Kluckert, T. Schneider, M. Brutsche, M. Fröh
- 175-178 Secondary spinal anaplastic ependymoma ten years after treatment of Hodgkin's disease
A. Hochstrasser, T. Hundsberger, M. Siano

Kongressberichte

- 180-186 St.Gallen 2013
B. Pestalozzi

Agenda**Schwerpunktthema Ausgabe Nr. 3-2013: Krebsregister**

Nächste Eingabetermine: Nr. 3/2013: 16. Juli - Nr. 4/2013: 19. September

Psychoonkologie

Von den Anfängen zur Gegenwart und weiter

Wir feiern in diesem Jahr das 10jährige Bestehen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie (SGPO). Jubiläen sind ein willkommener Anlass, um einen Blick über die Zeitachse zu werfen und die Gegenwart zu reflektieren. An der Jubiläumstagung im Juni in St. Gallen fragen wir: Hat die Psychoonkologie die Onkologie verändert, was haben wir erreicht und wo ist auch weiterhin unser Einsatz gefordert? Wir möchten diese Fragen nicht selbst beantworten, jedoch in diesem Editorial eine Auswahl an Inputs zum Thema liefern.

Von den Anfängen

Die Geschichte der Psychoonkologie lässt sich zurückverfolgen in die 1950er Jahre. Jimmie C. Holland vom Sloan Kettering Krebszentrum in New York gilt als Pionierin der Psychoonkologie. Sie war es, die 1984 die International Psycho-Oncology Society (IPOS) gründete, die internationale Schwestergesellschaft der SGPO. Im deutschen Sprachraum prägte Fritz Meerwein, Schweizer Psychoanalytiker, die Psychoonkologie ganz massgeblich. Ende der 70er Jahre erhielten die psychosozialen Aspekte, insbesondere das Thema der Lebensqualität, in der Onkologie mehr Aufmerksamkeit, dies auf dem Hintergrund einer grossen Debatte um die fehlende Transparenz in der ärztlichen Kommunikation mit Krebspatienten.

Inhaltlich gab es seit den Anfängen der Psychoonkologie bis heute einen starken Wandel der theoretischen Konzepte. In der Fachwelt ist die Beschäftigung mit dem psychogenetischen Modell weitgehend einem Modell gewichen, in dem die psychischen Auswirkungen einer Krebserkrankung im Mittelpunkt stehen. Jedoch ist der Begriff der «Krebspersönlichkeit» noch heute ein allgemein bekannter Ausdruck und die persönliche Ursachenzuschreibung vieler Betroffener kennen Mediziner wie psychoonkologische Fachpersonen aus dem klinischen Alltag.

In der Schweiz...

Die Krebsliga Schweiz (KLS) ist ganz massgeblich an der dynamischen Entwicklung in der Psychoonkologie der letzten 10 Jahre beteiligt. Exemplarisch genannt, aufgrund grosser Bedeutung der Kommunikation für das psychoonkologische Fach, sind die Aktivitäten rund um die Fortbildung in Kommunikationskompetenzen für medizinische Fachpersonen. Ein Meilenstein wurde erreicht, als 2002 in der Schweiz Kommunikationskurse für die Erlangung des Fachtitels Onkologie obligatorisch wurden.

Eine Professionalisierung innerhalb des Fachs der Psychoonkologie wird ausserdem durch eine interdisziplinäre Weiterbildung gefördert, die zum Fachtitel psychoonkologische Psychotherapeutin oder Beraterin führt. Die KLS war im Jahre 2002 die Initiantin, heute wird die Weiterbildung von der SGPO und der KLS gemeinsam organisiert. Über 100 Teilnehmende haben die Weiterbildung bereits abgeschlossen.

Die Initiative zur Gründung der SGPO erfolgte durch Mitglieder der Sektion Psychoonkologie der SAKK und weiteren in der Psychoonkologie tätigen Fachpersonen. Gleichzeitig wurde durch die KLS eine Erhebung der verschiedenen psychosozialen Angebote für Krebspatienten in der Schweiz durchgeführt, welche einen klaren Entwicklungs- und Vernetzungsbedarf aufzeigte. So wurde am 17. Januar 2003 die SGPO gegründet. Heute zählt die SGPO gut 190 Mitglieder, vorwiegend aus den Bereichen Onkologie, Psychologie, Psychiatrie, Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge und Radiologie.

Gegenwart

Eine stetig wachsende aktive Gruppe von Fachpersonen engagiert sich für das Fach. Die Bedeutung der psychoonkologischen Betreuung in der Onkologie hat stark zugenommen. Dies widerspiegelt sich z.B. darin, dass in den letzten 5 Jahren die Anzahl

der Arbeitsstellen in der Psychoonkologie angestiegen ist. Die grossen Spitalzentren verfügen fast alle über ein psychoonkologisches Angebot. Es ist aber immer wieder schwierig, qualifizierte und erfahrene Fachpersonen zu finden.

Auf der politischen Ebene wurde mit den Zielen, die im nationalen Krebsprogramm 2011 - 2015 formuliert wurden, ein grosser Schritt angeregt. Ziele mit stärkster Dringlichkeit sind die Behebung von Versorgungslücken, die Formulierung von Standards und Leitlinien zur psychosozialen Versorgung von Krebspatienten und Angehörigen (insbesondere der Bedarfserfassung) und die Sicherung der Finanzierung psychoonkologischer Angebote in der Grundversorgung.

Handlungsbedarf

Es gibt also weiterhin Einiges anzupacken. Es bestehen nach wie vor erhebliche *Versorgungslücken* im stationären wie im ambulanten Bereich. Vom klar formulierten Ziel (NKP I und II) der flächendeckenden psychoonkologischen Versorgung sind wir in der Schweiz und auch in Deutschland noch weit entfernt. Die grossen onkologischen Zentren und Universitätsspitäler verfügen über psychoonkologische Angebote, jedoch häufig nicht in angemessenem Rahmen. In kleineren Zentren und ländlichen Regionen sind Versorgungsangebote nur ungenügend verfügbar und zugänglich.

Eine weitere Problematik sind die unterschiedlichen und häufig den Bedürfnissen nicht angepassten *Versorgungsstrukturen*. Oft ist es nicht möglich, die psychoonkologischen Behandlungsmassnahmen in das Gesamtkonzept der onkologischen Therapie zu integrieren und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu garantieren. Für eine erfolgreiche Integration und gelebte interdisziplinäre Zusammenarbeit, die zur Teamzufriedenheit und Behandlungsqualität beiträgt, ist die Präsenz einer psychoonkologischen Fachperson i.S. eines Liaisondienstes unabdingbar.

Einer der wichtigsten Gründe, weshalb die Versorgungsrealität den Bedürfnissen und dem Bedarf hinterher hinkt, ist die *Finanzierungsproblematik*. Bis heute ist die Finanzierung stationärer wie ambulanter psychoonkologischer Angebote nicht geregelt. Einige Fachpersonen werden oder wurden mittels speziellen Anschubfinanzierungen von Stiftungen oder Kantonalen Krebsligen getragen. Psychoonkologische Leistungen können bisher mit der Einführung der DRGs nicht abgegolten werden.

In einem Projekt initiiert durch das NKP II werden aktuell *Standards* und *Leitlinien* zur psychosozialen Versorgung von Krebspatienten und Angehörigen formuliert (siehe dazu die Beiträge von C. Sanwald und des Vorstands SGPO). Die Erkenntnisfortschritte aus der internationalen Forschung machen es möglich, dass Behandlungsstandards formuliert werden können. International ist die Psychoonkologie eine sehr dynamische Fachdisziplin, die in den letzten Jahren beachtliche Ergebnisse vorweisen konnte, wie in internationalen Fachzeitschriften dokumentiert ist. Die nationale *Forschung* zeigt in eine erfreuliche Richtung, was auch zu einer besseren Vernetzung der Forschenden führen wird.

Abschliessend

Im Vergleich zu früheren Jahren geniesst die Psychoonkologie heute eine hohe Akzeptanz unter Fachpersonen und die Selbstverständlichkeit eines psychosozialen Angebotes ist heute weitgehend gegeben. Im Fokus stehen heute die angemessene Versorgung von Patienten und ihren Angehörigen und die Qualität und Wirksamkeit der psychoonkologischen Betreuung. Genau an diesem Punkt muss unser Engagement in Forschung und Praxis weitergehen.

Dr. phil. Brigitta Wössmer, Präsidentin SGPO
brigitta.woessmer@usb.ch

REDAKTION

Prof. Dr. Franco Cavalli, Koordination: Karin Lerch
Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI), Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, 6501 Bellinzona
Tel. 091 811 82 30, Fax 091 811 91 82, Email: karin.lerch@sakk.ch

SAKK

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung / Groupe Suisse de Recherche Clinique sur le Cancer
Verantwortlich: Annik Steiner, SAKK, Effingerstrasse 40, 3008 Bern
Tel. 031 389 91 91, Fax 031 389 92 00, Email: annik.steiner@sakk.ch

NICER

Nationales Institut für Krebs epidemiologie und –registrierung / Institut National pour l'Épidémiologie et l'Enregistrement du Cancer
Direktor: Dr. Rolf Heusser, Foundation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER)
c/o Universität Zürich, Seilergraben 49, 8001 Zürich, Tel. 044 634 53 74, Fax 044 634 54 44, Email: contact@nicer.org

SPOG

Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe / Groupe suisse d'oncologie pédiatrique
Präsident: Prof. Dr. Felix Niggli, Universitätskinderspital, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich
Tel. 044 266 71 11, Fax 044 266 78 34, Email: felix.niggli@kispi.uzh.ch

KLS

Krebsliga Schweiz / Ligue suisse contre le cancer
Verantwortlich: Kurt Bodenmüller, KLS, Effingerstrasse 40, Postfach 8219, 3001 Bern
Tel. 031 389 93 31, Fax 031 389 91 62, Email: kurt.bodenmueller@krebbsliga.ch

KFS

Stiftung Krebsforschung Schweiz / Fondation Recherche suisse contre le cancer
Verantwortlich: Kurt Bodenmüller, KFS, Effingerstrasse 40, Postfach 7021, 3001 Bern
Tel. 031 389 93 31, Fax 031 389 91 62, Email: kurt.bodenmueller@krebbsforschung.ch

ISREC

Institut Suisse de Recherche Expérimentale sur le Cancer / Schweizerisches Institut für experimentelle Krebsforschung
Responsable at interim: Prof. Dr. Douglas Hanahan, ISREC-EPFL, Batiment SV, Station 19, 1015 Lausanne
Tel. 021 693 06 57, Fax 021 693 06 60, Email: dh@epfl.ch

SASRO

Scientific Association of Swiss Radiation Oncology
Responsable: Dr. Damien Weber, Service de radio-oncologie, Site de Cluse-Roseaie, Hôpitaux Universitaires de Genève
4, rue Gabrielle Gentil, 1211 Genève 14, Tel. 022 382 72 47, Fax 022 382 71 17, Email: damien.weber@hcuge.ch

ONCOCAMPUS

OncoCampus Switzerland
Präsident: Prof. Dr. Heinrich Walt, Universitätsspital Zürich, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Frauenklinikstrasse 24, 8091 Zürich
Tel. 044 255 91 25, Fax 044 255 41 79, Email: heinrich.walt@usz.ch, www.oncocampus.ch

OPS

Onkologiepflege Schweiz
Verantwortlich: Irène Bachmann-Mettler, Geschäftsstelle Onkologiepflege Schweiz, Hirstigstrasse 13, 8451 Kleinandelfingen
Tel. 052 301 21 89, Fax 052 317 39 80, Email: info@onkologiepflege.ch, www.onkologiepflege.ch

SGPO

Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie / Société Suisse de Psycho-Oncologie
Sekretariat SGPO, c/o Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, Postfach 8219, 3001 Bern
Tel. 031 389 91 30, Fax 031 389 91 60, Email: kontakt@psycho-onkologie.ch

SGMO

Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie
Verantwortlich: Dr. Jürg Nadig, SGMO, Bannhaldenstrasse 7, 8180 Bülach
Tel. 044 862 73 00, Fax 044 862 73 01, Email: juerg.nadig@hin.ch

Folgende Firmen unterstützen den SAKK Industriepool:

Amgen Switzerland AG
AstraZeneca AG
Bayer (Schweiz) AG
Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH
Bristol-Myers Squibb SA
Celgene GmbH
Eisai Pharma AG
Eli Lilly (Suisse) SA

GlaxoSmithKline AG
Janssen-Cilag AG
Lipomed AG
Merck (Schweiz) AG
Merck Sharp & Dohme AG
Mundipharma Medical Company
Novartis Pharma (Schweiz) AG
Pfizer AG

PharmaMar S.A.
Robapharm AG
Roche Pharma (Schweiz) AG
Sandoz Pharmaceutical AG
Sanofi-Aventis (Suisse) SA
Takeda Pharma AG
Teva Pharma AG

«Bei Krebs gibt es viele überbewertete Gefahren»

Der Medizinstatistiker John Ioannidis von der Stanford University kritisiert, zahllose Studien seien schlecht gemacht. Sie jagten den Menschen Angst ein vor Krebsrisiken, die gar nicht existieren oder kaum von Bedeutung sind.

Mit John Ioannidis sprach Felix Straumann in Lugano

40 der 50 häufigsten Zutaten in Kochbüchern gelten gemäss Studien als krebserregend. Zu diesem verwirrenden Schluss kommen Sie in einer Ihrer jüngsten Analysen. Dürfen wir gar nichts mehr essen?

Doch natürlich. Diese kleine Untersuchung ist aus meiner Sicht ein Beispiel dafür, dass es beim Krebs neben ein paar gut bekannten Risikofaktoren sehr viele überbewertete Gefahren gibt. Die werden zwar in Studien untersucht, sind aber nicht sehr gut belegt. Da wird sehr viel im Trüben gefischt, was die Menschen verwirrt. Viele wissen nicht mehr, was die entscheidenden Risiken sind. Wenn wir Rauchen komplett stoppen könnten, würden wir eine Milliarde Leben retten. Wenn wir einige der weichen Ernährungsrisiken ausschalten würden, hätte dies kaum einen Einfluss.

Letztlich ist doch das Leben selber krebserregend.

Nein, das glaube ich nicht. Die meisten dieser Studien sind sehr wahrscheinlich statistische Ausreisser. Leider suchen Forscher in ihren Daten oft nachträglich nach irgendwelchen statistischen Zusammenhängen und finden diese dann meist tatsächlich auch. Wenn Sie einen Haufen Daten haben, gibt es darin immer irgendwelche zufälligen Korrelationen. Diese halten späteren Überprüfungen jedoch meist nicht stand. Solche Falschresultate lassen sich nur verhindern, wenn die Fragestellung jeweils vor der Datenanalyse feststeht.

Die meisten dieser Studien haben nichts mit der Realität zu tun?

Einige sind falsch. Andere übertreiben ein Krebsrisiko, das möglicherweise existiert, jedoch viel kleiner ist.

Offizielle Ernährungsempfehlungen gegen Krebs raten zum Beispiel zu mehr Früchten und Gemüse, mehr Nahrungsfasern und weniger rotem Fleisch. Alles falsch?

Ich würde nicht sagen, dass dies nutzlose Empfehlungen sind, auch wenn einzelne Teile davon weniger gut belegt sind. So ist zum Beispiel die Studienlage beim roten Fleisch eindeutiger als bei den Nahrungsfasern. Früchte und Gemüse esse ich gerne – aber haben sie einen Effekt auf das Krebsrisiko? Wahrscheinlich, allerdings dürfte die Risikoverminderung weniger als ein

Prozent pro tägliche Mahlzeit betragen. Übertragen auf eine Million Krebstote, würden dadurch vielleicht 2000 Leben gerettet. Das ist nicht vernachlässigbar. Aber man muss sich deswegen nicht verrückt machen. Beim Rauchen ist das Risiko hundertfach grösser.

Um ehrlich zu sein, bin ich etwas überrascht, dass Sie überhaupt noch als Wissenschaftler tätig sind. 2005 haben Sie in einer stark beachteten Untersuchung aufgezeigt, dass ein grosser Teil der medizinischen Studien später widerlegt werden. Wie können Sie wissenschaftlichen Veröffentlichungen noch glauben?

Die Tatsache, dass viele unkorrekte oder überinterpretierte Resultate produziert werden, bedeutet nicht, dass alles falsch ist. Der wichtigste Grund für meine Untersuchung 2005 war, dass ich selber meine eigenen Resultate nicht wiederholen konnte und wissen wollte, weshalb. Doch das war ein Teil des wissenschaftlichen Prozesses. Wenn wir Forscher glauben, einen Zusammenhang aufgedeckt zu haben, müssen wir das aufmerksam weiterverfolgen. Wissenschaft ist keine Religion, bei der man alles zu hundert Prozent glauben muss. Wir stützen uns auf Daten und versuchen uns zu verbessern. Studien leisten viel und können uns nützliche Informationen liefern.

In Ihrer Untersuchung stellten sich 80 Prozent der epidemiologischen Studien später als falsch heraus. Und selbst bei gut gemachten, sogenannten randomisierten Studien konnte ein Viertel nicht bestätigt werden. Wie ist das möglich?

Das hat damit zu tun, dass einige Studienarten verlässlicher sind als andere. Bei Beobachtungsstudien hat man zum Beispiel immer Störfaktoren, die das Resultat verfälschen können. Eine Rolle spielt auch das erwähnte Durchsuchen der Daten nach etwas Aufregendem, das sich veröffentlichen lässt. Doch solche Probleme kann man verbessern.

Hat sich denn etwas verändert seit Ihrer Veröffentlichung von 2005?

In einigen Forschungsfeldern ist tatsächlich viel passiert. Zum Beispiel in der Genetik. Früher war auf dem Gebiet die Reproduzierbarkeit miserabel, vielleicht 95 Prozent der Resultate waren falsch. Heute werden die Studien mit vielen Teilnehmern und standardisierten Methoden durchgeführt. Zudem wird nicht mehr selektiv veröffentlicht, das heisst, negative oder unspektakuläre Resultate werden nicht verschwiegen. Inzwischen dürften im Bereich Genetik 95 Prozent der Resultate korrekt sein. Das sind grosse Verbesserungen, die schnell eingeführt wurden. Das sollte in anderen Forschungsgebieten auch passieren.

Was sind für Sie persönlich die eindrücklichsten Beispiele für medizinisches Wissen,

das sich später als falsch herausgestellt hat?

Es ist schwer, sich da festzulegen. Ein Beispiel ist der Nutzen von Vitamin E oder auch Beta-Carotin, der sich nicht bestätigt hat. Ein anderes wäre die Hormonersatz-Therapie bei Frauen, von der man glaubte, dass sie gegen Demenz und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirke. Es gibt viele solcher medizinischer Dogmen mit einer langen Geschichte aus vielversprechenden Behauptungen, die sich dann als nicht haltbar herausgestellt haben, wenn man sie in gut gemachten Studien testete.

Was sollten Nichtfachleute tun, wenn sie zum Beispiel von einer Studie lesen, die zeigt, dass Broccoli gut gegen Brustkrebs sein soll?

Sie können versuchen, herauszufinden, ob es die einzige Studie ist, die zum Thema gemacht wurde. Wenn dem so ist, können Sie sich zurücklehnen und einfach warten, bis mehr dazu veröffentlicht wird.

Sollten die Medien solche Studien ignorieren?

Nicht unbedingt. Warum nicht darüber berichten, um die Neugier zu befriedigen? Allerdings muss dann ein Hinweis kommen, dass es sich nur um eine interessante Beobachtung handelt und man deswegen sein Leben nicht komplett auf den Kopf zu stellen braucht. Wenn mehr Studien zu einem Thema vorhanden sind, sollte man sichergehen, dass nicht einseitig nur ein Teil davon berücksichtigt wird. Dafür sind Übersichtsstudien nützlich. Wichtig ist aber auch die Frage, wie eindeutig ein Effekt ist, wie viele Personen untersucht wurden und ob irgendwelche Interessenkonflikte bestehen.

Spielt auch das Forschungsgebiet eine Rolle?

Das kann sehr aufschlussreich sein. Wenn es so populär ist, dass die Forscher alles geben würden, um ein spektakuläres Resultat melden zu können, sollte man skeptischer sein als bei weniger aufregenden Themen, bei denen Emotionen und Ehrgeiz eine weniger wichtige Rolle spielen.

Tages-Anzeiger, 14. November 2012

Altered cells that blast cancer

Experimental treatment reprograms girl's immune system to fight leukemia

Emma Whitehead has been bounding around the house lately, practicing somersaults and rugby-style tumbles that make her parents wince.

It is hard to believe, but last spring, Emma, then 6, was near death from leukemia. She had relapsed twice after chemotherapy, and doctors had run out of options.

Desperate to save her, her parents sought an experimental treatment at the Children's Hospital of Philadelphia, one that had never before been tried in a child, or in anyone with the type of leukemia Emma had. The experiment, in April, used a disabled form of the virus that causes AIDS to reprogram Emma's immune system genetically to kill cancer cells.

The treatment very nearly killed her. But she emerged from it cancer-free, and about seven months later is still in complete remission. She is the first child and one of the first humans ever in whom new techniques have achieved a long-sought goal – giving a patient's own immune system the lasting ability to fight cancer.

Emma had been ill with acute lymphoblastic leukemia since 2010, when she was 5, said her parents, Kari and Tom. She is their only child.

She is among just a dozen patients with advanced leukemia to have received the experimental treatment, which was developed at the University of Pennsylvania. Similar approaches are also being tried at other centers, including the National Cancer Institute and Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York.

«Our goal is to have a cure, but we can't say that word,» said Dr. Carl June, who leads the research team at the University of Pennsylvania. He hopes the new treatment will eventually replace bone-marrow transplantation, an even more arduous, risky and expensive procedure that is now the last hope when other treatments fail in leukemia and related diseases.

Three adults with chronic leukemia treated at the University of Pennsylvania have also had complete remissions, with no signs of disease; two of them have been well for more than two years, said Dr. David Porter. Four adults improved but did not have full remissions, and one was treated too recently to evaluate. A child improved and then relapsed. In two adults, the treatment did not work at all. The Pennsylvania researchers were presenting their results on Sunday and Monday in Atlanta at a meeting of the American Society of Hematology.

Despite the mixed results, cancer experts not involved with the research say it has tremendous promise, because even in this early phase of testing it has worked in seemingly hopeless cases.

«I think this is a major breakthrough,» said Dr. Ivan M. Borrello, a cancer expert and associa-

te professor of medicine at the Johns Hopkins University School of Medicine, in Maryland.

Dr. John Wagner, the director of pediatric blood and marrow transplantation at the University of Minnesota, called the Pennsylvania results «phenomenal» and said they were «what we've all been working and hoping for but not seeing to this extent.»

A major drug company, Novartis, is betting on the Pennsylvania team and has committed \$20 million to building a research center on the university's campus to bring the treatment to market.

Hervé Hoppenot, the president of Novartis Oncology, called the research «fantastic» and said it had the potential – if the early results held up – to revolutionize the treatment of leukemia and related blood cancers. Researchers have said the same approach, reprogramming the patient's immune system, may also eventually be used against tumors like breast and prostate cancer.

To perform the treatment, doctors remove millions of the patient's T-cells – a type of white blood cell – and insert new genes that enable the T-cells to kill cancer cells. The technique employs a disabled form of H.I.V. because it is very good at carrying genetic material into T-cells. The new genes program the T-cells to attack B-cells, which are a normal part of the immune system but turn malignant in leukemia.

The altered T-cells – called chimeric antigen receptor cells – are then dripped back into the patient's veins, and if all goes well, they multiply and start destroying the cancer. The T-cells home in on a protein called CD-19 that is found on the surface of most B-cells, whether they are healthy or malignant.

A sign that the treatment is working is that the patient becomes terribly ill, with raging fevers and chills – a reaction that oncologists call «shake and bake,» Dr. June said. Its medical name is cytokine-release syndrome, or cytokine storm, referring to the natural chemicals that pour out of cells in the immune system as they are being activated, causing fevers and other symptoms.

The storm can also flood the lungs and cause perilous drops in blood pressure – effects that nearly killed Emma.

In patients with lasting remissions after the treatment, the altered T-cells persist in the bloodstream, though in smaller numbers than when they were fighting the disease. Some patients have had the cells for years.

Dr. Michel Sadelain, who conducts similar studies at the Sloan-Kettering Institute, said: «These T-cells are living drugs. With a pill, you take it, it's eliminated from your body and you have to take it again.» But T-cells, he said, «could potentially be given only once, maybe only once or twice or three times.»

The Pennsylvania researchers said they were surprised to find any big drug company interested in their work, because a new batch of T-cells must be created for each patient – a far cry from the familiar commercial strategy of developing products like Viagra or cholesterol medicines, in which millions of people take the same drug.

But Mr. Hoppenot said Novartis was taking a different path with cancer drugs, looking for treatments that would have a big, unmistakable impact on a small number of patients. Such home-run drugs can be approved more quickly and efficiently, he said, with smaller studies than are needed for drugs with less obvious benefits.

«The economic model is totally acceptable,» Mr. Hoppenot said.

But such drugs tend to be extremely expensive. A prime example is the Novartis drug Gleevec, which won rapid approval in 2001 for use against certain types of leukemia and gastrointestinal tumors. It can cost more than \$5,000 a month, depending on the dosage.

Dr. June said that producing engineered T-cells costs about \$20,000 per patient – far less than the cost of a bone-marrow transplant. Scaling up the procedure should make it even less expensive, he said, but he added, «Our costs do not include any profit margin, facility depreciation costs or other clinical care costs, and other research costs.»

The research is still in its early stages, and many questions remain. The researchers are not entirely sure why the treatment works, or why it sometimes fails.

So far, her parents say, Emma seems to have taken it all in stride. She went back to school this year with her second-grade classmates, and though her grades are high and she reads about 50 books a month, she insists impishly that her favorite subjects are lunch and recess.

«It's time for her to be a kid again and get her childhood back,» Mr. Whitehead said.

**International Herald Tribune,
December 11, 2012**

Les dégâts collatéraux du facteur d'impact

Peut-on mesurer simplement la science? Il est aujourd'hui de bon ton de donner une réponse positive, en citant des critères de mesure prétendument objectifs. Or cet effort n'a de scientifique que sa prétention.

C'est ce qui ressort d'une étude (arXiv: 1301.3748) sur le facteur d'impact (FI), réalisée par deux chercheurs, Björn Brembs et Marcus Munafo. Le FI prétend mesurer l'impact scientifique d'une revue à travers le nombre de citations des articles qu'elle publie, rapporté au nombre d'article publiés.

Au fil des ans, il a été utilisé pour juger aussi de la qualité des articles qui y paraissent, des chercheurs et de leurs laboratoires. Dans certains domaines, faire la «une» de *Nature* ou de *Science*, ou y publier régulièrement, assure une excellente carrière. Embauche, avancements, salaires sont jugés avec ce critère.

Une première information choquante est que le FI, calculé officiellement par le groupe privé Thomson Reuter, ferait l'objet d'une négociation avec les revues: dans un cas, la note aurait pu varier entre 3 et 11. Lorsqu'une maison d'édition a essayé de vérifier son classement, ses calculs se sont montrés en contradiction avec les résultats officiels. Vive l'objectivité!

Les auteurs analysent ensuite la montée inquiétante du nombre de publications retirées, car leurs résultats se sont révélés faux par la suite. Le taux de ces articles, stable depuis les années 1970, a commencé à augmenter rapidement depuis l'année 2000, passant de 0,001% à 0,02% du total. Heureusement, ce taux reste faible: il ne faut pas en déduire que la plupart des publications sont fallacieuses. Néanmoins, les auteurs trouvent que l'augmentation est exponentielle, signe d'un processus qui risque d'empoisonner, par la perte de crédibilité, tout le domaine. Les dernières années ont été particulièrement lourdes, avec la création, en 2010, du site spécialisé Retractionwatch.com. 2011 a été déclarée «année de la rétractation».

Il s'agit là de la partie visible de l'iceberg. L'effet de «déclin» est moins connu: la première étude publiée sur un certain sujet a ainsi plus de chances de surévaluer ses résultats. Voici un exemple: en 1991, un zoologiste danois découvrit que les hirondelles préféraient des partenaires sexuels avec un plumage symétrique. Dans un premier temps, les études semblèrent le confirmer mais, rapidement, le nombre de résultats négatifs mit en pièces la théorie. A la recherche d'un effet nouveau, les scientifiques sont plus facilement portés à publier un résul-

tat positif plutôt qu'un résultat négatif ou qui contredit une «découverte» précédente.

Brembs et Munafo montrent que plus le FI d'une revue est grand, plus grande est la probabilité que le papier soit retiré, ou que les résultats se révèlent moins fiables. L'exact contraire du but recherché! Les auteurs proposent donc d'abandonner non seulement le FI, mais aussi les revues pour un système plus ouvert, basé sur des bibliothèques virtuelles gérées par l'ensemble des organismes de recherche.

Selon eux, tant que le FI guidera les politiques scientifiques, nous irons vers une «pandémie» de mauvaise science. Il se peut que, dans les dernières décennies, les institutions de recherche aient embauché et promu des scientifiques qui sont excellents dans le marketing de leur travail auprès des meilleures revues, mais qui ne sont pas nécessairement aussi bons dans la recherche. D'excellents chercheurs ont peut-être été écartés. Arrêtons ce gâchis!

Le Monde, 16 février 2013

Fin de vie: l'ordre des médecins brise un tabou

L'instance publie un avis dans lequel elle se prononce pour «une sédation terminale», «par devoir d'humanité»

60% des médecins se disent favorables à l'euthanasie «active»

Il n'était pas attendu sur cette ligne-là. Jeudi 14 février, l'ordre des médecins a rendu public un avis intitulé «Fin de vie, assistance à mourir» dans lequel il se dit favorable, «par devoir d'humanité», à une aide à mourir sous la forme d'une «sédation terminale». Cette forme de mort douce par sédation serait offerte à des patients auxquels la législation actuelle n'apporte pas de réponse. Depuis le vote de la loi Leonetti en 2005, l'ordre des médecins, réputé conservateur sur les questions de société, s'était toujours montré opposé à toute évolution de la législation sur la fin de vie. Il lève là un tabou.

L'instance ordinaire préconise une évolution pour répondre à «des situations exceptionnelles». La loi Leonetti admet qu'on puisse soulager avec des antidouleurs un malade au stade terminal, au risque d'abrèger sa vie. Toutefois, elle «peut n'offrir aucune solution pour certaines agonies prolongées ou pour des douleurs psychologiques et/ou physiques qui, malgré les moyens mis en œuvre, restent incontrôlables», indique l'ordre. Par exemple,

dans des cas de cancers avec des métastases au niveau des tissus nerveux qui entraînent des souffrances non soulageables.

Pour l'ordre, il s'agirait de répondre à «des requêtes persistantes, lucides et réitérées de la personne atteinte», dans des situations où les soins curatifs sont devenus inopérants et où des soins palliatifs ont été instaurés. L'assistance médicalisée à mourir devrait relever de la décision d'un collège médical, et non d'un seul médecin.

La position est proche du rapport du professeur Didier Sicard, rendu à François Hollande en décembre 2012, qui recommandait, dans certains cas, que soit accordée la possibilité d'un geste médical «accélérateur la survenue de la mort». Mais l'ordre insiste sur un point que le rapport Sicard n'évoquait pas: la clause de conscience pour les médecins. Il estime indispensable d'accorder aux médecins le droit de refuser d'administrer une sédation terminale, ajoutant que les médecins n'en garderaient pas moins «le devoir d'accompagner leurs patients jusque dans leurs derniers jours».

L'avis de l'ordre, qui était resté jusqu'ici très discret, s'inscrit opportunément dans le débat sur l'aide à mourir dans la dignité, lancé par le candidat Hollande en février 2012. Sa réflexion a été lancée il y a dix-huit mois au sein de sa section éthique et déontologie. Les conseils régionaux et départementaux ont été consultés.

«Nous avons tous un peu révisé nos convictions», admet le docteur Jean-Marie Faroudja, membre de cette section et rapporteur de l'avis. Il insiste sur le fait que le code de déontologie médicale qui dispose que le médecin ne doit pas «délibérément donner la mort» est respecté. Selon l'ordre, en effet, c'est au collège médical, donc à plusieurs médecins, qu'il appartiendrait de dire qu'une sédation terminale doit être administrée.

«L'interdit fondamental de donner délibérément la mort à autrui ne saurait être transgressé par un médecin agissant seul», insiste l'avis. Pour l'ordre, il est primordial que les patients sachent que les médecins sont là pour les aider et qu'un praticien seul ne peut décider de leur sort.

Le texte n'utilise pas le terme euthanasie qui, selon l'ordre, marque le caractère délibéré de donner la mort. Mais il touche le cœur du débat sur le rôle des médecins, certains estimant que le soin s'arrête avant la mort, d'autre qu'il va jusque-là.

Clause de conscience

Devant une telle audace, l'ordre aurait-il eu besoin de voir son avis conforté? Il a publié le même jour, c'est aussi une première, un son-

dage, réalisé par Ipsos en janvier, auprès d'un échantillon représentatif de 605 médecins. Ils s'y montrent à 95% favorables à l'instauration d'une clause de conscience. Surtout, 60% des médecins sondés se disent favorables à l'euthanasie (terminologie utilisée par le sondeur). Dans les cas où le patient est conscient, ils sont 42% à vouloir être consultés sans toutefois participer à la décision de fin de vie, 35% à vouloir y participer, et 13% à souhaiter pouvoir la bloquer. Ils sont en outre 37% à souhaiter pouvoir participer à la phase d'administration des produits. Par ailleurs, si 58% se disent opposés au suicide assisté, 39% y sont favorables. ...

Le Monde, 16 février 2013

Cancer du sein: dépistage inégal selon les appareils

La fiabilité de certains types de mammographies paraît insuffisante. Une controverse technique qui s'ajoute à celle sur l'utilité du dépistage

Faut-il encore dépister le cancer du sein? Tel était le thème d'un atelier «santé environnement» à l'université Pierre-et-Marie-Curie, mardi 19 février. Ce sujet complexe et controversé était une nouvelle fois au centre des débats. Le dépistage a été généralisé en France en 2004 pour les femmes de 50 à 74 ans, invitées à faire une mammographie tous les deux ans, prise en charge par l'assurance-maladie. Plus de 2,4 millions de femmes de cette tranche d'âge y ont participé en 2011, soit 52,7% des femmes concernées, participation restée stable en 2012. A cela s'ajoutent 10% de personnes dépistées en dehors de ce dispositif. Le cancer du sein reste le cancer le plus fréquent chez la femme (33%), avec 53 000 nouveaux cas en 2011 et 11 500 décès.

Une autre question, évoquée récemment par Lyon Capital, est venue s'ajouter au débat sur le surdiagnostic, plus technologique cette fois. Les appareils de mammographie sont-ils tous de qualité équivalente? La France compte environ 2 300 appareils, dont 400 installations analogiques, qui ne cessent de se réduire, et 1 900 appareils numériques. Il en existe deux types: les systèmes dits «DR» (environ 36%), en augmentation, et les appareils dits «CR» (environ 64% des installations numériques).

Une alerte avait été lancée fin 2009 sur une moindre détection des cancers du sein avec les appareils numériques de type CR. Les taux de détection des cancers varient en effet de 3,6 à 7,7 pour mille en fonction des types

d'appareils et des marques, selon une étude réalisée par l'Institut national du cancer (INCa). «C'est préoccupant de constater de telles différences», a lancé mardi Brigitte Séradour, radiologue qui a piloté la politique de dépistage en France. ...

Autre risque redouté: le cancer radio-induit, conséquence de l'irradiation reçue lors d'exams ou de traitements utilisant des rayons. Une étude avait interpellé fin 2011 sur le risque des mammographies répétées avant 50 ans, période où le sein est plus dense et nécessite donc une plus forte dose d'irradiation pour obtenir une image lisible, indique l'INCa. Ainsi, en l'absence de symptômes et de facteurs de risques, il n'y a pas d'indication à se faire dépister avant l'âge de 50 ans. Ce risque de cancer radio-induit est toutefois considéré par l'INCa comme «très faible».

Dans tous les cas, insiste Françoise Pinto, de l'association Europe Donna: «Les femmes veulent des informations claires et des recommandations apaisées.»

Le Monde, 23 février 2013

Bitume: un toxique professionnel

La cour d'appel de Lyon a récemment reconnu coupable une filiale de Vinci de «faute inexcusable» après la mort d'un ouvrier des suites d'un cancer. Une exception qui met en lumière la façon dont les industriels tirent profit des faiblesses de l'épidémiologie

Le 13 novembre 2012, la cour d'appel de Lyon a reconnu la société Eurovia, prospère filiale du géant du BTP Vinci, coupable de «faute inexcusable» dans le décès de Francisco Serrano-Andrade, à l'âge de 56 ans. Atteint d'un cancer de la peau - un épithélioma spinocellulaire -, cet ouvrier était mort en 2008, défiguré et dans de terribles souffrances, après vingt ans de travail au contact du bitume. Cette première judiciaire mondiale - qui ouvre évidemment la voie à d'autres procédures, dont certaines sont déjà en cours - constitue un séisme pour une industrie routière qui plaide depuis des décennies l'innocuité des «produits noirs». Elle offre l'occasion de se pencher sur les rapports troubles entre les sciences de la santé, particulièrement l'épidémiologie, et les entreprises employant des produits dangereux, rapports dont le bitume offre un parfait cas d'école.

La parole des industriels du bitume est en effet sans équivoque. Pour Jean-Baptiste de Premare, délégué général de l'Union syndi-

cale de l'industrie routière française (Usirf), le syndicat patronal des épandeurs d'enrobés, «le principal risque, c'est la brûlure, et le second, l'irritation respiratoire». Même son de cloche du côté des fabricants; Didier Carré, du Groupement professionnel des bitumes (GPB), dans une présentation aux Journées techniques route 2011, précise en outre que «ces irritations sont temporaires et [que] les nombreuses études scientifiques n'ont jamais pu mettre en évidence de danger de ces fumées pour les opérateurs».

L'affirmation étonnera quiconque a senti un jour l'odeur corrosive émanant du moindre chantier de rénovation routière. Scientifiquement parlant, elle est en tout cas indéfendable. Les bitumes, issus du raffinage du pétrole, contiennent «des milliers de composés, dont des dizaines qui sont des cancérigènes avérés, comme les hydrocarbures aromatiques polycycliques, parmi lesquels le redoutable benzopyrène», indique Jean-François Narbonne, professeur à l'université Bordeaux-I. ...

Au-delà du cas du bitume, ce problème des biais et des interprétations subjectives est particulièrement sensible dans l'épidémiologie professionnelle, qui s'effectue presque par nature dans un contexte de constante ingérence patronale. «Il faut bien comprendre, indique l'Italien Paolo Boffetta, coordonnateur sous l'égide du CIRC de l'étude de 2003, qu'il serait très difficile de faire des études de ce type contre les industriels: ce sont eux qui détiennent les listes de travailleurs, et eux seuls connaissent les produits auxquels ils ont été exposés.» En outre, les industriels, en tout cas en ce qui concerne le bitume, ont payé une part importante de ces études. Hélas, si la liste des financeurs figure dans les articles, ce n'est pas le cas du montant de leur contribution. Paolo Boffetta, qui a désormais quitté le CIRC et poursuit une brillante carrière à New York, ne se «souviens[t] pas» de la part patronale dans le financement de sa recherche, ni même de son ordre de grandeur; pas plus qu'Ann Olsson ne s'en souvient pour sa propre étude. A leur décharge, les montages sont souvent compliqués: organisés pays par pays, ils associent des fondations, de l'argent public, des contributions d'instituts de recherche... ...

Certes il existe toujours ce qu'on appelle un «pare-feu»: les industriels ne rétribuent pas directement les chercheurs, mais l'institution qui les emploie. Reste qu'en contrepartie de ces financements les entreprises suivent les travaux en cours, reçoivent les épreuves des articles avant publication et peuvent commenter. Elles sont naturellement tenues de respecter l'indépendance des chercheurs, «mais il y a des tensions dès que les résultats ne corre-

spondent pas à leurs attentes», indique Marcel Castegnaro, qui a dû affronter ses bailleurs industriels pour pouvoir publier dans les termes de son choix. «Pour l'avoir vécu, je peux vous dire qu'il faut du caractère pour résister à ces pressions», indique-t-il.

Comme le rappelle Neil Pierce, de l'université australienne de Wellington, dans un article titré «Corporate Influences on Epidemiology», «aujourd'hui, pour chaque épidémiologiste indépendant étudiant les risques des produits industriels, il y a plusieurs autres épidémiologistes employés par l'industrie pour attaquer la recherche». La plupart des chercheurs, à l'instar d'Ann Olsson, estiment parvenir à garder leur indépendance dans ce contexte. Reste qu'ils sont sous la pression constante des scientifiques recrutés par les entreprises pour défendre leurs intérêts. Alors que les salariés exposés, eux, n'ont jamais d'experts propres.

Qu'au final il subsiste des doutes sur les effets sanitaires exacts des bitumes est incontestable. Le cancer du poumon, sur lequel la recherche s'est focalisée, n'est d'ailleurs peut-être pas le principal risque: les études épidémiologiques ont, dans plusieurs pays, relevé des surmortalités en matière d'asthme, pneumonie, emphysème, cancers cutanés ou digestifs et autres pathologies qui n'ont jamais été explorées plus avant. Mais, jusqu'à ce procès Eurovia, les doutes ont toujours profité aux employeurs.

Les choses seraient-elles en train de changer? Dans la foulée de la réévaluation par le CIRC, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) annonce pour cette année un avis sur la toxicité du bitume. Le débat, en tout cas, n'est pas qu'académique: «Être reconnu en maladie professionnelle, rappelle Frédéric Mau, secrétaire du CHSCT d'Eurovia, c'est le maintien du salaire, une petite rente pour la famille en cas de décès, des soins de bonne qualité aux frais de la caisse patronale. Dans le cas contraire, on est soigné aux frais du régime général, licencié au bout d'un an pour inaptitude au poste, et puis c'est le RSA. Avec d'innombrables situations tragiques à la clé.»

Le Monde, 23 février 2013

«Il faut mettre fin à l'impunité des crimes industriels»

Annie Thébaud-Mony est directrice de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), chercheuse en

sciences de la santé. Auteure de plusieurs ouvrages, dont *Travailler peut nuire gravement à votre santé* (La Découverte, 2008, prix de l'Association des journalistes médicaux), elle a refusé la Légion d'honneur en juillet 2012 pour protester contre l'indifférence de l'Etat aux questions de santé au travail.

Quel jugement portez-vous sur l'évaluation des substances auxquelles sont exposés les salariés ?

Il y a un problème qui n'est pas spécifiquement français mais international, à savoir que les industriels ont réussi à faire subordonner la toxicologie à l'épidémiologie parmi les disciplines chargées d'établir la dangerosité des substances. Et ils ont instrumentalisé l'épidémiologie lorsqu'ils se sont rendu compte qu'elle permettait de repousser presque indéfiniment l'action réglementaire. Pourtant, l'épidémiologie donne des résultats probabilistes, par essence incertains, tandis que la toxicologie est à même de déterminer les mécanismes par lesquels telle ou telle molécule pose problème. De plus, et j'ai du mal à penser que c'est un hasard, la toxicologie française a été sinistrée depuis les années 1990. Le résultat est qu'au lieu d'appliquer le principe de précaution, et de se donner les moyens ensuite d'identifier des populations exposées à des cancérrogènes, identifiés par exemple par l'expérimentation animale, on doit désormais attendre des dizaines d'années et un nombre de morts «suffisant» pour qu'il soit significatif statistiquement.

Quelle stratégie préconisez-vous pour produire du savoir sur les maladies professionnelles dans ce contexte ?

Nous avons, d'autres chercheurs en sciences de la santé et moi-même, monté une initiative qui fonctionne depuis 2002 en Seine-Saint-Denis, sous le nom de Giscop 93 (Groupe d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle). Son objectif est d'utiliser les cas de cancer comme sentinelles des expositions. Dans les trois hôpitaux avec lesquels nous collaborons, sitôt qu'un cancer est diagnostiqué, nous intervenons avec des experts pour proposer au patient une reconstitution des expositions qu'il a subies au cours de sa vie, en particulier professionnelle. Le premier problème est en effet que les salariés ne savent même pas à quoi ils ont été exposés!

Nous avons désormais 1 200 personnes dans notre base de données, et nous commençons à voir se dessiner des résultats. Le plus impressionnant, sans doute, est que 84% de notre échantillon de malades ont été massivement exposés entre un à six cancérrogènes professionnels avérés. L'estimation est certainement conservatrice puisque nous ne nous sommes basés que sur la cinquantaine d'agents «of-

ficiellement reconnus» - fumées de diesel, amiante, silice cristalline, solvants, huiles minérales, etc.

Estimez-vous que les procès en «faute inexcusable» comme celui du bitume peuvent faire avancer les choses?

D'abord je note que, dans ces domaines, les mobilisations des victimes (dont les procès sont une manifestation) sont le principal moteur qui fait avancer le savoir scientifique. Que ce soit en matière d'amiante, de chimie, de rayonnements ionisants, de pesticides, ce sont ces mobilisations qui posent des questions nouvelles, suscitent des recherches inédites, et souvent font surgir des scientifiques raisonnant différemment, qui à terme bousculent l'establishment.

Mais, par-delà les questions de savoir, il est évident qu'il faut mettre fin à l'impunité dont bénéficient ce qu'il faut bien appeler des crimes industriels. Il y a des personnes qui prennent des décisions en connaissance de cause, et ces personnes doivent être jugées et condamnées pénalement. C'est d'autant plus important que, pour l'instant, la situation se dégrade. Au début des années 1980, un ouvrier avait 4 fois plus de chances qu'un cadre supérieur de mourir d'un cancer avant 65 ans. Aujourd'hui, ce chiffre est de 10.

Et la logique de l'indemnisation ne marche pas: il n'y a que pour l'amiante que l'on a observé un accroissement des reconnaissances de cancers professionnels, les autres stagnent depuis vingt ans. A peine 2 000 cancers professionnels sont reconnus chaque année (200 hors amiante), alors que l'INVS évalue leur nombre entre 11 000 et 23 000 par an, ce qui est très probablement largement sous-estimé.

Le Monde, 23 février 2013

Pékin reconnaît l'existence de «villages du cancer»

La pollution est la cause d'une mortalité accrue dans plusieurs régions

Pour la première fois, le ministère chinois de l'environnement admet l'existence de «villages du cancer» dans un document officiel. Le nombre anormalement élevé de décès causés par cette maladie dans des bourgs proches de sites industriels polluants est un problème connu de longue date par les environnementalistes, mais restait un tabou pour l'Etat.

Dans le plan de lutte contre les rejets de produits chimiques toxiques dans l'environnement, pub-

lié mercredi 20 février, le ministère admet que l'emploi de ces produits a engendré de nombreuses crises de pollution de l'eau ou de l'air, aboutissant à «l'émergence de villages du cancer dans certaines régions».

Cette reconnaissance est tardive. Nombreuses de ces usines ont ouvert leurs portes dans les années 1980, au lendemain des réformes économiques, souvent sans le moindre contrôle environnemental. Il a fallu quelques années pour que la population soit contaminée, en respirant quotidiennement des fumées toxiques, en buvant une eau polluée ou en consommant du riz produit dans cette eau. Et quelques années encore pour que les villageois constatent la multiplication des décès. Toutefois, dès 1998, la presse officielle évoquait la pollution de la rivière Hai et la corrélation avec le fort taux de décès du à des cancers dans des villages de la province du Hebei. Le journaliste d'investigation Deng Fei a publié en 2010 une carte sur Google localisant une centaine de bourgades contaminées, mais l'agence officielle Chine nouvelle a elle-même avancé le chiffre de 400 villages.

Quotas d'émissions

Toujours en 2010, un professeur associé à l'université du Missouri central (Etats-Unis) Lee Lio documentait leur répartition sur le territoire: «Les villages du cancer sont regroupés le long des fleuves majeurs et de leur affluents. Il s'agit d'une implantation de choix pour les industries qui requièrent de l'eau bon marché, de la main-d'œuvre et l'accès aux transports.»

Selon le ministère de l'environnement, 23% des usines de chimie, de pharmacie et de raffinage constituent une menace pour les champs et sources d'eau situées à proximité. Le nouveau plan de lutte contre la pollution établit notamment des quotas d'émissions pour une liste de produits chimiques concernant six secteurs industriels dont la production d'électricité, la métallurgie et la pétrochimie.

Pour Ma Jun, fondateur de l'Institut d'affaires publiques et environnementales, la portée juridique de cette reconnaissance publique sera probablement limitée pour les malades, qui s'entendent souvent dire qu'un cancer peut être causé par la cigarette ou un régime alimentaire inapproprié. Cet expert estime cependant que c'est un nouveau pas vers plus de transparence de la part du gouvernement après qu'il s'est résolu à publier en janvier les relevés de concentration de particules fines dans l'air de 74 villes.

Le Monde, 25 février 2013

Novartis hat im Fall Glivec hoch gepokert und hoch verloren

Novartis hat vor sieben Jahren einen Angriff auf das indische Patentrecht gestartet und nun auf ganzer Linie verloren. Ursprünglich wollte der Basler Pharmakonzern in Indien den Patentschutz für sein Krebsmedikament Glivec erlangen. Da dieser dem Unternehmen verwehrt wurde, zog Novartis den Fall weiter.

Das war dem Pharmakonzern unter der Leitung von Daniel Vasella aber nicht genug. Das Unternehmen liess den Fall bewusst eskalieren, um das aus seiner Sicht zu laxen Patentrecht zu testen. Dabei dürfte das Unternehmen die heftigen Reaktionen von Nichtregierungsorganisationen (NGOs) und der Öffentlichkeit unterschätzt haben. Dies hielt Novartis indes nicht davon ab, den strittigen Passus im indischen Patentgesetz durch alle Instanzen bis ans oberste Gericht des Landes anzufechten.

Wäre Novartis damit durchgekommen, so die Kritiker, wäre damit der Zugang zu günstigen Medikamenten in Indien, aber auch in vielen anderen Entwicklungs- und Schwellenländern gefährdet gewesen. Denn Indien ist für viele ärmere Länder der wichtigste Lieferant von Generika. Hätten Pharmafirmen in Indien einfacher Patente für ihre Medikamente erlangen können, so hätte dies die Generikaindustrie Indiens stark behindert, argumentierten NGOs wie etwa die Ärzte ohne Grenzen oder die Erklärung von Bern. Entsprechend erfreut zeigen sich die Vertreter der Organisationen (siehe folgendes Interview).

Gleichzeitig fordert die Erklärung von Bern Novartis auf, die Drohung, keine neuen Medikamente nach Indien zu liefern, nicht wahr zu machen. Die Organisation spielt damit auf ein Interview von Ex-Forschungschef Paul Herrling an: Novartis werde in Indien nur noch Medikamente auf den Markt bringen, wenn der Patentschutz für das betreffende Mittel gewährleistet sei, sagte er dem Schweizer Fernsehen. Auch sonst will sich der Pharmakonzern mit Investitionen in Indien zurückhalten. ...

Gericht lässt keine Zweifel offen

Glivec in seiner heutigen Form ist eine Weiterentwicklung des ursprünglich patentierten Wirkstoffs. Dieser konnte vom Körper jedoch nicht aufgenommen werden, weshalb er in eine kristalline Form gebracht wurde. Dieses neu formulierte Produkt wollte Novartis in Indien

patentieren lassen, da der ursprüngliche Wirkstoff vor 1995 entdeckt wurde und daher nach indischem Recht gar nicht patentiert werden konnte.

Das Gericht hat in seinem Urteil klipp und klar festgehalten, was es als verbesserte Wirksamkeit ansieht und was nicht. Der Umstand, dass ein Medikament dank einer neuen Form vom Körper besser aufgenommen werde, heisse noch lange nicht, dass es auch besser wirke. Dies müsse bei jedem Medikament von neuem nachgewiesen werden. Im vorliegenden Fall habe Novartis keinerlei Studien oder Belege vorweisen können. Solange ein weiterentwickeltes Medikament bezüglich der Wirksamkeit keinen bedeutenden Vorteil aufzeigen könne, sei das Mittel auch nicht als «Erfindung» gemäss der Definition des Patentrechts einzustufen.

Schliesslich wirft das Gericht Novartis vor, die weiterentwickelte Version des Mittels lediglich dazu benutzt zu haben, um ein Patent für die ursprüngliche Form von Glivec zu erhalten. Sei dies der Fall, so erscheine die Klage von Novartis in einem «schlechten Licht». Ohnehin müssen die Anwälte von Novartis im Urteil mehrmals Kritik einstecken. Sie hätten vor Gericht - verglichen mit ihren schriftlichen Eingaben - einen völlig neuen Fall präsentiert, halten die obersten Richter des Landes fest.

Tages-Anzeiger, 2. April 2013

«Das Urteil ist ein Sieg für alle Generika»

Der Gesundheitsexperte der Erklärung von Bern sagt, Medikamente seien für die Länder des Südens zu teuer, weil sich die Preise an jenen in den USA orientierten.

Das Urteil des obersten indischen Gerichts stelle die Bedürfnisse der Bevölkerung über die wirtschaftlichen Interessen von Novartis, schreibt die Erklärung von Bern. Warum soll das so sein?

In Indien bezahlen Patienten jährlich 40'000 Franken für das Krebsmedikament Glivec. Das Generikum kostet aber 15-mal weniger. Also profitiert die breite Bevölkerung vom Gerichtsentscheid. Er ist auch deshalb wichtig, weil Indien ein grosser Generika-Exporteur ist. Zum Beispiel stammen 80 Prozent der Aidsmedikamente von dort, und sie werden in Schwellen- und Entwicklungsländern zu erschwinglichen Preisen verkauft. Würden mehr Patente erteilt, könnten weniger Generika produziert werden. Das Urteil ist ein Sieg für alle Generika.

Es hat aber einen politischen Beigeschmack: Das Gericht schützt die indische Generika-Industrie.

Um der Welthandelsorganisation beitreten zu können, musste Indien sein Patentrecht ändern. Unter dem neuen Gesetz werden Patente nur noch erteilt, wenn es sich um wirklich neue Medikamente handelt oder die Wirksamkeit von alten stark verbessert wurde. Bei Glivec ist weder das eine noch das andere der Fall. Abgesehen davon: Auch Indien erteilt Patente. Novartis kann solche also weiterhin beantragen.

Doch ist Novartis nicht zu Recht frustriert? Der Pharmakonzern investiert viel Geld in die Forschung. Die indische Pharma jedoch kopiert vor allem Medikamente.

Das würde ich stark relativieren. Auch in Indien wird geforscht, wenn auch zugegebenermassen nicht im gleichen Ausmass. Zudem wurde Glivec ursprünglich an einer Universität entdeckt. In diesem Medikament stecken also auch Steuergelder. Novartis hat mit Glivec bisher einen jährlichen Umsatz von 4 Milliarden Franken erzielt. Die Investitionen in die Forschung sind längst gedeckt.

Novartis ist nicht einfach nur «die böse Pharma». Die Firma gibt in Indien Glivec auch gratis ab.

Das stimmt. Nach unseren Informationen haben bisher 16 000 Menschen das Medikament kostenlos erhalten. Doch jedes Jahr erkranken 30 000 neu an einer besonderen Form von Leukämie, gegen die Glivec hilft. Rechnet man die Zahlen auf zehn Jahre hoch, ist die Gratisabgabe von Novartis ein Tropfen auf den heissen Stein.

Trotzdem: Die Pharmaindustrie macht einiges für die Bevölkerung in Entwicklungsländern. Einzelne Medikamente sind dort billiger als bei uns.

Ja, aber die Pharma orientiert sich an den Preisen, die sie in den USA erhält. Das ist die Basis, auf der sie dann die Preise für die Länder des Südens berechnet. Doch dieser Basispreis ist viel zu hoch angesetzt. Deshalb können sich die Menschen in Schwellen- und Entwicklungsländern die Medikamente weiterhin nicht leisten.

Was schlagen Sie denn vor?

Die Prioritäten müssten auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation WHO festgesetzt werden. Von mir aus kann die Pharma in den westlichen Ländern die bisherigen Preise verlangen. Für den Süden aber müsste man ein anderes Modell finden.

Welches?

Sämtliche Player – WHO, Pharmaindustrie, Staaten, NGO – sollten zusammen die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung in den Entwicklungsländern analysieren. Dann sollte festgelegt werden, wie hoch der Preis für die

Medikamente sein darf, damit ihn sich die Menschen auch leisten können.

Glauben Sie wirklich, dass Novartis da mitmacht? Die Firma arbeitet gewinnorientiert.

Die Medikamentenpreise für die Menschen im Süden müssten durch Steuergelder und private Stiftungen mitfinanziert werden.

Tages-Anzeiger, 2. April 2013

«Man warf uns vor, dass wir die Frauen unnötig vergiften würden»

Mit Hans-Jörg Senn sprach Felix Straumann

In den letzten 20 Jahren ist in Europa die Brustkrebssterblichkeit um 20 Prozent zurückgegangen. Ist dies ein Erfolg Ihres Faches?

In Holland, dem Land mit der diesbezüglich wohl besten Statistik, ging die Sterblichkeit gar um über 30 Prozent zurück. Der grösste Teil des Rückgangs ist sicher den besseren Behandlungsmethoden zu verdanken. Nicht den chirurgischen, sondern den medikamentösen, da gibt es nicht viel zu diskutieren. Insofern hat unser Fach, die medizinische Onkologie, viel zum Rückgang beigetragen. Ein Teil ist auch der Brustkrebsvorsorge zu verdanken. Wie gross dieser Anteil ist, kann ich nicht genau beziffern. Darüber wird immer noch heftig gestritten. ...

...

Am World Oncology Forum in Lugano, zu dem der Tessiner Krebsarzt Franco Cavalli im Herbst einlud, kritisierten Krebspezialisten aus aller Welt die neuen Krebsmedikamente. Sie seien kaum besser als die alten Mittel, nur viel teurer.

Ich verstehe diese Kritik zu einem gewissen Grad. Allerdings gibt es in der Forschung immer Gnadenzeiten, in denen viel passiert, und dann wieder Durststrecken. Letzteres erleben wir wohl momentan. Wobei ich finde, dass die Durststrecke nicht sehr ausgeprägt ist. Es kommen immer neue Mittel aus der Forschung, die molekularbiologisch genau dort eingreifen, wo man sie haben will. Diese haben dann auch nicht die starken Nebenwirkungen der alten Chemotherapien. Ich finde diese Entwicklung sehr spannend.

Die neuen Medikamente greifen zwar sehr spezifisch ein, doch der Heilungserfolg ist dennoch häufig bescheiden. Für einen sehr hohen Preis verlängern sie die Lebensdauer um ein paar wenige Monate.

Das stimmt für die metastasierten Krebskrankheiten. Dort ist der Erfolg der neuen

Medikamente schwach und der Preis sehr hoch. Doch neue Krebsmedikamente müssen vorschriftsgemäss immer zuerst bei Patienten geprüft werden, bei denen die Krankheit fortgeschritten ist und kaum Chancen auf Heilung besteht. Wenn eine Therapie in dieser Situation noch etwas bringt, dann wird sie auch bei aussichtsreicheren Fällen eingesetzt, das heisst bei Patienten ohne Metastasen. Es sind zurzeit einige hochinteressante Medikamente für solche Erstbehandlungen von Tumoren in Prüfung.

Aber rechtfertigt dies die hohen Preise?

Da bin ich gleicher Meinung wie mein Tessiner Kollege Franco Cavalli, mit dem ich politisch das Heu nicht ganz auf der gleichen Bühne habe. Auch als liberaler Staatsbürger regen mich die hohen Preise auf. In der Schweiz gibt es jedes Jahr 5500 neue Brustkrebsfälle. Von diesen haben vielleicht 1000 die molekularen Eigenschaften, bei denen die neuen Medikamente wirksam sind. Weil dies nicht so viele sind, kann unser Gesundheitswesen das problemlos verkraften. Bei häufigen Krankheiten wie Grippe oder Hirnschlägen könnten wir das aber nicht zahlen. Allerdings weiss ich nicht, wie man die Preise für diese speziellen Medikamente senken kann. Ich bin weder Ökonom noch Politiker.

Im vergangenen Jahr sorgte die Knappheit von altbewährten Medikamenten für Empörung. Waren Sie auch betroffen?

Bei gewissen Krebsmedikamenten haben wir es auch gemerkt. Da laufen Spielchen, bei denen wir nicht dahinter sehen. ...

Sie sind jetzt gut 50 Jahre in der Onkologie tätig. Hat sich in dieser Zeit Ihre Sicht auf Krebs als Krankheit verändert?

Die Angst vor der Krankheit und vor allem die Distanz zu den Betroffenen hat sich verringert. Ein Tumorpatient erinnert einen immer an die eigene Vergänglichkeit. Es ist eine Art vorgezogene Konsultation mit dem Tod. Viele Kollegen aus anderen Fachgebieten weichen dieser Konfrontation aus. Sie halten sich von Krebspatienten möglichst fern - und verteufeln dann die Onkologie.

Sind Sie religiös?

Wenn man keine gute Glaubensgrundlage hat, dann ist man im Fach Onkologie bald etwas verloren. Das gilt für die Ärzte und noch mehr für das Pflegepersonal. Ohne klare innere Haltung und das Wissen, dass man im Tod und im Leben in Gottes Hand ist, wird man in der Onkologie sehr bald einsam und überfordert. Ich stelle immer wieder fest, wie Kollegen und vor allem aber Pflegenden deswegen in ein Burn-out geraten und den Patienten nicht mehr offen gegenüberstehen können. Einzelne müssen das Fachgebiet dann verlassen.

Kommt das häufig vor?

Vor allem in der Weiterbildungsphase in den Spitälern kommt dies vor. Eine klare Glaubensgrundlage ist da ein Vorteil. Zudem hat man dann mit den Patienten auch anderes zu bere- den, als nur Chemotherapien und Operationen. Man wird für den Patienten ein wenig zum Le- bensberater und Seelsorger. ...

Tages-Anzeiger, 2. April 2013

Auch Nonnen fällt das Sterben schwer

Es brauche Gottesglauben, um als Krebsarzt bestehen zu können, sagt diese Woche der St. Galler Onkologe Hans-Jörg Senn. Doch dafür gibt es keinerlei Hinweise.

Von Franco Cavalli.

Ohne «gute Glaubensgrundlage» und «ohne das Wissen, dass man im Tod und im Leben in Gottes Hand ist» laufen Ärzte und Pflegende in der Onkologie Gefahr, zu vereinsamen und in ein Burnout zu geraten. Dies behauptete mein Kollege, der Onkologe Hans-Jörg Senn, unlängst in einem Interview anlässlich des St. Galler Brustkongresses (TA vom 2.4.). Er gab sich überzeugt, dass eine klare Glaubensgrund- lage auch ein Vorteil bei der psychischen und seelischen Betreuung von Krebspatienten ist.

Diese Behauptungen meines Kollegen dür- fen nicht unwidersprochen bleiben, denn sie

erinnern stark an die veraltete und irrige Auf- fassung, wonach nur Nonnen gute Pflegende sein können. Weder in der wissenschaftlichen Literatur noch während meiner mehr als vier- zigjährigen Erfahrung als Onkologe bin ich je auf Hinweise gestossen, wonach eine feste re- ligiöse Einstellung die Zahl der Burnouts und der Berufsabgänge vermindern würde. Zumin- dest für die Pflegefachpersonen sind die Haupt- gründe, warum sie den Beruf verlassen, anders- wo zu suchen: im Personalmangel, in einem schlechten Arbeitsklima und in der fehlenden Zusammenarbeit mit den Ärzten. Diesbezüglich sprechen die kürzlich publizierten Ergebnisse einer grossen, europaweiten Studie namens RN4CAST eine klare Sprache.

Heutzutage, wo wir Ärzte bei unseren Patienten zunehmend mit verschiedenen Weltanschauun- gen und Wertvorstellungen konfrontiert werden, bin ich der Meinung, dass ein agnostischer Arzt diesbezüglich sogar eher im Vorteil ist. Dies im Vergleich mit Kollegen, die eine «klare Glaubensgrundlage» haben, die häufig in un- flexibles Einheitsdenken mündet.

Es scheint mir ohnehin unklar, in wie weit Re- ligiosität den Patienten, die dem Tod entgegen gehen, Trost spenden soll. Verliert man eine geliebte Person, ist es für mich nachvollzieh- bar, dass der Gedanke eines möglichen Wie- dersehens im Jenseits tröstlich sein kann. Als Atheist habe ich diesen Trost beim Verlust eines meiner Kinder schmerzlich vermisst. Wenn es aber um einen selbst geht, reagieren alle ver- schieden – auch terminale Patienten. Ich habe zum Beispiel etliche Nonnen und Pfarrer unter meinen Patienten gehabt, die grösste Schwie-

rigkeiten bekundeten, den bevorstehenden Tod zu akzeptieren: möglicherweise auch – oder vor allem –, weil sie keine Nachkommen hatten.

Ich bin überzeugt, dass eine klare Glaubens- grundlage keine Gewähr dafür bietet, dass sich Pflegefachpersonen und Ärzte gegenüber Pa- tienten freundlicher als der Durchschnitt beneh- men. Dazu genügt nämlich eine empathisch-so- lidarische Geisteshaltung, wie wir sie bei all un- seren jüngeren Kollegen in der Weiterbildungs- phase trainieren sollten. Zudem kann jeder engagierte Krebsarzt genügend Gesprächsstoff finden, um mit seinen Patienten «auch anderes zu bereden, als nur Chemotherapien und Opera- tionen» – selbst wenn er ein Agnostiker ist.

Aus den Worten von Kollege Senn («Tod und Leben in Gottes Hand») lese ich hingegen eine fatalistische Haltung heraus. Diese kann je- doch unter Umständen dazu führen, nicht alles hier und jetzt zu unternehmen, um das Leben der Krebspatienten so weit wie nur möglich zu verbessern. Zumindest im Tessin habe ich dies mehrfach miterleben müssen, etwa wenn der vermeintliche Sinn, Schmerzen zu ertragen, be- schworen wurde. Es gilt die im Grunde seit jeher bekannte, wenn auch nicht immer anerkannte Beobachtung: Je weniger man daran glaubt, dass man die Welt verbessern kann, desto eher ist man geneigt, in einem möglichen Jenseits Trost zu finden. Und umgekehrt.

Als Alt-68er, der seine Ideale nie geleugnet hat, bin ich da geimpft.

Tages-Anzeiger, 6. April 2013

«Leitlinien sind die Grundlage einer qualitativ hochwertigen Psychoonkologie»

Cordula Sanwald, Kommunikationsbeauftragte, Krebsliga Schweiz

In der Schweiz fehlen nach wie vor Leitlinien und Standards für die psychoonkologische Diagnostik und Versorgung von Krebsbetroffenen und ihren Angehörigen. Eines der Ziele des Nationalen Krebsprogramms 2011–2015 ist es, diese Grundlagen zu erarbeiten. Die Krebsliga und die Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie (SGPO) haben ein entsprechendes Projekt in Angriff genommen.

Die Lehre von somatischen und psychosozialen Wechselwirkungen bei einer bestehenden Krebserkrankung ist heute wissenschaftlich anerkannt und Bestandteil der modernen Tumorthherapie. Diese ist ohne interprofessionellen Behandlungsansatz kaum mehr denkbar. Dazu gehören psychoonkologische Interventionen, Massnahmen also, die Tumorpatientinnen und -patienten bei der Krankheitsbewältigung und bei der zum Teil erheblich invasiven Behandlung unterstützen. Denn: Viele Krebsbetroffene und auch Angehörige leiden als Folge der Krebserkrankung und deren Behandlung unter psychischen Belastungen (z. B. einer Angststörung oder Depression) und einer dadurch eingeschränkten Lebensqualität.

In der Schweiz hat sich die Psychoonkologie in den letzten Jahren stark entwickelt. Dazu hat die Krebsliga massgeblich beigetragen. Ihre kantonalen Ligen bieten psychoonkologische Beratungen, teilweise auch Psychotherapien an. In Kommunikationskursen werden Ärzte, Ärztinnen und Pflegefachpersonen im Umgang mit Krebsbetroffenen ausgebildet. Zudem wurden regionale Plattformen ins Leben gerufen, die für einen interprofessionellen Austausch sorgen. Zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie (SGPO) organisiert die Krebsliga Schweiz regelmässig eine zweijährige interdisziplinäre Weiterbildung in Psychoonkologie für verschiedene Berufsgruppen (siehe Kasten).

Qualitätssicherung durch verbindliche Handlungsempfehlungen

Gemeinsam mit der SGPO ist die Krebsliga derzeit daran, einen weiteren Meilenstein für die Entwicklung einer qualitativ hochstehenden Psychoonkologie zu setzen. Mit

dem Projekt «Leitlinien Psychoonkologie für die Schweiz» sollen wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen definiert werden. Sie schaffen verbindliche Rahmenbedingungen für die Arbeit von psychoonkologisch tätigen Fachpersonen und bilden so eine Basis für die künftige Qualitätssicherung. «Auch in einem föderalistisch strukturierten Gesundheitssystem sind Leitlinien machbar und wünschenswert», betont Brigitte Baschung, Leiterin des Bereichs Beratung und Unterstützung der Krebsliga Schweiz. Sie ist überzeugt davon, dass «solche Standards unerlässlich sind, um eine flächendeckende, hohe Qualität der Angebote gewährleisten zu können.»

Leitlinien tragen zur Klärung der Finanzierungsfrage bei

Entstanden ist das Projekt vor dem Hintergrund der Mängel, die das Nationale Krebsprogramm 2011–2015, NKP II, beschreibt. So wird dort nicht nur angemahnt, dass psychoonkologische Angebote in der Schweiz nicht flächendeckend in vergleichbarer Masse zur Verfügung stehen. Auch Leitlinien und Standards fehlen und die Finanzierung ist ungeklärt. Ziel muss es sein, entsprechende Grundlagen zu erarbeiten, um diese Lücken zu schliessen. Die siebenköpfige Arbeitsgruppe «Psychoonkologie NKP/SGPO» hat diese Zielsetzung unter dem Lead von Krebsliga und SGPO nun in ein konkretes Projekt überführt. «Verbindliche Leitlinien sind nicht zuletzt eine unabdingbare Voraussetzung dafür, die Finanzierung qualitativ hochwertiger psychoonkologischer Angebote beantragen zu können», betont Brigitta Wössmer, scheidende Präsidentin der SGPO. Deren Erarbeitung trägt somit auch massgeblich zur Klärung der Finanzierungsfrage bei, womit ein weiteres Ziel des NKP II im Bereich Psychoonkologie erreicht werden könne.

Herausforderung ist die Interdisziplinarität

Seit Ende 2012 sieht und identifiziert nun Martina Hurschler, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Krebsliga Schweiz und Doktorandin am Psychologischen Institut der Universität Zürich, im Auftrag der Arbeitsgruppe «Psychoonkologie NKP/SGPO» relevante Rahmenbedingungen des schweizerischen Gesundheitssystems für die Psychoonkologie sowie bestehende internationale Leitlinien und evidenzbasierte Interventionen. Neben einer umfangreichen Literatur- und Internetrecherche führt sie auch Fachgespräche mit Expertinnen und Experten aus der Schweiz und anderen Ländern durch. «Leitlinien können nur greifen, wenn auch die entsprechenden Kompetenzen derjenigen definiert sind, die sie anwenden sollen», so die Projektleiterin. Weil die psychoonkologische Tätigkeit sowohl Beratung wie auch Psychotherapie umfasst, jedoch auch Schnittstellen zu weiteren Berufsgruppen bestehen, die innerhalb der onkologischen Versorgung involviert sind (Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge u.a.), arbeitet Martina Hurschler eng mit der interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe zu-

sammen, um die verschiedenen Indikatoren, Zuständigkeiten, Kompetenzen und Abgrenzungen zu ermitteln. Die möglichst umfassende Aufnahme und Berücksichtigung der Bedürfnisse, die innerhalb unterschiedlicher Organisationsstrukturen und Settings bestehen, beschreibt sie als eine der grossen Herausforderungen in diesem wichtigen Projekt.

Ziel 1 des Nationalen Krebsprogramms 2011–2015 (NKP II) für die Psychoonkologie:

Nationale Standards und Leitlinien zur psychosozialen Versorgung von Krebskranken und ihren Angehörigen sind erarbeitet.

Im Detail:

- Dies betrifft auch krebskranke Kinder und Kinder von an Krebs erkrankten Familienmitgliedern.
- Ein standardisiertes Belastungsscreening mit einer einfachen Bedürfniserfassung wird geprüft und in die onkologische Primärversorgung eingeführt.
- Qualifikationen der psychoonkologischen Fachpersonen sind geregelt. Zu Aus- und Weiter- und Fortbildungen sind Standards definiert.

Korrespondenz:

Brigitte Baschung, MPH
Leiterin Beratung & Unterstützung
Krebsliga Schweiz
brigitte.baschung@krebbsliga.ch

Ein Gütesiegel für Fachpersonen: «Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie»

Die Krebsliga und die SGPO bieten seit Jahren Weiterbildungen im Bereich Psychoonkologie an. Die Absolventinnen und Absolventen der «Interdisziplinären Weiterbildung in Psychoonkologie» erhalten ein CAS der Universität Basel und können bei der SGPO die Berufstitel für psychoonkologische Psychotherapie und psychoonkologische Beratung SGPO beantragen. «Diese Berufstitel sind ein Gütesiegel. Und sie stellen eine Orientierungshilfe für Betroffene dar. Denn der Titel Psychoonkologin oder Psychoonkologe selbst ist nicht geschützt», erklärt Kursleiterin Brigitta Wössmer.

Der Lehrgang «Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie» soll Fachpersonen aus Psychologie, Medizin, Pflege, Sozialarbeit und Theologie befähigen, spezifische Belastungen der Kranken zu erkennen und ihnen Bewältigungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Wie die moderne Tumorthherapie basiert auch dieser Lehrgang auf interprofessioneller Zusammenarbeit. Er umfasst Beiträge aus der Medizin, der Psychologie, der Pflege sowie aus dem sozialen Bereich. Zahlreiche Fachgesellschaften vergeben für diese Weiterbildung Fortbildungspunkte.

Die Weiterbildung erstreckt sich über zwei Jahre.

Der nächste Lehrgang startet im August 2014.

www.krebbsliga.ch/de/fachpersonen/psychoonkologie

Weitere Informationen:

Krebsliga Schweiz, Claudia Neri, Tel. 031 389 93 27, claudia.neri@krebbsliga.ch

Psycho-oncologie: des lignes directrices pour garantir la qualité

Cordula Sanwald, Ligue suisse contre le cancer

En Suisse, la psycho-oncologie souffre de l'absence de lignes directrices et de normes pour le diagnostic et la prise en charge des patients et de leurs proches. L'élaboration des bases manquantes figure parmi les objectifs du Programme national contre le cancer 2011-2015. La Ligue contre le cancer et la Société suisse de psycho-oncologie ont mis en route un projet dans ce sens.

L'étude des liens entre troubles somatiques et difficultés psychosociales chez les personnes atteintes d'un cancer est une discipline reconnue sur le plan scientifique aujourd'hui. Elle fait partie intégrante du traitement moderne des tumeurs, qui repose sur une approche interdisciplinaire. Les

interventions psycho-oncologiques, c'est-à-dire les mesures destinées à aider le malade à surmonter son cancer et les traitements parfois invasifs qui en découlent ont donc leur place dans la stratégie thérapeutique. Le cancer et son traitement entraînent en effet une souffrance psychique – sous la forme d'angoisse ou de dépression, par exemple – chez de nombreux patients ou proches, ce qui se traduit par une dégradation de leur qualité de vie.

Ces dernières années, la psycho-oncologie s'est considérablement développée en Suisse. La Ligue contre le cancer a joué un rôle important dans cette évolution, que ce soit à travers le conseil psycho-oncologique ou la psychothérapie proposés par les ligues cantonales, les cours de formation à la communication organisés pour les médecins et le personnel soignant ou la mise en place de plateformes régionales destinées à favoriser les échanges entre professionnels. La Ligue suisse contre le cancer propose aussi régulièrement, en collaboration avec la Société suisse de psycho-oncologie (SSPO), une formation continue interprofessionnelle en psycho-oncologie de deux ans en langue allemande; un cursus similaire en français est à l'étude.



Une assurance-qualité

Avec l'appui de la SSPO, la Ligue contre le cancer entend faire un pas supplémentaire vers une offre psycho-oncologique de qualité. Elle a lancé un nouveau projet qui vise à définir des lignes directrices pour la psycho-oncologie en Suisse. Ces recommandations, fondées scientifiquement et orientées vers la pratique, ont pour but d'instaurer un cadre contraignant pour l'exercice de la psycho-oncologie et une base pour l'assurance-qualité. «Des lignes directrices sont souhaitables et réalisables même dans un système de santé fédéraliste comme le nôtre», souligne Brigitte Baschung, responsable du secteur Conseil et soutien à la Ligue suisse contre le cancer. Elle est convaincue de la nécessité de mettre en place de telles normes «pour pouvoir garantir la qualité élevée des offres sur l'ensemble du territoire helvétique.»

Clarifier le financement

Le projet a été lancé pour combler les lacunes décrites dans le Programme national contre le cancer pour la Suisse 2011-2015 (PNC II). Le PNC II ne souligne pas seulement les disparités dans l'offre psycho-oncologique en Suisse. Il met également en avant le manque de lignes directrices et de normes ainsi que l'absence de réglementation concernant le financement. L'élaboration des bases nécessaires pour éliminer ces lacunes figure parmi les objectifs mentionnés dans le PNC. Un groupe de travail composé de sept membres a été mis en place sous la direction de la Ligue contre le cancer et de la SSPO pour concrétiser cet objectif. «Des normes contraignantes sont une condition sine qua non pour obtenir la prise en charge par l'assurance-maladie d'offres psycho-oncologiques de qualité», souligne Brigitta Wössmer, présidente sortante de la SSPO. Ces lignes directrices permettront également de clarifier la question du financement et, par là même, d'atteindre un autre objectif fixé dans le PNC II.

L'interdisciplinarité, un défi de taille

Depuis la fin de l'année 2012, Martina Hurschler, collaboratrice scientifique à la Ligue suisse contre le cancer et doctorante à l'Institut de psychologie de l'Université de Zurich, dissèque, sur mandat du groupe de travail, les dispositions pertinentes du système de santé helvétique, de même que les lignes directrices adoptées à l'échelon international et les interventions fondées sur des données probantes. Pour ce faire, elle effectue un vaste travail de recherche dans la littérature spécialisée et sur internet et réalise des entretiens avec des spécialistes en Suisse et à l'étranger. «Des lignes directrices ne sont efficaces que si on définit les compétences de ceux qui sont appelés à les mettre en œuvre», déclare la responsable de projet. Compte tenu des deux volets de l'activité psycho-oncologique – conseil et psychothérapie – et des imbrications avec d'autres groupes professionnels impliqués dans la prise en charge oncologique (médecins, personnel infirmier, assistants sociaux, aumôniers, etc.), Martina Hurschler collabore étroitement avec le groupe de travail interdisciplinaire pour définir des indicateurs et clarifier les responsabilités et les compétences de chacun. Pour elle, l'inventaire détaillé des besoins auxquels il s'agira de répondre constitue l'un des défis majeurs du projet, compte tenu des différentes structures organisationnelles et des différents environnements.

Plateforme de psycho-oncologie, Etat des lieux de l'oncologie psychosociale en Suisse
www.liguecancer.ch/fr/acces_reserve_aux_specialistes/psycho_oncologie2/

Objectif 1 du Programme national contre le cancer 2011-2015 pour la psycho-oncologie:
Elaborer des normes et des lignes directrices nationales relatives à la prise en charge psychosociale des patients et de leurs proches.

Dans le détail:

- Validité pour les enfants atteints d'un cancer et les enfants de personnes malades du cancer.
- Evaluation d'un dépistage standardisé du stress avec un relevé simple des besoins et intégration dans la prise en charge oncologique primaire.
- Réglementation relative aux qualifications des spécialistes en psycho-oncologie, normes en matière de formation et de perfectionnement.

Correspondence:

Brigitte Baschung, MPH
 Responsable du secteur Conseils et soutien
 Ligue suisse contre le cancer
brigitte.baschung@liguecancer.ch

Das Belastungsscreening als Standard in der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten

Autorenschaft: Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie, SGPO

Hintergrund

Internationale Fachgesellschaften (1) empfehlen, die psychosoziale Belastung von Krebspatienten mit kurzen Fragebogen, sogenannten Screeningfragebogen, routinemässig und in angemessenen Intervallen zu erheben. Auch in der Schweiz sollen nun Richtlinien für die evidenzbasierte psychosoziale Betreuung von Betroffenen entstehen, in denen das standardmässige Belastungsscreening und die Bedürfniserfassung enthalten sind (siehe dazu Beitrag von C. Sanwald auf S. 107).

Dieses Vorgehen hat dazu geführt, dass in Kliniken, wo Krebspatienten solche Fragebogen ausfüllen, sehr belastete Patienten oder komplexe familiäre Belastungssituationen schneller erkannt werden und Patienten und Angehörigen eine psychoonkologische Unterstützung frühzeitig angeboten werden kann (2). Zudem weisen neue Studien darauf hin, dass Onkologen den Einsatz von Kurzfragebogen als positiv und entlastend für die Kommunikation mit dem Patienten über psychosoziale Aspekte bewerten (3).

Die Besprechung des Fragebogens kann auch dazu verwendet werden, Patienten und ihre Familie auf das vorhandene psychosoziale Angebot aufmerksam zu machen. Es gestaltet sich einfacher, Betroffenen Unterstützung im Verlauf anzubieten, wenn die psychoonkologischen Angebote bereits zu Beginn als Versorgungsstandard eingeführt werden.

Warum ist ein Screeningfragebogen überhaupt nötig, um hoch belastete Patienten zu erkennen? Es existiert eine Fülle an Literatur zum Problem, warum und in welchem Ausmass psychosoziale Belastung und psychosoziale Aspekte im klinischen Alltag wenig Beachtung finden (4). Ein Grossteil dieser Studien konzentriert sich auf die Arzt-Patienten-Kommunikation (5). Einige Studien weisen darauf hin, dass psychosozialen Themen in Arzt-Patienten-Gesprächen wenig Zeit eingeräumt wird. Zum Beispiel befürchten Fachpersonen, mit den Emotionen des Patienten nicht umgehen zu können, oder Patienten, und in besonderem Masse Angehörige, äussern nicht von sich aus ihre emotionale Belastung.

Neuere Studien weisen zudem auf das Problem hin, dass oft Diskrepanzen bestehen hinsichtlich des Betreuungsbedarfs aus Sicht der Fachpersonen und aus Sicht der Betroffenen. Die klinische Erfahrung zeigt, ein verhältnismässig kleiner Teil der Krebspatienten (und noch weniger die Angehörigen) nutzen vorhandene psychoonkologische Angebote. Überraschenderweise zeigte sich die Nutzung von Angeboten in bisherigen Studien sogar als unabhängig von der angegebenen Belastung. Gründe dafür sind vielschichtig und werden derzeit untersucht.

Screeninginstrumente

Der sogenannte Belastungsthermometer (siehe Abbildung), eine visuelle Analogskala mit Problemliste zur Selbsteinschätzung, wird in den Leitlinien des NCCN als Standardinstrument für das Belastungsscreening empfohlen. Es gibt jedoch auch weitere Kurzfragebogen, die sinnvollerweise eingesetzt werden können und die spezifisch auf die Situation von Krebspatienten und ihre Angehörigen angepasst sind (6).

Die Implementierung von Belastungsscreenings auf der Abteilung

Trotz der starken Argumente für die Implementierung gibt es relativ wenige Kliniken, die ein standardisiertes Screening von emotionalen Problemen bereits jetzt durchführen. Es gibt verschiedene Gründe dafür. Zum Beispiel bedingt die erfolgreiche Einführung das Engagement und die fortlaufende Überprüfung der Abläufe durch aktive Fachpersonen, die Unterstützung von der Leitungsebene für das Vorhaben erfahren. Zudem muss für eine sinnvolle Anwendungspraxis ein aufgedeckter Betreuungsbedarf auch aufgefangen werden können, daher eine Überweisungsmöglichkeit an einen psychoonkologischen Dienst vorhanden sein.

Organisatorische Vorarbeiten zur Einführung eines Screenings sollten mit allen beteiligten Personen und Disziplinen (Ärzten, Pflege, Mitarbeiter aus der Administration) besprochen und geplant werden. Für Hindernisse in den Abläufen können unter Umständen vermeintliche Kleinigkeiten verantwortlich sein. Es stellen sich zum Beispiel folgende Fragen: wie erhalten Patienten die Fragebogen? Wer sammelt sie ein? Wer bespricht mit dem Patient den Fragebogen? Welcher Schwellenwert gilt für eine Überweisung an die Psychoonkologie? Wie geschieht die Zuweisung an die Psychoonkologie?

Fallstricke

Der routinemässige Einsatz von Belastungsscreenings kann Gefahren mit sich bringen. Zum Beispiel sollte das Screening nicht das Gespräch über psychosoziale Aspekte ersetzen, sondern im Gegenteil Basis dafür sein. Es ist in diesem Sinne wichtig, dass der Fragebogen mit einem

Abbildung 1: Deutsche Version des NCCN Distress Thermometer von Mehnert, Müller, Lehmann, Koch (2005) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Onkologen, mit einer Pflegefachperson oder mit dem Psychoonkologen besprochen wird. Gibt der Patient auf dem Belastungsthermometer eine Zahl von fünf oder mehr an, könnte der Wortlaut heissen: «Hab ich richtig verstanden, Ihre Belastung ist derzeit eher gross. Können Sie mir mehr dazu erzählen...?» Im Gespräch können anschliessend angemessene Massnahmen oder Angebote besprochen werden («Was wäre jetzt hilfreich für Sie?» und den Möglichkeiten entsprechende Angebote wie psychoonkologischer Dienst, bei einem nächsten Termin nochmals über die Situation sprechen, Psychopharmaka, Krebsliga, u.a.m.).

Eine weitere Gefahr kann sein, dass sich unsere Aufmerksamkeit ausschliesslich auf einen Schwellenwert konzentriert, der inhaltlich nichts über die Art der Belastung aussagt und der sich je nach Verlauf in kurzer Zeit stark verändern kann. Weiter können wir Betroffene verpassen, die trotz tiefem Wert einen Unterstützungsbedarf haben.

Abschliessend

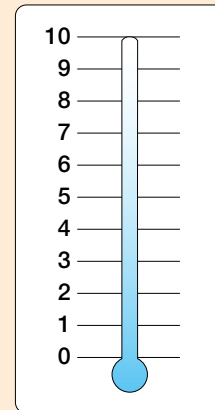
Das standardmässige Belastungsscreening und die Bedürfniserfassung sind ein wichtiger Schritt, um die psychosoziale Versorgungssituation von Krebspatienten zu verbessern. Das Gespräch über psychosoziale Aspekte darf und soll durch das Screening jedoch nicht ersetzt, sondern damit unterstützt werden.

Die Literaturangaben sind exemplarisch. Für vollständige Literaturangaben bitte an die Ansprechperson wenden.

1. National Comprehensive Cancer Network, Distress management clinical practice guidelines. J Natl Comp Cancer Network 2003. 1: p. 344-374.
2. Dolbeault, S., et al., Screening for distress and supportive care needs during the initial phase of the care process: a qualitative description of a clinical pilot experiment in a French cancer center. Psychooncology, 2011. 20(6): p. 585-93.
3. Mitchell, A.J., et al., How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? Cancer, 2012. 118(24): p. 6260-9.
4. Mitchell, A., Vahabzadeh, A., Madruder, K. (2011). Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. Psycho-Oncology 20: 572-584.
5. Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. BR J Cancer, 20;84(8):1011-5.
6. Herschbach, P., Weis, J. (Hrsg.). Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Eine Empfehlung der PSO für die psychoonkologische Behandlungspraxis. Verlag Deutsche Krebsgesellschaft e.V., 2008.

Anleitung:

ERSTENS: Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschliesslich heute gefühlt haben.



Extrem belastet

Gar nicht belastet

ZWEITENS: Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschliesslich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

JA NEIN

Praktische Probleme

- ☐ ☐ Wohnsituation
- ☐ ☐ Versicherung
- ☐ ☐ Arbeit/Schule
- ☐ ☐ Beförderung (Transport)
- ☐ ☐ Kinderbetreuung

Familiäre Probleme

- ☐ ☐ Im Umgang mit dem Partner
- ☐ ☐ Im Umgang mit den Kindern

Emotionale Probleme

- ☐ ☐ Sorgen
- ☐ ☐ Ängste
- ☐ ☐ Traurigkeit
- ☐ ☐ Depression
- ☐ ☐ Nervosität
- ☐ ☐ Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten

Spirituelle Belange

- ☐ ☐ In Bezug auf Gott
- ☐ ☐ Verlust des Glaubens

JA NEIN

Körperliche Probleme

- ☐ ☐ Schmerzen
- ☐ ☐ Übelkeit
- ☐ ☐ Erschöpfung
- ☐ ☐ Schlaf
- ☐ ☐ Bewegung/Mobilität
- ☐ ☐ Waschen, Ankleiden
- ☐ ☐ Äusseres Erscheinungsbild
- ☐ ☐ Atmung
- ☐ ☐ Entzündungen im Mundbereich
- ☐ ☐ Essen/Ernährung
- ☐ ☐ Verdauungsstörungen
- ☐ ☐ Verstopfung
- ☐ ☐ Durchfall
- ☐ ☐ Veränderungen beim Wasser lassen
- ☐ ☐ Fieber
- ☐ ☐ Trockene/juckende Haut
- ☐ ☐ Trockene/verstopfte Nase
- ☐ ☐ Kribbeln in Händen/Füssen
- ☐ ☐ Angeschwollen/aufgedunsen fühlen
- ☐ ☐ Gedächtnis/Konzentration
- ☐ ☐ Sexuelle Probleme

Sonstige Probleme:

Korrespondenz:

Dr. phil. Diana Zwahlen
Onkologie
Universitätsspital Basel
Petersgraben 4, CH-4031 Basel
diana.zwahlen@usb.ch

Psychotherapie im Rahmen der onkologischen Versorgung

Interview: Martina Hurschler
(martina.hurschler@krebsslga.ch)

Was unterscheidet psychoonkologische Psychotherapien von Psychotherapien in einem anderen Kontext?

Jürg Bernhard: Letztlich ist es die Malignität der Erkrankung und die damit verbundene Ungewissheit, die das Leben nach der Diagnose für die Betroffenen wie auch ihre Angehörigen mitbestimmt.



lic.phil.
Martina Hurschler,
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin KLS

Welches sind Themen, die in diesem Zusammenhang für die Betroffenen besonders belastend sind?

Christine Beer: Ich möchte das Thema der Malignität aufnehmen. Schlussendlich muss sich in Anbetracht einer Krebsdiagnose, ungeachtet der Prognose und Behandelbarkeit der jeweiligen Erkrankung, jeder Mensch mit seiner Endlichkeit befassen. Daraus ergibt sich die spezielle Dynamik im psychischen Erleben und damit in der Psychotherapie.

Jürg Bernhard: In dieser Dynamik klingen auch frühere belastende Ereignisse, z.B. Traumata, und die entscheidenden Beziehungserfahrungen im Leben eines Menschen an und bestimmen gleichzeitig den aktuellen therapeutischen Prozess.

Was ist das Besondere an der Dynamik der Therapie mit Krebskranken?

Jürg Bernhard: Etwas vereinfacht gesagt: Menschen die durch eine Krebsdiagnose in ihrem innersten Kern getroffen werden, ertragen keine Umwege mehr.

Christine Beer: Die Dynamik führt früher oder später dazu, dass der Betroffene sein Leben und die Beziehungen ungeschminkt betrachtet. Bildlich gesprochen kann eine Krebsdiagnose zu einem Lupeneffekt in der Betrachtungsweise des Lebens führen.

Was meinen Sie mit diesem Lupeneffekt?

Christine Beer: Wenn die potentielle existentielle Bedrohung durch die Erkrankung und deren mögliche Folgen beim Betroffenen bis ins Bewusstsein gelangen darf, bewertet er Beziehungen sowie Lebensereignisse und setzt entsprechend Prioritäten. Das geschieht einfach.

Wie verstehen Sie Ihre Aufgabe als Psychotherapeuten in diesem Prozess?

Christine Beer: Wir haben verschiedene Aufgaben. Zu Beginn einer Erkrankung steht die Schockbewältigung, die u.a. durch verschiedene Ängste gekennzeichnet ist, im Vor-

dergrund. Auf konkrete Ängste gibt es nur konkrete Antworten. Diese Ängste müssen besprochen bzw. Befürchtungen geklärt werden, damit der Betroffene wieder einen Bezug zur Realität und damit Boden unter den Füßen gewinnt. In einer weiteren Phase werden Behandlungen oder Situationen im Krankheitsgeschehen von Gefühlen begleitet, die manchmal nicht ausschliesslich zur aktuellen Situation gehören, sondern mit der individuellen Lebensgeschichte des Patienten zu tun haben. Es ist eine wichtige Aufgabe der Psychoonkologen, dem Patienten zu helfen, die Gefühle zu erkennen, sie zu benennen und deren Bedeutung im aktuellen Kontext zu verstehen.

Gibt es dafür spezielle therapeutische Techniken?

Jürg Bernhard: Grundsätzlich gibt es etablierte psychoonkologische Konzepte, z.B. im Umgang mit einer Progredienzangst. Doch letztlich sind es immer individuelle Zugänge zu einem betroffenen Menschen.

Der Umgang mit der Ungewissheit und die aktuelle Situation prägen die Beziehungsdynamik und umgekehrt. Es gibt eine interessante Erfahrung: Sitzen erfahrene Psychoonkologen, die eine unterschiedliche psychotherapeutische Ausbildung und Orientierung haben, an einem Tisch, treten die Unterschiede deutlich in den Hintergrund und das Gemeinsame überwiegt.

Was ist in Ihren Augen das übergeordnete Gemeinsame?

Jürg Bernhard: Der Umgang mit existentiellen Fragen im Hier und Jetzt. Dies betrifft auch Interventionen bei ganz konkreten Angelegenheiten, wie z.B. Kinderbetreuungspläne, Präferenzen bezüglich Besuchen im Spital bis hin zum vertraut werden mit körperlichen Veränderungen (z.B. Amputation).

Christine Beer: Ein Mensch, der in einer komplexen medizinischen Behandlung weilt, erlebt sich selber oft «entmenschlicht». Es ist eine wichtige psychotherapeutische Aufgabe, ihn wieder mit seinen Gefühlen und seinem Erleben in Verbindung zu bringen. Psychotherapeutisch gesprochen: Er fühlt sich als Objekt und nicht mehr als Subjekt, nicht mehr als handelnder und fühlender Mensch.

Jürg Bernhard: Je technischer eine onkologische Intervention z.B. unter einem Bestrahlungsgerät, desto stärker werden solche Prozesse als eine Art von Entfremdung erlebt.



Prof. Dr. phil.
Jürg Bernhard, Leiter
Psychoonkologischer
Dienst, Inselspital Bern



Dr. med. Christine
Beer, Psychoonkologin,
Inselspital Bern, und
freie Praxis

Das betrifft auch invasive Interventionen, wie eine Hochdosischemotherapie. Den Behandelnden aller Disziplinen kommt eine bedeutende Aufgabe zu, den Patienten Sicherheit und Schutz zu vermitteln, und damit deren Zugang zu ihren Gefühlen zu erleichtern. Dies betrifft auch kurze, vom Erleben her «verdichtete» Interaktionen. Deshalb arbeiten wir nach Bedarf nicht nur mit den Patienten, sondern im Hintergrund auch mit den Behandelnden.

Wann im Krankheitsverlauf kommen die Betroffenen zu Ihnen?

Christine Beer: Theoretisch kommen die Patienten in allen Phasen der Erkrankung zu uns. Am häufigsten kommen sie nach der Diagnosestellung und beim Wiedereinstieg in den Alltag. Es gibt aber auch Menschen, die nach Jahren in Remission mit einem Therapeuten auf die Zeit der Erkrankung und Behandlung zurückschauen wollen, damit sie diese Zeit in ihr aktuelles Leben integrieren können. Eine weitere Motivation, eine psychoonkologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, ist das Fortschreiten der Erkrankung.

Haben Patienten Vorbehalte gegenüber einer psychoonkologischen Therapie?

Christine Beer: Die Patienten wie Therapeuten befinden sich auf einer engen Gratwanderung. So lange der Patient die existentielle Bedrohung zu seinem psychischen Schutz abwehrt, steht der Therapeut stellvertretend für diese existentielle Bedrohung. Deswegen kommt es oft zu Beginn nicht zu einem tragenden therapeutischen Bündnis oder später zu einem Beziehungsabbruch.

Jürg Bernhard: Ich würde gerne den kürzlich verstorbenen Psychiatrieprofessor Christian Müller zitieren, der gesagt hat, dass wir im Grunde genommen Seiltänzer sind, da nicht alle Patienten, bei denen diese Art von Intervention indiziert wäre, diese auch wünschen. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zur freien Praxis, die häufiger von motivierten Menschen aufgesucht wird.

Kann man davon ausgehen, dass im Prinzip alle Krebskranken Bedarf an einer psychoonkologischen Psychotherapie haben?

Jürg Bernhard: Nein, dem ist nicht so. Grundsätzlich führt jede Krebsdiagnose zu einer Auseinandersetzung. Diese muss jedoch nicht zwingend im Rahmen einer Psychotherapie erfolgen. Zudem entspricht der von aussen festgestellte Bedarf anhand der konkret ausgedrückten psychischen Belastung nicht immer dem vom Patienten ausgesprochenen Bedürfnis nach Unterstützung. Dem ist Rechnung zu tragen.

Welche Voraussetzungen müssen für psychoonkologisches Arbeiten von Seiten der onkologischen Versorgung erfüllt sein?

Jürg Bernhard: Der Patient erlebt die Krankheit als «ganzer» Mensch. Deshalb kann eine psycho-onkologische Behandlung sinnvollerweise nicht losgelöst von der onkologischen Behandlung stattfinden.

Was heisst das konkret?

Christine Beer: Idealtypisch wünscht sich der Patient, dass er seine psychologischen Anliegen und Lebenssinnfragen mit dem Onkologen besprechen kann. Wird eine psychoonkologische Betreuung nicht mit dem Onkologen im Voraus besprochen, gerät der Patient in einen Loyalitätskonflikt. Oder abstrakter gesagt: Was nicht gemeinsam verstanden wird, kann auch nicht wirken. Der Onkologe muss vom Psychoonkologen wissen und umgekehrt.

Heisst das, dass die Onkologen nicht für das psychische Wohl der Patienten zuständig sind?

Jürg Bernhard: Keinesfalls. Wir wollen nicht die Arzt-Patient-Beziehung entkoppeln. Es geht hier um einen psychotherapeutischen Prozess, der den üblichen Rahmen einer onkologischen Behandlung sprengt.

Welches sind die grössten Herausforderungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit?

Jürg Bernhard: Die Verletzung durch die Krebserkrankung führt bei den Patienten zu einer erhöhten Sensibilität. Das subtile Beziehungsgeschehen betrifft nicht nur die Beziehung zum Psychoonkologen sondern zu allen Behandelnden. Es verträgt keine widersprüchlichen Informationen, unklare Abmachungen, fehlende Transparenz. Wenn Patienten solche Erfahrungen bei uns zur Sprache bringen, geht es darum, sie in ihrer Autonomie zu stützen, so dass sie selbst in der Lage sind, für sich in schwierigen Situationen, die durch Abhängigkeit des Patienten den Behandelnden gegenüber geprägt sind, einzustehen und z.B. eine Unklarheit anzusprechen.

Christine Beer: Ein weiteres Stichwort zur Interdisziplinarität ist die gemeinsam verständliche Sprache.

Jürg Bernhard: Das schliesst natürlich den Patienten und seine Angehörigen mit ein.

Gibt es Stolpersteine in der interdisziplinären Zusammenarbeit?

Jürg Bernhard: Wenn der Auftrag für den Patienten nicht klar ist, oder er Widersprüchlichkeiten bei der Delegation spürt, führt das meistens zu einem Abbruch der psychoonkologischen Therapie.

Was meinen Sie mit Delegation?

Jürg Bernhard: Manchmal schwingt bei einer Überweisung implizit eine Delegation von bestimmten Aufgaben mit, wie die Klärung des Verständnisses der Diagnose, die nicht explizit mit dem Patienten besprochen worden sind.

Braucht es spezifische Voraussetzungen struktureller oder anderer Art?

Christine Beer: Es braucht das allseitige Bedürfnis und Verständnis, dass man sich begegnen will. Und wenn das vorhanden ist, braucht es Koordination.

Jürg Bernhard: ... wobei eine gegenseitige Wertschätzung für die jeweils andere Tätigkeit des Kollegen selbstverständlich hilfreich ist.

Förderung der psychosozialen onkologischen Forschung in der Schweiz

Rolf Marti und Kurt Bodenmüller, Krebsforschung Schweiz und Krebsliga Schweiz

Psychosoziale Forschung in der Onkologie beinhaltet die Untersuchung der psychischen Folgen für die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen sowie der sozialen Dimension von Krebserkrankungen. Im Vordergrund steht die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen. Die Stiftung Krebsforschung Schweiz (KFS) und die Krebsliga Schweiz (KLS) sind die wichtigsten Förderorganisationen der psychosozialen onkologischen Forschung in der Schweiz. Im Schnitt der letzten zehn Jahre unterstützten sie jährlich vier bis fünf Forschungsprojekte mit über 700 000 Franken. Zum breiten Themenspektrum der Arbeiten gehören beispielsweise die Arzt-Patienten-Kommunikation, die Entscheidungsfindung, die Erfassung von Symptomen und Bedürfnissen der Patienten, die Entwicklung geeigneter Bewältigungsstrategien sowie die Betreuung am Lebensende.

Die KFS und die KLS finanzieren pro Jahr durchschnittlich rund 70 bis 80 Forschungsprojekte, Stipendiaten und Forschungsorganisationen mit 15 bis 17 Millionen Franken. Rund 80% der Mittel stammen von der KFS und rund 20% von der KLS. Ein wichtiger Schwerpunkt ihrer Förderstrategie bildet die patientennahe Forschung. Das heisst, dass insbesondere Forschungsprojekte unterstützt werden, deren Resultate einen möglichst direkten Nutzen für die Patientinnen und die Patienten haben. Neben der klinischen Forschung gehören dazu auch Projekte in den Bereichen Psychosoziales und Psychoonkologie, Pflegewissenschaften, Epidemiologie, Prävention, Public Health sowie Versorgungs- und Ergebnisforschung.

Unterstützung der patientennahen Krebsforschung

Um die patientennahe Forschung verstärkt zu unterstützen, wurden in den vergangenen Jahren mehrere Instrumente erprobt und evaluiert. Bewährt hat sich vor allem eines: die Verteilungsregel. Dieses Quotensystem wurde von den Vorständen von KFS und KLS im Jahr 2002 eingeführt und hat zum Ziel, dass innerhalb der freien Projektforschung 60% der Fördermittel in die patientennahe Forschung fliessen. Davon sind 40% für die klinische For-

schung vorgesehen und 20% für die Forschung in den Bereichen Psychosoziales, Epidemiologie etc. Die restlichen 40% der Mittel werden für die Grundlagenforschung verwendet. Während im Jahr 2003 bloss 35% der gesprochenen Gelder auf patientennahe Forschungsprojekte entfielen, waren es 49% im Jahr 2012. Im Durchschnitt der letzten zehn Jahre beträgt die Mittelaufteilung 46% für die patientennahe Forschung und 54% für die Grundlagenforschung.

Ein weiteres Instrument zur gezielten Förderung der patientennahen Forschung war das System der sogenannten «Letter of Intent». Dank diesem vereinfachten, zweistufigen Eingabeverfahren sollte die Schwelle für die Gesuchseingabe aus den unterrepräsentierten Forschungsdisziplinen gesenkt werden. Allerdings erwies sich dieses Förderinstrument als sehr beschränkt erfolgreich. Von den total 105 ursprünglich eingereichten Projektskizzen führten im Zeitraum 2004–2009 nur 22 zu einem bewilligten Forschungsprojekt, was einer Erfolgsquote von bloss 21% entspricht. Unter dem Strich führte das System weder zu einer Steigerung der Erfolgsquote noch zu einer Zunahme der Anzahl qualitativ hochstehender Forschungsprojekte aus den Bereichen Klinik, Psychosoziales und Epidemiologie. Gleichzeitig war es mit einem sehr grossen Evaluationsaufwand für die Wissenschaftliche Kommission verbunden und wurde daher fünf Jahre nach seiner Einführung wieder abgeschafft.

Seit 2009 unterstützt die KFS zudem wichtige Krebsforschungsorganisationen, indem sie Grundleistungen finanziert, welche diese Organisationen zugunsten der patientennahen Forschung in der Schweiz erbringen – hauptsächlich für die klinische und epidemiologische Krebsforschung. Letztes Jahr wurden folgende sechs Organisationen mit über 1,7 Millionen Franken unterstützt: Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK), International Breast Cancer Study Group (IBCSG), Nationales Institut für Krebs-epidemiologie und -registrierung (NICER), Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe (SPOG), Schweizer Kinderkrebsregister (SKKR) und International Extranodal Lymphoma Study Group (IELSG).

Zehn Jahre Förderung der psychosozialen Forschung

Hauptursache, weshalb die Zielsetzung, 60% der Mittel für die patientennahe Forschung einzusetzen, bisher nicht erreicht werden konnte, ist, dass aus diesen Forschungsdisziplinen zu wenig Gesuche eingereicht werden, die den hohen Qualitätsanforderungen genügen. Ein Befund, der auch für die psychosoziale Forschung gilt, die in der Schweiz – entgegen der zunehmenden Bedeutung der Psychoonkologie in der Praxis – immer noch eine Art Nischendasein führt. Die Gründe dafür sind vielfältig:

fehlende berufliche Attraktivität für Studienabgänger, ein Mangel an Lehrstühlen und akademischer Verankerung der Disziplin, nicht bestehende Strukturen (z. B. ein Forschungsverbund zur Durchführung von multizentrischen Studien), fehlende finanzielle Mittel, aber teilweise auch ungenügende Aufmerksamkeit vieler Mediziner für die psychische und soziale Ebene von Krebskranken und damit eine variierende Bereitschaft, Betroffene für die Teilnahme an einer psychosozialen Studie zu gewinnen.

Umso wichtiger ist vor diesem Hintergrund das Engagement von KFS und KLS zur Förderung der psychosozialen Forschung. Zwischen 2003 und 2012 wurden pro Jahr durchschnittlich vier bis fünf Projekte mit über 700 000 Franken unterstützt. Im Schnitt flossen in den letzten zehn Jahren 7% der Mittel innerhalb der freien Projektforschung in diesen Bereich. Kumuliert sind es in diesem Zeitraum insgesamt 44 Forschungsprojekte und ein Totalbetrag von über 7 Millionen Franken. Psychosoziale Fragestellungen sind zudem ein wichtiger Aspekt vieler klinischer Forschungsprojekte – allen voran die Bestimmung der Lebensqualität von Krebspatienten. Diese sind in obiger Statistik jedoch nicht erfasst.

Forschung mit praxisorientiertem Nutzen

Das Ziel vieler psychosozialer Forschungsprojekte ist nicht primär, die Arbeit in einem angesehenen Wissenschaftsjournal publizieren zu können, sondern wissenschaftliche Erkenntnisse zur erzielen, die möglichst direkt in der Praxis umgesetzt werden können – zum Nutzen der Patienten, aber auch der betreuenden Fachpersonen. Mit anderen Worten: patientennahe Forschung.

Die von der KFS und der KLS in den vergangenen Jahren finanzierten Forschungsprojekte decken ein breites Spektrum an Themen ab und widmeten sich zum Beispiel folgenden Fragen:

- Welche Trainingsmethoden eignen sich am besten, um die Kommunikation von Ärzten und Pflegepersonal mit den Patienten zu verbessern, vor allem in Situationen, in denen sehr belastende Nachrichten mitgeteilt werden müssen?

- Wie können psychische Störungen von Krebspatienten und Angehörigen (z. B. Depressionen, Angstzustände) rechtzeitig erkannt und wirksam behandelt werden?
- Welche Art von und welcher Umfang an Informationen unterstützen Patienten, damit sie möglichst aktiv und gleichberechtigt im Abwägungs- und Entscheidungsprozess hinsichtlich ihrer Behandlung teilnehmen können?
- Welche psychischen, emotionalen, sozialen und spirituellen Anliegen und Ansichten haben chronisch kranke Patienten ohne Aussicht auf Heilung?
- Wie lässt sich die Lebens- und Betreuungsqualität von krebskranken Kindern am Lebensende verbessern, damit sowohl die Betroffenen und ihre Familien wie auch die betreuenden Fachpersonen profitieren?
- Haben Patienten, die von einem Hausarzt mit spezifischen Kompetenzen in Palliative Care behandelt werden, weniger Schmerzen und eine höhere Lebensqualität in den letzten Monaten ihres Lebens?

Die Tabelle auf den nächsten Seiten präsentiert eine Auswahl von Projekten zu wichtigen Themenbereichen der psychosozialen Forschung, die von der KFS und der KLS im Zeitraum 2003–2012 unterstützt wurden. Weitere Informationen dazu sind in den Ausgaben 2004, 2006, 2009, 2011 und 2012 des Berichts «Krebsforschung in der Schweiz» unter www.krebsliga.ch/forschungsbericht zu finden. Die Förderung von ausgezeichneten Projekten der psychosozialen Forschung bleibt auch weiterhin ein wichtiger Schwerpunkt für die KFS und die KLS. Denn sie führen – wie diverse der in den letzten zehn Jahren unterstützten Arbeiten zeigen konnten – zu einem sehr wichtigen Ergebnis: eine bessere Lebensqualität von Betroffenen und Angehörigen.

Korrespondenz:

Dr. rer. nat. Rolf Marti und Kurt Bodenmüller
Forschungsförderung
Krebsliga Schweiz / Krebsforschung Schweiz
rolf.marti@krebsliga.ch
kurt.bodenmueller@krebsliga.ch

Von Krebsforschung Schweiz und Krebsliga Schweiz unterstützte Projekte im Bereich der psychosozialen Forschung im Zeitraum 2003–2012 (Auswahl)

Arzt-Patienten-Kommunikation / Communication skills

Prof. Dr. med. Friedrich Stiefel | OCS 01595-08-2004 | CHF 163 600.–

Service de psychiatrie de liaison, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Effects of communication skills training on oncology clinicians' communication styles and defense mechanisms

Nebengesuchsteller: Prof. Dr. Jean-Nicolas Despland, Dr. Yves De Roten, Prof. Dr. Patrice Guex, Nathalie Favre

Prof. Dr. phil. Jürg Bernhard | KLS 01648-02-2005 | CHF 70 200.–

Universitätsklinik für Medizinische Onkologie, Inselspital, Universitätsspital Bern

Communication about treatment options and clinical trials: a randomized controlled trial of a consultation skills training package

Prof. Dr. med. Wolf Langewitz | KLS 01666-02-2005 | CHF 130 000.–

Abteilung Psychosomatik, Universitätsspital Basel

Breaking bad news – do we teach professionals what patients need?

Nebengesuchsteller: Dr. Marianne Schmid Mast, Dr. Heidemarie Weber

Prof. Dr. Jean-Nicolas Despland | OCS 02338-02-2009 | CHF 251 350.–

Institut universitaire de psychothérapie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Prilly

Communication in cancer care: the relationship between clinician's defense mechanisms, patient satisfaction and information recall

Nebengesuchsteller: Dr. Yves De Roten, Dr. Mirjam De Vries, Dr. François Luthi, Prof. Dr. Friedrich Stiefel

Dr. Alexandre Berney | KFS 02776-02-2011 | CHF 164 000.–

Service de psychiatrie de liaison, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Pregarduate training for medical students on breaking bad news in oncology

Nebengesuchsteller: Raphael Bonvin, Prof. Dr. Pierre-André Michaud, Prof. Dr. Marianne Schmid Mast, Prof. Dr. Friedrich Stiefel

Palliative Care / Betreuung am Lebensende

Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller | OCS 01484-02-2004 | CHF 120 300.–

Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich

Medical end-of-life decision-making among Swiss physicians with regard to cancer patients with particular consideration of the types of organisation

Nebengesuchsteller: Dr. Susanne Fischer, Prof. Dr. Rainer Hornung

Dr. med. Steffen Eychmüller | OCS 01776-08-2005 | CHF 170 000.–

Palliative Care, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern

Palliative Care Services in Switzerland: from a national survey to the development of a specific monitoring instrument

Nebengesuchsteller: Prof. Dr. Marianne Müller, Dr. Margareta Schmid

Prof. Dr. José Pereira | OCS 02037-02-2007 | CHF 117 900.–

Service de soins palliatifs, Hôpital Nestlé, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Dignity-conserving care in patients with advanced cancer in French-speaking Switzerland: a feasibility study

Nebengesuchsteller: Harvey Max Chochinov, Dr. Thierry Currat, Dr. Sonia Krenz, Dr. Maria Fernandez Petite

PD Dr. med. Florian Strasser | KLS 02785-02-2011 | CHF 176 100.–

Onkologische Palliativmedizin, Departement Innere Medizin und Palliativzentrum, Kantonsspital St. Gallen

Decision criteria guiding chemotherapy in palliative intention: prospective study comparing patients', doctors' and nurses' responses

Nebengesuchsteller: Dr. Karin Ribi

Dr. med. Eva Bergsträsser | KFS 3008-08-2012 | CHF 189 000.–

Kompetenzzentrum für Pädiatrische Palliative Care, Kinderspital, Universitäts-Kinderkliniken, Zürich

Paediatric end-of-life care needs in Switzerland (PELICAN study)

Nebengesuchsteller: Dr. Eva Cignacco, Prof. Dr. Nicolas von der Weid, Karin Zimmermann

Informationsbedürfnisse / Entscheidungsfindung

PD Dr. med. Urs Schanz | OCS 01772-08-2005 | CHF 52 400.–

Klinik für Hämatologie, Universitätsspital Zürich

Stem cell transplantation: yes or no? – Which aspects have to be considered in the decision-making process concerning further treatment?

Nebengesuchsteller: Dr. Kyrill Schwegler, Hanna Siegwart, Tatjana Weidmann-Hügler

Prof. Dr. Thomas Perneger | OCS 01805-10-2005 | CHF 211 500.–

Service qualité des soins, Hôpitaux universitaires de Genève, Genève

Influence of cancer screening testimonials on informed choice, decision-making and decision satisfaction

Nebengesuchsteller: Agathe Charvet

Dr. Peter Rüesch | KLS 02198-02-2008 | CHF 155 800.–

Fachstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur

Information needs of patients with curable adenocarcinoma of the prostate and professionals' opinions: an international study (INEPAP)

Nebengesuchsteller: Deb Feldman-Stewart

Dr. med. Sibil Tschudin | KLS 02577-02-2010 | CHF 62 800.–

Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik, Frauenklinik, Universitätsspital Basel

Fertility preservation in young female cancer patients – assessment of needs regarding decision-making and development of a decision-aid

Nebengesuchsteller: PD Dr. Judith Alder, Prof. Dr. Christoph Rochlitz, PD Dr. Rosanna Zanetti Dällenbach

Lebensqualität / Coping

Prof. Dr. phil. Hansjörg Znoj | KLS 01645-02-2005 | CHF 79 700.–

Institut für Psychologie, Universität Bern

Mindfulness intervention for parents of pediatric cancer patients

Nebengesuchsteller: Dr. Patricia Lannen

PD Dr. phil. Markus A. Landolt | OCS 01844-02-2006 | CHF 68 100.–

Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie, Kinderspital, Universitäts-Kinderkliniken, Zürich

Posttraumatic stress disorder and quality of life in infants and toddlers suffering from cancer

Nebengesuchsteller: Prof. Dr. Felix Niggli

PD Dr. phil. Judith Alder | KFS 2894-02-2012 | CHF 239 400.–

Abteilung für Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik, Universitätsspital Basel

Web-based counselling for families with parental cancer: a randomized controlled intervention study

Nebengesuchsteller: Prof. Dr. Jens Gaab, Prof. Dr. Christoph Rochlitz, Dr. Binia Roth, Dr. Brigitta Wössmer

Symptomerfahrung / Belastungs- und Bedarfserfassung

Dr. Elisabeth Spichiger | OCS 01725-08-2005 | CHF 153 000.–

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Prevalence and evolution of symptom experience in cancer patients with focus on fatigue and anemia as its potential correlate

Nebengesuchsteller: Dr. Virpi Susanna Hantikainen, Christa Müller-Fröhlich, Hansruedi Stoll

Prof. Dr. Alexander Kiss | KLS 02038-02-2007 | CHF 302 000.–

Abteilung Psychosomatik, Universitätsspital Basel

Physical and psychological predictors of patient fatigue one to five years after human stem cell transplantation

Nebengesuchsteller: Prof. Dr. Alois Gratwohl, Dr. Paul Grossman, Karen L. Syrjala

Prof. Dr. med. Michael D. Müller | KFS 02456-08-2009 | CHF 116 500.–

Gynäkologie und gynäkologische Onkologie, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital, Bern

Creating and validating a patient-pertinent instrument to assess symptoms experienced related to surgical wounds in women with vulvar neoplasms – a mixed methods study (WOMAN-PRO)

Nebengesuchsteller: Dr. Manuela Eicher, Prof. Dr. Sandra Engberg, Prof. Dr. Beate Senn, Prof. Dr. Rebecca Spirig

Prof. Dr. Sabina De Geest | KFS 02705-08-2010 | CHF 112 900.–

Institut für Pflegewissenschaften, Universität Basel

PROVIVO – patient reported outcomes in view of symptom experience of late effects and self-management of adult long-term survivors after allogeneic haematopoietic stem cell transplantation – a mixed methods study

Nebengesuchsteller: Dr. Fabienne Dobbels, Dr. Joerg Halter, Monika Kirsch, Dr. Georg Stüssi

Psychoonkologie in der Pädiatrie

Anna Graf, Psychologin FSP, Universitäts-Kinderkliniken Zürich

Alice Prchal, Psychologin FSP, Universitäts-Kinderkliniken Zürich

In der Schweiz erkranken jährlich mehr als 200 Kinder und Jugendliche an einer Krebserkrankung, wobei etwa die Hälfte der Krebserkrankungen bei Kindern im Vorschulalter diagnostiziert werden [1]. Dank enormen Behandlungsfortschritten können heute bis zu 80% der betroffenen Kinder und Jugendlichen ihre Erkrankung langfristig überleben. Voraussetzung für die hohe Heilungsrate ist jedoch eine intensive medizinische Behandlung mit wiederkehrenden Spitalaufenthalten, teilweise schweren körperlichen Nebenwirkungen und möglichen körperlichen Spätfolgen. Eine Krebserkrankung und deren Behandlung bedeuten für die gesamte Familie eine lang anhaltende psychische Ausnahmesituation, die aussergewöhnliche Anpassungsleistungen verlangt. Als Folge der vielfältigen Belastungen erhöht sich bei den betroffenen Kindern und Familienmitgliedern das Risiko psychosozialer Maladaptation wie beispielsweise die Entwicklung von Ängsten und von depressiven oder posttraumatischen Belastungssymptomen [2]. Entsprechend richtet sich der Blick von Forschung und Praxis seit den 80er Jahren zunehmend auf die ganzheitliche Genesung und die Sicherstellung von optimalen Entwicklungsbedingungen für die betroffenen Kinder und ihre Familien. Damit sind neben somatischen und neuropsychologischen Aspekten auch psychosoziale Parameter wie die Qualität der psychischen Adaptation, die Lebensqualität sowie die Chance auf positive Reifungsprozesse gemeint [3].

Betreuungsrahmen

Die pädiatrische Onkologie hat für die ganzheitliche und interdisziplinär ausgerichtete Versorgung von chronisch kranken Patienten eine Vorreiterrolle gespielt. So wurden in Deutschland und in der Schweiz bereits in den 80er Jahren verschiedene psychoonkologische Betreuungskonzepte in der Pädiatrie entwickelt und evaluiert [4]. Ob schon zum grössten Teil über Drittmittel finanziert, ist heute die Psychoonkologie in den Schweizer Kinderspitälern integraler Bestandteil der onkologischen Behandlung.

Wie in den Leitlinien zur psychosozialen Versorgung in der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie [5] formuliert, findet die psychoonkologische Betreuung in enger Wechselwirkung mit der ärztlich-onkologischen Behandlung statt. Als Experten des Krankseins und der Krankheitsbewältigung sind psychologische Fachkräfte in das Team einer pädiatrisch-onkologischen Abteilung integriert. Erst dieses Setting ermöglicht eine unmittelbare Unterstützung bei plötzlichen Krisen und eine enge Abstimmung mit dem medizinischen Behandlungsprozedere [6]. In den Schweizer Kinderspitälern erhalten grundsätzlich alle Patienten und ihre Familien eine psychologische Grundversorgung (Liaisonkonzept). Diese findet zu Behandlungsbeginn und in Krisensituationen bei allen Familien im aufsuchenden Modus statt. Entsprechend führt die psychologische Fachperson in den ersten Tagen nach dem medizinischen Diagnosegespräch mit jeder Familie ein sogenanntes Informationsgespräch. Falls nicht sofortige Kriseninterventionen nötig sind, dient dieses Gespräch der Einschätzung der spezifischen Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten der Familie. Im Sinne der Prävention werden besondere Belastungen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und der medizinischen Therapie antizipierend besprochen. Ebenso wird im ersten Gespräch oftmals bereits eine dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes angemessene Form der Krankheitsaufklärung erarbeitet und Anschauungsmaterial in Form von Bilderbüchern und Spielmaterial zur Verfügung gestellt.

Das übergeordnete Ziel der psychoonkologischen Betreuung ist stets die Aktivierung, Verstärkung und Ergänzung von Bewältigungsstrategien und die Identifikation der dazu notwendigen Ressourcen. Die Patienten und ihre Familien werden als prinzipiell psychisch gesunde Personen verstanden, die sich in einer aussergewöhnlich belastenden Situation befinden, für deren Bewältigung sie nur zum Teil auf frühere Erfahrungen zurückgreifen können [7]. Der Umfang an psychoonkologischer Betreuung ergibt sich in der Regel aus der Diskrepanz zwischen erkrankungsbedingten Anforderungen, den psychosozialen Folgebelastungen und den verfügbaren Ressourcen. Psychoonkologische Interventionen reichen von regelmässigen, orientierenden, supportiven Beratungen bis hin zu intensiver Psychotherapie bei komorbiden Störungen oder psychosozialen Folgebelastungen.

Familienorientierung

Krebskranke Kinder und Jugendliche stehen in existentieller sozio-emotionaler Abhängigkeit von ihrer Familie. Somit steht auch die individuelle Krankheitsbewältigung des Kindes in Wechselwirkung mit der Krankheitsbe-

wältigung der Familie [8]. Die Kooperation bei jüngeren Kindern ist oft z.B. nur dann erreichbar, wenn die Eltern signalisieren, dass sie die Behandlung dem Kind zumuten und zutrauen. Die Familie ist aber auch stets als Ganzes erschüttert, und jedes einzelne Familienmitglied ist mit einer komplett veränderten Lebensrealität konfrontiert. Den Eltern kommt die entscheidende Aufgabe zu, ihrem erkrankten Kind Hoffnung, Nähe, Sicherheit und Halt zu geben. Gleichzeitig sind Eltern und Geschwister in einem gewissen Sinn ebenfalls als Betroffene zu sehen [9]. Familieninterventionen beziehen sich auf die Ermutigung Gefühle zu äussern, unterstützen im Umgang mit divergierenden Interessen oder unterschiedlichen Bewältigungsstilen und motivieren zum Erhalt sozialer Netzwerke. Bei schwerkranken Kindern werden die Familien in der Auseinandersetzung mit Sinnfragen, Sterben und Tod begleitet [10].

Psychoonkologische Interventionen auf der Patientenebene richten sich in der Anfangsphase häufig auf die Förderung eines adäquaten Körper-, Krankheits- und Behandlungsverständnisses sowie auf den Umgang mit invasiven und schmerzhaften Verrichtungen und die Einnahme von Medikamenten. Dabei kommen nebst entwicklungsangepassten Erklärungen mit Bild- und Spielmaterialien auch Verstärker- oder Belohnungspläne, Ablenkungsverfahren, imaginative und hypnotherapeutische Übungen zum Einsatz. Oft können für den Umgang mit schmerzhaften Verrichtungen oder die Einnahme von Medikamenten gemeinsam mit dem Kind detaillierte Skripte zum optimierten Ablauf erstellt werden, die dann mit dem medizinischen Team abgesprochen und übernommen werden. Durch diese Vermittlung von Sicherheit und Wählbarkeit kann die Selbstwirksamkeit erhöht und das Traumatisierungspotential reduziert werden [11].

Auf der Elternebene ist es zunächst oft wichtig, die heftigen Gefühle als adäquate Reaktionen auf eine aussergewöhnliche krisenhafte Situation zu normalisieren und Schuldgefühle (z.B. das Kind nicht umfassend geschützt zu haben) aufzugreifen. Weitere Interventionen beziehen sich auf die Beratung und Unterstützung in der Entscheidungsfindung in medizinischen Fragen und der Adaptation an die veränderte Lebens-, Familien- und Paarsituation. Die Eltern werden in ihrer Erziehungskompetenz und in einer offenen familiären Kommunikation bestärkt. Während bei den Eltern und den Patientenkinder in den ersten Wochen und Monaten oftmals eine gewisse Anpassung an die Erfordernisse der Erkrankung und Behandlung stattfindet, leiden Geschwister oft dauerhaft und unbemerkt unter der veränderten familiären Situation. Dem Einbezug der Geschwister in das psychoonkologische Betreuungsangebot wird deshalb grosse Aufmerksam-

keit geschenkt. In den meisten Schweizer Kinderspitälern werden zweimal pro Jahr Geschwisternachmittage auf der onkologischen Abteilung organisiert, die neben einem sozialen Austausch auch psychoedukative Ziele verfolgen. Einzelne Gespräche oder eine psychotherapeutische Behandlung stehen Geschwistern ebenso offen wie den restlichen Familienmitgliedern [12].

Entwicklungsorientierung

Einerseits vollziehen sich die Wechselwirkungen zwischen der individuellen Krankheitsverarbeitung und der systemischen Ebene der Familien als Prozess über die Zeit hinweg. Andererseits unterliegen Patientenkinder selber in biopsychosozialer Hinsicht einer grossen Entwicklungsdynamik. Je nach Entwicklungsstand haben Kinder sehr unterschiedliche und von den Erwachsenen abweichende Vorstellungen und Befürchtungen im Zusammenhang mit der Krankheit und der Behandlung. So kann die Weigerung eines jüngeren Kindes, sich Blut abnehmen zu lassen, auf der Vorstellung basieren, dass nur eine bestimmte Menge an Blut im Körper ist und dieses irgendwann zur Neige geht. In dem Zusammenhang ist das Vermitteln einer entwicklungsorientierten Vorstellung von der Krankheit und Behandlung sehr wichtig für die Reduktion von Ängsten und die Unterstützung der Therapieadhärenz. So kann beispielsweise bereits ein dreijähriges Kind verschiedene Blutbestandteile und ihre Funktionen altersadäquat verstehen lernen und den Sinn eines Fingerpicks einsehen: Es muss im Blut gezählt werden, wie viele «Polizisten» (Leukozyten), «Taxis» (Erythrozyten) und «Maurer» (Thrombozyten) vorhanden sind [11]. Mit dem Entwicklungsstand verbunden sind zudem normative Entwicklungsaufgaben, die Patienten parallel zur Behandlung zu bewältigen haben. So können beispielsweise im Jugendalter der strenge Behandlungsplan oder das Angewiesensein auf Eltern mit der Ablösung vom Elternhaus oder der Aufnahme von intimen Beziehungen kollidieren und zu einer zusätzlichen Belastung führen [8].

Die psychoonkologische Betreuung von krebskranken Kindern und deren Familien unterscheidet sich in den grundsätzlichen Zielen nicht wesentlich von derjenigen bei erwachsenen Krebspatienten. Das integrierte Setting, der Rahmen der psychoonkologischen Betreuung sowie die familien- und entwicklungsorientierte Art der psychoonkologischen Interventionen wurden jedoch sehr spezifisch und im Hinblick auf eine ganzheitliche und gut zugängliche Unterstützung von krebskranken Kindern, Jugendlichen und deren Familien entwickelt.

Referenzen

- Swiss Childhood Cancer Registry (2013). Jahresbericht 2011/12. Retrieved March 13, from: www.kinderkrebsregister.ch
- Bruce, M. (2006). A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. *Clinical Psychology Review*, 26, 233-256.
- Noeker, M. (2012). Überlebende von Krebserkrankungen des Kindes- und Jugendalters. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 481-492.
- Landolt, M.A., Dangel, B., Twerenbold, P., Schallberger, U., Plüss, H. & Nüssli, R. (1999). Elterliche Beurteilung eines psychoonkologischen Betreuungskonzeptes in der Pädiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 1-14.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2008). Psychosoziale Versorgung in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie. Retrieved March 13, from: http://www.kinderkrebsinfo.de/sites/kinderkrebsinfo/content/e2260/e5902/e61332/e61333/PSAPOHS3-LeitlinieLangfassung_2008_ger.pdf
- Noeker, M. (2002). Praxis behavioral-systemischer Familienberatung bei Tumor- und Leukämieerkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 53-60.
- Kazak, A.E., Rourke, M.T. & Navsaria, N. (2009). Families and other systems in pediatric psychology. In: M.C. Roberts & R.G. Steele (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (pp. 656-671). New York: The Guilford Press.
- Noeker, M. (2002). Biopsychosoziale Leitlinien für die psychologische Arbeit bei chronisch-pädiatrischen Erkrankungen. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 26-32.
- Westhoff, K. (2010). Perspektiven der pädiatrischen Psychoonkologie. *Schweizerische Gesellschaft für Psycho-Onkologie, Newsletter* 14, 16-22. Retrieved March 13, from: <http://www.psychoonkologie.ch/newsletter.html>
- Seitz, D.C.M. & Goldbeck, L. (2012). Pädiatrische Psychoonkologie: Konzepte, diagnostische Strategien und therapeutische Ansätze. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 113-121.
- Zehnder, D. (2010). Psychologische Interventionen bei schmerzhaften Eingriffen in der Kinderonkologie. *Schweizerische Gesellschaft für Psycho-Onkologie, Newsletter* 14, 6-10. Retrieved March 13, from: <http://www.psychoonkologie.ch/newsletter.html>
- Graf, A. & Huguenin, J. (2011). Geschwister krebsskranker Kinder. *Sonnenschein*, 7, 4.

Korrespondenz:

lic. phil. Anna Graf
Psychologin FSP
Universitäts-Kinderkliniken Zürich
Steinwiesstrasse 75, CH-8032 Zürich
anna.graf@kispi.uzh.ch



Deutschsprachig-Europäische
Schule für Onkologie

16. Internationales Seminar Onkologische Pflege – Fortgeschrittene Praxis

05. - 06. September 2013, Universität, CH-St. Gallen

Ziel: Reflexion, Stärkung und fachliches Update wissenschaftlicher Erkenntnisse für Pflegefachpersonen aus der onkologischen Praxis, Führung und Lehre.

Inhalt: Gesellschaftliche Aspekte der Onkologiepflege, Erleben von Krankheit und Behandlung, Supportive Care für Patienten und Betreuende, aktuelle medizinische und pflegerische Entwicklungen.
Detailliertes, aktuelles Programm unter www.oncoconferences.ch

Methoden: Plenumsvorträge, Diskussion, Workshops und persönlicher Austausch.

Leitung: Dr. A. Glaus PhD (CH); M. Flidner MNS (CH); E. Irlinger MNS (DE), Mag. I. Achatz (AT)

Veranstalterin: Deutschsprachig-Europäische Schule für Onkologie (deso)
EONS-Akkreditierung

Infos + Anmeldung

Kongress-Sekretariat der Deutschsprachig-Europäischen Schule für Onkologie (deso)
Frau Gabi Laesser, c/o Tumor- und Brustzentrum ZeTuP, Rorschacherstrasse 150, CH-9006 St. Gallen
Tel. +41 (0)71 243 00 32, Fax +41 (0)71 245 68 05
deso@oncoconferences.ch, www.oncoconferences.ch

Outcome and effectiveness of cancer rehabilitation in Switzerland: A study protocol

M. Ture¹, J. Jenewein², F. Angst³, A. Aeschlimann³, C. Martin-Soelch^{4,2}, U. Schnyder², H. Walt¹

¹ Department of Cranio-Maxillo-Facial and Oral Surgery and

² Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Zurich, ³ RehaClinic Bad Zurzach, ⁴ Department of Psychology, Fribourg University, Switzerland

Background

Cancer patients frequently experience physical impairments and psychological distress leading to poor quality of life (QoL). After exhaustive, acute disease management, they turn back to former environment without possessing the same power and abilities. Rehabilitation aims to alleviate adverse outcomes by improving physical, social, psychological, and vocational functioning [1, 2]. Thereby a comprehensive view is indispensable. Thus an interdisciplinary cooperation of physiotherapeutic, educational, medical and psychotherapeutic professionals is required. The effectiveness of cancer rehabilitation is of great interest also for health insurance in terms of cost saving regarding early retirement and the number of working days lost [3]. Several international studies show the effectiveness of cancer rehabilitation programs [4, 5]. In Switzerland as compared to other Western countries, only little is known about physical health and QoL of patients who undergo cancer rehabilitation programs [6]. Recommendations and referrals based on comprehensive assessments including psychosocial assessment are not well established. Medical indication for rehabilitation by the physician is mainly based on physical criteria. In addition, considering that inpatient rehabilitation is more established than outpatient rehabilitation in Switzerland, we decided to focus on the former situation.

QoL and psychosocial aspects

As a life-threatening illness for many patients, cancer is a stressful impact that can affect many domains of individual's life. QoL is considered an important end-point criterion for assessing the effectiveness of medical interventions such as rehabilitation [7]. Cancer patients are at increased risk to develop both poor physical conditions (e. g. fatigue, pain) and psychological distress (e. g. depression, anxiety, fear of cancer progression, hopelessness)

leading to negative QoL. Thus, research indicates social support and self-efficacy as personal resources with positive effects on QoL [8, 9, 10].

Hypotheses and aims

The main aim of this study is to compare the state and change of physical health and QoL of cancer patients undergoing rehabilitation to those without in order to evaluate the effectiveness of cancer rehabilitation especially at inpatient situations. A further purpose is to find out if recommendation and referrals are appropriate. We also want to analyse state and changes in QoL during natural trajectory including a follow-up of 3 months. According to that influence of pain, psychosocial, demographic and medical variables on QoL with their interactions will be evaluated.

Methods

A multicentre naturalistic, comparative cohort study on quality of life and distress has been started after approval by the cantonal ethical commission of Zurich (KEK-ZH-Nr. 2012-0536). Standardized and internationally validated measurement instruments will be applied on patients aged ≥ 18 years with a diagnosis of carcinoma, lymphoma, sarcoma or melanoma with a survival prognosis of at least one year at beginning of hospitalization. A dementia screening by the MMSE (Mini Mental Status Examination) will be performed in patients aged ≥ 50 years to ensure the psycho-intellectual ability for completing the questionnaires. Questions concerning demographic information, addiction behaviour, ability of work, and interventions are included. Medical variables will be abstracted from patient charts. QoL, physical state, pain, fatigue, anxiety, depression, social support, self-efficacy, hopelessness, and fear of cancer progression will be assessed. For this purpose following questionnaires are used: SF-36 (Short Form 36), FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General Version), FACIT-F (Functional Assessment of Cancer Therapy – Fatigue), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), Hopelessness-Scale, Self-Efficacy-Scale, FoP-Q-SF (Fear of Progression Questionnaire, short-form), and AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test, short-form).

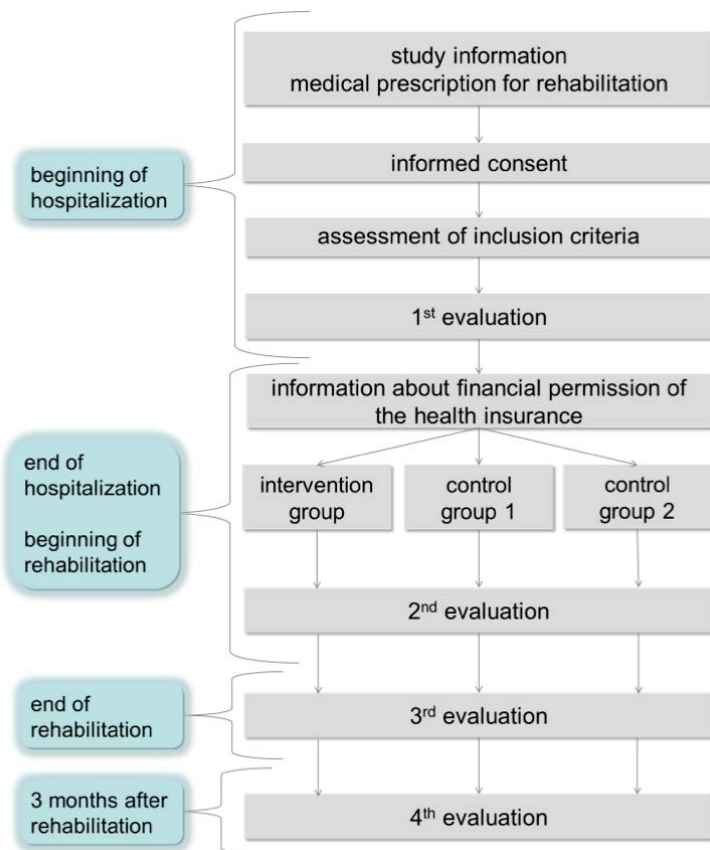
Allocation to rehabilitation will be decided by the physician of the acute management in agreement to the patient. The intervention group will undergo rehabilitation and will be compared to two control groups: Control group 1 (main control group) consists of patients with medical indication for rehabilitation but will not get financial permission of the health insurance, whereas in control

group 2 there is no indication for rehabilitation. Data will be collected at the beginning and end of the hospitalization for acute therapy, at the end of rehabilitation, and three months after rehabilitation; the time intervals will be the same for the control patients. A schematic presentation of the study design is below.

Discussion

Evaluation of the natural trajectory of cancer treatment course and comparison of cohorts with and without rehabilitation will provide outcome and effect data that are not known up to now in Switzerland. Outcome measurement will be tested on feasibility, validity, and responsiveness to establish standardization in future. The results may help to improve and specify cancer rehabilitation interventions and to develop appropriate guidelines for referral to post-acute management. Furthermore, individualized specific cancer rehabilitation should be considered as part of treatment like acute therapies in future.

Schematic presentation of the study design



References

1. Cromes, G.F. (1978). Implementation of interdisciplinary rehabilitation. *Rehab Counselling Bull*, 21, 230 – 237.
2. World Health Organization (1981). *Disability Prevention and Rehabilitation*. Technical Report Series no. 668. Geneva: WHO.
3. Neary D. *Epidemiology* (2009). In: Feuerstein M. (Ed). *Work and cancer survivors*. Springer Science+Business Media.
4. Korstjens I., Mesters I., Van der Peet E., Gijsen B. & Van den Borne B. (2006) Quality of life of cancer survivors after physical and psychosocial rehabilitation. *European Journal of Cancer Prevention*, 15, 541–547.
5. Khan, F., Amatya, B. Ng, L., Demetrios, M., Zhang, N.Y. & Turner-Stokes, L. (2012). Multidisciplinary rehabilitation for follow-up of women treated for breast cancer. Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 12:CD009553.
6. Oncosuisse (2011). *Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011-2015*. Bern: Rub Graf-Lehmann AG.
7. Cella, D.F. & Tulsky, D.S. (1993). Quality of life in Cancer: Definition, Purpose, and Method of Measurement. *Cancer Investigation*, 11(3), 327 – 336.
8. Parker, P., Baile, W., De Moor, C. & Cohen, L. (2003). Psychosocial and Demographic Predictors of Quality of Life in a Large Sample of Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, 12, 183 – 193.
9. Mehnert, A., Koch, U., Schulz, H. & Wegscheider, K. (2012). Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and need for psychosocial support in cancer patients – study protocol of an epidemiological multicenter study. *BMC Psychiatry*, 12, 1 – 9.
10. Weber, B. A., Roberts, B. L., Resnick, M., Deimling, G., Zazuski, J. A., Musil, C. et al. (2004). The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support, and depression for men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 47 – 60.

Acknowledgment

This project is supported by the Zurzach Rehabilitation Foundation SPA, Bad Zurzach, Switzerland.

Correspondence:

Maria Ture, lic. phil.
Department of Cranio-Maxillo-Facial
and Oral Surgery
University Hospital Zurich
CH-8091 Zurich
maria.ture@uzh.ch

Procès Philip Morris contre l'Uruguay

«La santé publique doit prévaloir sur les intérêts économiques»

Sergio Ferrari, Berne

Première décision du tribunal attendue pour le second semestre 2013

«La plainte est une attaque contre l'OMS»

«Les entreprises ne l'emportent pas sur les gouvernements»

Pour Redes / Les Amis de la Terre uruguayens, la plainte déposée il y a 3 ans par le fabricant de tabac Philip Morris contre la République orientale de l'Uruguay constitue une «attaque frontale contre l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'accord-cadre anti-tabac». La multinationale, dont le siège administratif se trouve à Lausanne, «devrait privilégier le cadre multilatéral de l'OMS au lieu de baser sa plainte sur les accords bilatéraux conclus entre l'Uruguay et la Confédération suisse. Elle devrait faire prévaloir l'intérêt de la santé publique sur celui des investissements privés», déclare au Bulletin suisse du cancer le sociologue Alberto Villarreal, responsable du programme «Commerce et investissements» de cette organisation non gouvernementale uruguayenne. Au cours des prochains mois – durant le second semestre 2013 – le tribunal arbitral pourrait se prononcer sur le bien-fondé de la plainte.

En 2010, Philip Morris International (PMI) a engagé un procès contre l'Etat uruguayen auprès du Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements, de la Banque mondiale (CIRDI). PMI estime que l'Uruguay viole certaines des clauses de l'accord bilatéral sur les investissements signé entre la Suisse et l'Uruguay. Pour sa part, l'entreprise estime que cet organisme de la Banque mondiale est compétent pour juger ce cas.

Durant la première semaine de février 2013, s'est tenue à Paris la première audience entre les représentants du fabricant de tabac et ceux du gouvernement uruguayen. La multinationale exige une indemnisation de 2 milliards de dollars en compensation des pertes qu'elle estime avoir subies concernant la commercialisation des cigarettes en Uruguay, depuis la mise en œuvre d'un rigoureux programme officiel de lutte contre le tabagisme lancé en mai 2005. Le principal promoteur de ce programme de



Alberto Villarreal, responsable du programme «commerce et investissements» de Redes/Les Amis de la Terre (Uruguay)

santé publique, basé sur les principes de l'accord-cadre pour le contrôle du tabac, impulsé par l'Organisation mondiale de la santé, entré en vigueur en février 2005 et signé par l'Uruguay, fut le président et oncologue uruguayen Tabaré Vazquez (2005-2010).

«Procès à huis-clos»

La plainte déposée auprès du CIRDI est marquée par un secret total, «ce qui est très préoccupant et inacceptable pour les organisations de la société civile uruguayenne», affirme le sociologue Alberto Villarreal lors d'une visite à Berne.

Durant tout ce temps, il a été pratiquement impossible de connaître les arguments de l'Etat uruguayen et de l'entreprise suisse. L'audience de février n'a pas été publique. Le procès se trouve toutefois dans une phase préliminaire. Les deux parties attendent que le CIRDI communique en premier lieu s'il se déclare ou non compétent pour se prononcer sur ce litige.

«Nous pensons que c'est bien le cas», estime Anne Edwards, porte-parole de PMI après l'audience de Paris. Elle souligne que l'entreprise attend une décision pour le second semestre de cette année.

Alberto Villarreal émet son opinion, en énumérant trois des arguments défendus par son pays. «Dans l'accord bilatéral sur les investissements entre la Suisse et l'Uruguay, l'article 2 prévoit une exception en matière de protection des investissements pour les politiques de santé», affirme le porte-parole des Amis de la Terre.

D'autre part, «avant de s'adresser au CIRDI, il aurait fallu respecter un délai préalable de 18 mois – période permettant une tentative de règlement à l'amiable – ce qui n'a pas été fait par la fabrique de tabac». De plus, «PMI ne peut se prévaloir, en matière de résolution des litiges, d'autres traités bilatéraux signés par l'Uruguay, contenant des concessions plus importantes accordées aux entreprises», explique Villarreal.

Réviser les accords bilatéraux

Pour la société civile uruguayenne, «ce processus en cours est dramatique et immoral», souligne le coordinateur des Amis de la Terre. «Cela nous semble constituer une erreur fondamentale, dans les traités bilatéraux sur les investissements, que de donner tant de droits et de pouvoir aux entreprises, comme ceux de porter plainte contre les Etats auprès de tribunaux de droit privé, comme s'il s'agissait d'un litige entre deux commerçants».

Le réseau des Amis de la Terre propose de réviser le traité bilatéral Suisse-Uruguay, «vu qu'il dénie au gouvernement la qualité de négociateur et accorde même la suprématie aux entreprises et leur confère la qualité de gouvernement».

Villarreal rappelle aussi la volonté politique d'affronter la multinationale suisse manifestée par l'ex-président Tabaré Vázquez. «Lorsqu'il a quitté la présidence, le nouveau gouvernement du Frente Amplio (FA) a laissé entendre qu'une négociation serait possible. Tabaré a dénoncé cette vision: il a provoqué une grave crise interne au sein du FA et obligé à accepter le litige avec le fabriquant de tabac, parce qu'il était convaincu du bon droit uruguayen». En 2011, dans des déclarations faites au Bulletin suisse du cancer, Tabaré Vázquez affirmait que la lutte anti-tabac et l'affrontement avec PMI résultent «de l'exercice de la souveraineté nationale uruguayenne» et expriment l'obligation constitutionnelle, pour son gouvernement, de protéger la santé de la population.

Pour Villarreal, la candidature quasi certaine de Tabaré Vázquez à la primaire du Frente Amplio, en vue des prochaines élections présidentielles, joue un rôle déterminant. «Il est favorable à l'idée de persévérer dans ce litige emblématique. Car, en portant plainte contre l'Uruguay, la multinationale suisse entend démontrer qu'elle peut sanctionner tout Etat qui s'oppose à son pouvoir illimité. Ces menaces visent à faire un exemple. PMI veut créer un précédent politique et juridique opposable aux nations qui mènent de manière cohérente la lutte contre le tabagisme».

Néanmoins, pour Villarreal, «l'accord multilatéral sur la santé publique devrait l'emporter sur l'accord bilatéral concernant les investissements. À tout point de vue, s'il s'agit de faire prévaloir soit la santé, soit les investissements, la première est déterminante. Si l'on évalue l'importance d'un cadre de référence, l'aspect multilatéral est supérieur au bilatéral».

La situation internationale n'est en outre «pas tout-à-fait favorable à PMI», conclut le responsable des Amis de la Terre. Des nations latino-américaines comme la Bolivie, l'Equateur et le Venezuela se sont retirées du CIRDI. L'Afrique du Sud prévoit qu'elle ne signera plus d'accords bilatéraux. D'autres pays comme l'Australie rejettent également la domination des investisseurs sur les Etats.

(traduction de l'espagnol: Hans-Peter Renk)

Sergio Ferrari, Berne
sergioechanger@yahoo.fr

>>> La position de Philip Morris. Répondant au Bulletin suisse du cancer, Iro Antoniadou – chargée de communication chez Philip Morris – reconnaît que les arguments des deux parties ne sont pas disponibles publiquement. Par ailleurs, elle ne répond pas à la question de savoir si le cadre multilatéral (l'Organisation mondiale de la santé) ne serait pas plus propice que l'accord bilatéral au règlement du litige.

Pour évaluer la première session du tribunal, tenue en février 2013 à Paris, la chargée de communication se réfère aux déclarations faites par l'entreprise après l'audience.

Philip Morris International a émis, le 6 février 2013, un commentaire sur la conclusion de l'audience devant le Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements, de la Banque mondiale (CIRDI), à Paris. Anne Edwards, porte-parole de PMI, déclarait: «L'audience de cette semaine avait pour unique objet d'établir si le tribunal du CIRDI dispose ou non de la juridiction relativement aux plaintes de PMI. Nous sommes d'avis que c'est le cas et nous nous réjouissons de la décision du tribunal».

Selon PMI, «une décision est attendue pour la deuxième partie de cette année. Si le tribunal décide qu'il dispose de la juridiction, il analysera le bien-fondé du cas... Notre plainte concerne une interdiction de vendre davantage qu'une seule sorte de chaque marque de cigarettes. Cela nous a obligés à retirer du marché 7 sur 12 de nos produits, ainsi qu'à recouvrir 80% de l'emballage du paquet de cigarettes avec des mises en garde concernant la santé, ce qui, virtuellement, ne laisse plus d'espace à nos logos. Alors que nous sommes favorables à de sérieuses mises en garde en matière de santé, nous avons considéré que la proportion précédente de 50% était plus que suffisante pour communiquer clairement les effets bien connus de la fumée sur la santé... PMI ne cherche nullement à faire abolir une nouvelle réglementation sur le contrôle de la consommation de tabac en Uruguay et a soutenu l'essentiel de la législation relative au contrôle de l'usage du tabac dans ce pays.

Les deux mesures contestées vont au-delà des réglementations sur le tabac en place dans pratiquement tous les pays du monde et ne se sont pas montrées efficaces quant à la réduction de la fumée. Elles n'ont pas non plus aidé à combattre la prolifération des cigarettes disponibles sur le marché noir, ce qui concernait, en 2009 déjà, le quart des produits à base de tabac consommés en Uruguay». (SFi)

SAKK News

Annik Steiner, SAKK Coordinating Center, Bern

Board decisions

At its regular board meeting on January 22, 2013, the SAKK Board accepted to conduct the following trials:

CML-V, trial chair G. Baerlocher *Treatment optimization of newly diagnosed Ph/BCR-ABL positive patients with chronic myeloid leukemia (CML) in chronic phase with nilotinib vs. nilotinib plus interferon alpha induction and nilotinib or interferon alpha maintenance therapy.*

This trial is an investigator-driven study initiated by the German CML study group, performed in cooperation with SAKK (in short TIGER study). This chronic myelogenous leukemia (CML) treatment optimization trial is a multicenter, two-arm randomized trial of nilotinib compared to nilotinib with Peg-IFN α 2b in the treatment of newly diagnosed patients with Philadelphia chromosome positive (Ph+) or Ph negative/BCR-ABL+ CML in chronic phase using cytogenetic and molecular endpoints. Advances in CML therapy led to an expected survival prolongation of >20 years after diagnosis. So far, discontinuation of tyrosine kinase inhibitors led to recurrence of disease in the majority of patients. The trial aims to improve treatment strategies in CML by improving induction therapy and deescalating maintenance therapy using low dose interferon alpha as inducer of immuno-surveillance. The trial will provide important data on the duration of active therapy in CML patients.

IELSG-37, trial chair E. Zucca *A randomized, open-label, multicentre, two-arm phase III comparative study assessing the role of involved mediastinal radiotherapy after rituximab containing chemotherapy regimens to patients with newly diagnosed Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma (PMLBCL).*

This international trial initiated by IELSG aims at comparing standard chemotherapy in combination with rituximab followed by either involved-field radiotherapy or observation only and is designed for patients with primary mediastinal large B-Cell lymphoma (PMLBCL). As this is a rare disease, a high international effort is needed. There is a 1:1 randomization and 752 patients must be randomized.

SAKK 15/12, LD-SCLC, trial chair H.J. Vees *Early prophylactic cranial irradiation in small-cell lung cancer.*

The rate of brain metastases after prophylactic cranial irradiation (PCI) is still very high in patients with small-cell lung cancer (SCLC) and some patients even develop brain metastases during the period of chemotherapy. The question is, if an early PCI at the beginning of the chemotherapy can reduce the rate of brain metastases. Neurotoxicity seems not to increase after early PCI with concomitant

chemotherapy; however in the published studies of early PCI, neurotoxicity has not been evaluated correctly by using neurocognitive tests before and after treatment. The neurotoxicity has only been evaluated by clinical examinations after treatment without baseline examination.

The aim of this feasibility trial is to evaluate if early PCI with concomitant chemotherapy does not increase neurotoxicity.

SAKK Voting Members 2013

In 2012, a total of 912 patients were accrued (compared to 1036 patients in 2011). The centers become voting members of the project groups based on the following article in the project group regulations: *Voting members shall recruit at least three evaluable patients per year into SAKK trials and/or trials from cooperative groups SAKK collaborates with; provided that sufficient feasible trials are open. Voting members that recruit less than three patients per year for two consecutive years may lose their voting member status and may be downgraded to the nonvoting membership.*

The voting members for 2013 are as follows:

PG Breast Cancer, Voting members: 28

Andreasklinik Cham, Brustzentrum Zürich, CHCVS Sion, CHUV Lausanne, Engeriedspital Bern, Frauenklinik Zürich, Hirslandenklinik Aarau, Hirslanden im Park Zürich, Hôpital Fribourgeois, HUG Genève, Inselspital Bern, IOSI Ticino, Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Chur, Kantonsspital Frauenfeld, Kantonsspital Luzern, Kantonsspital Münsterlingen, Kantonsspital Olten, Kantonsspital St.Gallen, Kantonsspital Winterthur, Leuven Belgie, Spital Thun Simmental, Spitalzentrum Biel, SZO Brig, Universitätsspital Basel, Universitätsspital Zürich, ZeTup St.Gallen

New voting member 2013:

Radio-Onkologie Berner Oberland

Lost voting right 2013:

Triemli Zürich

PG Gastrointestinal Cancer, Voting members: 35

Aarau Hirslandenklinik, CHCVS Sion, CHUV Lausanne, Hirslandenklinik Zürich, Hôpital Fribourgeois, HUG Genève, Inselspital Bern, IOSI Ticino, Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Chur, Kantonsspital Luzern, Kantonsspital Olten, Kantonsspital St.Gallen, Kantonsspital Winterthur, Spital Thun Simmental, Spitalzentrum Biel, Triemli Zürich, Universitätsspital Basel, Universitätsspital Zürich

New voting members 2013:

Allgemeines Krankenhaus Wien, Kantonsspital Liestal, Krankenhaus der barmherzigen Schwestern Linz, Maastricht Clinic Maastricht, Universitätsklinik Innsbruck, Universitätsklinikum Salzburg

Lost voting right 2013:

Kantonsspital Baden, Hirslanden im Park Zürich

PG Leukemia, Voting members: 10

CHUV Lausanne, HUG Genève, Inselspital Bern, IOSI Ticino, Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Luzern, Kantonsspital St.Gallen, Universitätsspital Basel, Universitätsspital Zürich

New voting member 2013:

Hôpital Fribourgeois

Lost voting right 2013:

Kantonsspital Baden, Kantonsspital Chur

PG Lung Cancer, Voting members: 17

CHCVS Sion, CHUV Lausanne, Hôpital Fribourgeois, HUG Genève, Inselspital Bern, IOSI Ticino, Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Chur, Kantonsspital Luzern, Kantonsspital Olten, Kantonsspital St.Gallen, Kantonsspital Winterthur, Leuven Belgien, Spital Thun Simmental, Spitalzentrum Biel, Universitätsspital Basel, Universitätsspital Zürich

PG Lymphoma, Voting members: 21

Inselspital Bern, IOSI Ticino, Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden, Kantonsspital Chur, Kantonsspital Liestal, Kantonsspital Luzern, Kantonsspital St.Gallen, Kantonsspital Winterthur, Triemli Zürich, Universitätsspital Basel, Universitätsspital Zürich

New voting members 2013:

Copenhagen, Helsinki, Hirslandenkl. Zürich, IEO Milano, Karolinska Huddinge Stockholm, Oslo, Spital Thun Simmental, Umea, Uppsala

Lost voting right 2013:

HUG Genève

PG New Drugs, Voting members: 4

CHUV Lausanne, IOSI Ticino, Kantonsspital Chur, Kantonsspital St.Gallen

PG Urogenital Tumors, Voting members: 17

Universitätsspital Basel, Inselspital Bern, IOSI Ticino, Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Chur, Kantonsspital Luzern, Kantonsspital Münsterlingen, Kantonsspital St.Gallen, Kantonsspital Winterthur, Triemli Zürich, Universitätsspital Zürich

New voting members 2012:

CHCVS Sion, Hirslandenkl. Zürich, Universitätsklinik Dresden, Universitätsklinik München, Universitätsklinik Rostock, Universitätsklinik Würzburg, Universitätsklinikum Tübingen

Lost voting right 2013:

Hôpital Fribourgeois

Promotions

Roger Stupp will be new director of the Clinic for Oncology at the University Hospital of Zürich as of August 2013. Concomitant *Roger Stupp* was appointed tenured professor for oncology. *Roger Stupp* has been serving as co-president of the SAKK Working Group Central Nervous System Tumors until 2011 and is co-chairing combined modality treatment protocols of the SAKK lung cancer group.



Roger Stupp

Dieter Köberle became chief physician oncology and director of the medical clinic at the Claraspital Basel as of February 2013.



Dieter Köberle

SAKK Board member *Stephan Bodis* was appointed professor (ausserordentlicher Professor ad personam) and member of the medical faculty Zürich. Besides, *Stephan Bodis* was also appointed associate staff physician at the Radiooncology Department of the University Hospital Zürich in a 20% position.



Stephan Bodis

Seraina Schmid from the Breast Center St.Gallen became Associate Professor (Privatdozent) at the University Hospital of Basel.

Publications Q1 2013**Urogenital Cancers**

Parker CC, Sydes MR, Mason MD, Clarke NW, Aebbersold D, de Bono JS, Dearnaley DP, Ritchie AW, Russell JM, Thalmann G, Parmar MK, James ND. Royal Marsden Hospitals Foundation Trust, Sutton, UK **Prostate Radiotherapy for Men with Metastatic Disease: A New Comparison in the STAMPEDE Trial.** *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2013 Mar 8. pii: S0936-6555(13)00091-5. doi: 10.1016/j.clon.2013.01.005.

Breast Cancers

Oakman C, Francis PA, Crown J, Quinaux E, Buyse M, De Azambuja E, Margeli Vila M, Andersson M, Norden-skjöld B, Jakesz R, Thürlimann B, Gutiérrez J, Harvey V, Punzalan L, Dell'orto P, Larsimont D, Steinberg I, Gelber RD, Piccart-Gebhart M, Viale G, Di Leo A. **Overall survival benefit for sequential doxorubicin-docetaxel compared with concurrent doxorubicin and docetaxel in node-positive breast cancer-8-year results of the Breast International Group 02-98 phase III trial** *Ann Oncol.* 2013 Jan 4

Azim HA Jr, Kroman N, Paesmans M, Gelber S, Rotmensz N, Ameye L, De Mattos-Arruda L, Pistilli B, Pinto A, Jensen MB, Cordoba O, de Azambuja E, Goldhirsch A, Piccart MJ, Peccatori FA. **Prognostic impact of pregnancy after breast cancer according to estrogen receptor status: a multicenter retrospective study.** *J Clin Oncol.* 2012 Nov 19

SAKK Dates 2013

June 19	General Assembly
June 20	SAKK Semi-Annual Meeting
August 27	Training Course for CRCs & CTNs
September 3	Board Meeting
October 24&25	Board Meeting&Retreat
October 24&31	Investigators' Education
November 20	General Assembly
November 21&22	Semi-Annual Meeting

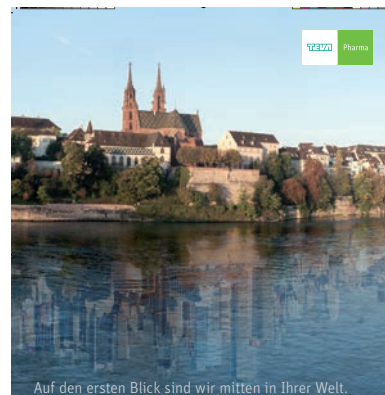
Correspondence:

Annik Steiner
Communications Manager, SAKK Coordinating Center, Effingerstrasse 40, CH-3008 Bern
annik.steiner@sakk.ch

Obituary Professor Georges Vlastos

Professor Georges Vlastos, Privat-docent at the University of Geneva Medical Faculty, died prematurely from a colon cancer at the age of 48 in February 2013. Trained as a gynecologist and obstetrician, he decided to specialize in breast cancer surgery. After time spent in Paris at the Bichat-Claude Bernard Medical Center and the Curie Institute, he completed a two-year breast surgical oncology fellowship at the M.D. Anderson Cancer Center in Houston, Texas. In 2004, he became Assistant Professor at the M.D Anderson Cancer Center, Department of Surgical Oncology, and in 2007, he was named Associate Professor at the University of Crete, Greece, his family country of origin. Member of numerous national and international medical societies devoted to breast cancer research and treatment, *Professor Vlastos* was elected co-President of the Breast Cancer Group of the Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK) between 2008 and 2010. Highly-skilled breast cancer surgeon specialist, Associate Professor and Head of the Breast Cancer Unit at the Geneva University Hospitals, he became an undeniable expert in his favorite domain. Besides his university titles and professional experience, he was a man of great vision and understood ahead of time the upcoming challenges in breast cancer management. Notably, he became the spokesman for patients' advocacy and provided a sustained support for women with breast cancer to assert their rights and needs in our often too cautious institutions. He also developed the multidisciplinary approach of breast cancer management at the Geneva University Hospitals.

Professor Vlastos had constantly in mind that every woman should have access to the state-of-the-art treatment. Long before the new trend of translational research, his scientific researches were mainly devoted to improve the daily quality of care of breast cancer patients. Among his numerous researches, he pointed out in particular that the sub-optimal treatment among elderly patients was at the origin of important and preventable specific breast cancer over-mortality. He also showed that the surgery of the primary tumor could strongly improve the outcomes of women with metastatic disease. *Professor Vlastos* was currently involved in important researches regarding new methods of breast cancer detection and new radiation techniques development in order to diminish long-term adverse effects among patients. To conclude, a subtle blending of Mediterranean and more Nordic personality, *Professor Vlastos* was a man with rigorous competence and determination combined with a profound charismatic elegance.



*Prof. Dr. med. Christine Bouchardy,
Registre genevois des tumeurs*

Aktivitäten und Herausforderungen der Projektgruppe Gastrointestinale Tumore der SAKK

Michael Montemurro
Präsident SAKK-Projektgruppe Gastrointestinale Tumore



Vereint beim ASCO Meeting 2012, einige Mitglieder der Projektgruppe Gastrointestinale Tumore (v.l.n.r. PD Dr. Koeberle, Dr. Helbling, Dr. Montemurro, PD Dr. Kienle, Dr. Inauen)

Die grösste Projektgruppe innerhalb der SAKK hat in den vergangenen Monaten die selbstgesteckten Ziele erreicht, die meisten Patienten in SAKK-Studien einzubringen und die Mitgliederzahlen um 25% zu steigern. Die Onkologen stellen die klare Mehrheit der Mitglieder, gefolgt von den Kollegen aus der Radioonkologie, Chirurgie, Gastroenterologie und Pathologie. Die Gruppe blickt auf erfolgreiche Monate zurück und konnte auf dem ASCO Meeting 2012 gruppeneigene Studien zum Rektumkarzinom und GIST präsentieren. Dieses Jahr werden dort mit Spannung die Daten der SAKK-Studie zum Einsatz von Bevacizumab in der Erhaltungstherapie des kolorektalen Karzinoms erwartet. Die SAKK-Studie zum Ösophaguskarzinom läuft mittlerweile in mehreren Ländern Europas und trägt wesentlich zur Sichtbarkeit der Gruppe bei. Multidisziplinäre (Rektumkarzinom) und Studien geriatrischer Patienten (Darmkrebs) sind die neuen, interessanten Projekte der Gruppe. In Vorbereitung befinden sich Projekte, die die Rolle von «exercise» und anderen Formen körperlicher Aktivität bei gastrointestinalen Tumorerkrankungen untersuchen werden.

Dies alles darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Projektgruppe vor grossen Herausforderungen in einem kompetitiven Umfeld steht, das um Ideen, neue Substanzen, Gelder, Kollaborationen, Publikationen und letztlich auch Patienten wirbt.

Das Fehlen einer zentralen Ethikkommission (ZEK) wiegt besonders schwer und hier ist keine Lösung in Sicht. Die Schweizer Zentren und Praxen sind, verglichen mit den Zentren europa- und weltweit, eher klein, was den administrativen Aufwand pro Studienpatient erheblich in die Höhe treibt. Optimal wäre es, wenn ein teilnehmender Arzt oder ein Zentrum nach einer einmaligen Qualifizierung an jeder durch die ZEK freigegebenen Studie direkt und ohne weitere Auflagen teilnehmen könnte. Diese Qualifizierungskriterien sind eng mit der aktuellen Diskussion der hochspezialisierten Medizin verzahnt. Fallzahlen, Infrastruktur, Ergebnisse, Personalkompetenz und Kontinuität in der Patientenbetreuung sind hier nur einige der Variablen einer unbeantworteten Frage. Wie auch immer die Frage der hochspezialisierten Medizin beantwortet wird,

die aktuelle Diskussion betrifft sicherlich die Projektgruppe Gastrointestinale Tumore und ihre Mitglieder, die in den unterschiedlichsten Strukturen arbeiten und alle das Ziel einer hochstehenden Patientenversorgung verfolgen.

Wichtige Fragestellungen sind nur noch mit grossen Patientenzahlen zu beantworten, und die molekulare Definition immer kleinerer Patientengruppen auch in der gastrointestinalen Onkologie führt zu einem explodierenden Screeningaufwand. Einige Studien sind nur noch in europaweiter Kollaboration möglich, was im direkten Konflikt mit der Sichtbarkeit unserer Gruppe und den akademischen Karrieren der Mitglieder steht, die von der Zahl der Publikationen, nicht von der Güte der Patientenbetreuung abhängt. Die finanziellen Mittel für die Studienpartnerschaft mit anderen Gruppen sind besonders schwer zu gewinnen, da geldgebende Institutionen bevorzugt gruppeneigene Projekte unterstützen. Interessante Forschungsaktivitäten können daher auch an fehlenden finanziellen Mitteln scheitern und diese Problematik wird sich in einem verschlechternden wirtschaftlichen Umfeld verschärfen.

Die Projektgruppe Gastrointestinale Tumore versucht durch internationale Kontakte und Kollaboration, sowie durch eigene und externe Expertise die obengenannten Rahmenbedingungen optimal auszunutzen. Kurze Entscheidungswege, Teamgeist und Zusammenarbeit werden die Zukunft und den Erfolg der Gruppe wesentlich bestimmen. Die SAKK ist die Plattform und Drehscheibe dieser multidisziplinären Zusammenarbeit.

Die Projektgruppe Gastrointestinale Tumore trifft sich am 20.06.2013 auf der SAKK-Halbjahresversammlung in Bern.

Korrespondenz:

Dr. med. Michael Montemurro, Onkologie
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich
michael.montemurro@usz.ch

Orteronel maintenance therapy in patients with metastatic castration resistant prostate cancer after disease stabilization with docetaxel: a randomized phase III trial (SAKK 08/11)

Richard Cathomas, Kantonsspital Graubünden
Silke Gillessen, Kantonsspital St.Gallen
Heike Kenner, SAKK

CYP17 inhibitors such as abiraterone and orteronel block androgen biosynthesis and are active and well tolerated in patients with metastatic castration resistant prostate cancer (mCRPC). Abiraterone has been shown to prolong overall survival (OS) in patients treated previously with docetaxel-based chemotherapy. However patients became refractory after a median of approximately 6 months.

In all performed post-docetaxel trials, further treatment started at the time of disease progression. However, in other malignancies, the concept of a switch maintenance therapy on completion of palliative chemotherapy is established, providing progression free survival (PFS) and/or OS benefit. Therefore, the aim of the SAKK 08/11 trial is to assess whether orteronel maintenance therapy after disease stabilization with docetaxel prolongs PFS.

The trial SAKK 08/11, chaired by Richard Cathomas (Kantonsspital Graubünden) and Silke Gillessen (Kantonsspital

St.Gallen), has opened in October 2012. In this randomized double-blind placebo-controlled phase III trial, 192 patients with mCRPC and non-progressive disease after docetaxel first-line chemotherapy will be enrolled. These patients will receive either 300 mg orteronel twice daily (bid) and best supportive care (BSC) or placebo bid and BSC commenced 3 to 6 weeks after last docetaxel administration. Standard of care in this situation would be BSC and clinical controls. Trial treatment should be continued until progression, intolerable toxicity or withdrawal of consent. The dose of 300 mg orteronel bid has been chosen because it was shown to block androgen synthesis efficiently with relatively little inhibition of cortisol synthesis. As a consequence, co-administration of glucocorticoids can be omitted in this trial, potentially resulting in a reduction of side effects.

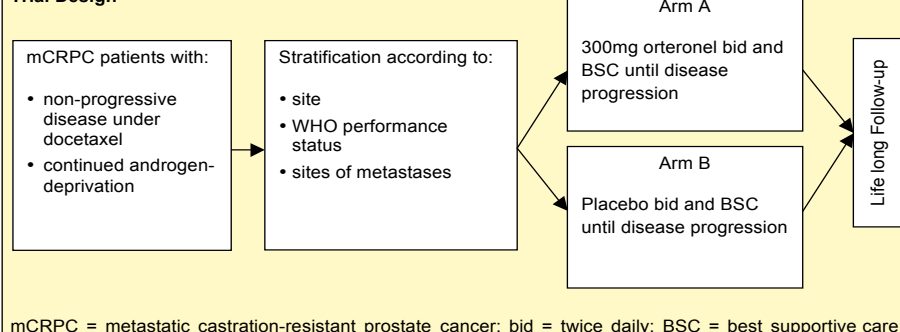
The primary objective is to assess PFS defined as the time from randomization to death or the combination of at least two of the following events: radiographic, clinical or PSA progression. Secondary endpoints include quality of life and OS outcomes.

It is planned to open the trial in about 30 centers in Switzerland, the United Kingdom and Germany. The following Swiss centers participate in the trial: Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, IOSI Bellinzona, Inselspital Bern, Spitalzentrum Biel, Kantonsspital Bruderholz Basel, Kantonsspital Fribourg, HUG Genf, Kantonsspital Graubünden, CHUV Lausanne, Kantonsspital Liestal, Kantonsspital Luzern, Spital Männedorf, Kantonsspital Münsterlingen, St. Claraspital Basel, Kantonsspital St.Gallen, Spital Thun, Kantonsspital Winterthur, Universitätsspital Zürich. As of April 29, 2013, 17 Swiss centers are open for accrual and have accrued 13 patients.

The SAKK would like to invite all private oncologists to refer patients to the already opened centers and regional hospital to join the trial.

SAKK 08/11: Orteronel maintenance therapy in patients with metastatic castration resistant prostate cancer and non-progressive disease after first-line docetaxel therapy: a multicenter randomized double-blind placebo-controlled phase III trial

Trial Design



For detailed information, please contact

Dr. Richard Cathomas
Kantonsspital Graubünden
richard.cathomas@ksgr.ch

Prof. Dr. Silke Gillessen
Kantonsspital St.Gallen
silke.gillessen@kssg.ch

Dr. Heike Kenner
SAKK Trial Coordinator
heike.kenner@sakk.ch



SAKK/AMGEN Research Grant 2013

SAKK and AMGEN are highly interested in innovative and practice relevant oncology research that improves patient's lives. With that aspiration, SAKK conducts important clinical studies and AMGEN develops innovative drugs to manage serious illnesses.

For the fifth time, SAKK and AMGEN award a grant for outstanding and novel translational cancer research.

The call for proposals for the SAKK/AMGEN Research Grant 2013 is open.

The deadline for submission is **July 31, 2013**.

- The grant is endowed with **CHF 50'000.-** and will be given to a researcher or a research team from a Swiss hospital or institution conducting translational cancer research (oncology/hematology).
- The grant should contribute to an independent research project, predominately be performed in Switzerland, and should cover a substantial scientific part of the project. The submitted research project should not be a small translational part of a large clinical trial.
- The criteria to determine the winning project are: novelty, clinical relevance and feasibility.
- The independent jury, chaired by Prof. Beat Thürlimann (President of the SAKK), will evaluate the proposals.
- The grant will be awarded at the SAKK semi-annual meeting in November 2013 and will be published in the Schweizer Krebsbulletin.

The proposal should comprise the completed application form, the completed project description form in English (max. 4 pages, anonymously), a CV of the applicant(s) and the list of publications.

The submissions should be sent electronically to: researchgrant.ch@amgen.com. The regulations for the grant, application and project description forms can be downloaded from www.amgen.ch, SAKK/AMGEN Research Grant.

For more information, please contact:

Dr. Sabine Mumprecht, Regional Medical Liaison, AMGEN Switzerland AG
E-Mail: researchgrant.ch@amgen.com, Tel. Direct line: 041 369 01 37



Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung
Groupe Suisse de Recherche Clinique sur le Cancer
Swiss Group for Clinical Cancer Research
Gruppo Svizzero di Ricerca Clinica sul Cancro

The Swiss Oncology Research Network

AMGEN[®]
Oncology

AMG-CHE-AMG-490-2012- October-NP

Trends in Bladder Cancer Survival in Switzerland

Christine Bouchardy, Matthias Lorez, Kerri Clough-Gorr and the NICER Working Group^s

Keywords: Bladder Cancer, Observed Survival, Relative Survival, Survival, Switzerland

Introduction

In Switzerland, bladder cancer is the fifth most frequently diagnosed cancer in men but is much less frequent in women (age standardized incidence rate for 2005-2009: 18.7 per 100,000 men and 4.5 per 100,000 in women) [1]. The gender difference in incidence has been partly explained by differences in smoking habits and professional exposures between the sexes [2]. Other countries have also shown that men and women have differences in bladder cancer survival, with men having better survival than women for reasons that are still unknown. International comparisons of bladder cancer statistics are difficult to interpret due to changes in classifications and differences in coding practices over time and between countries. Bladder cancer is a heterogeneous disease [3 - 8] and prognosis, like other cancers, depends on the grade and stage of the tumour. However, the classification of bladder cancers may be unclear in particular when the diagnosis is based solely on cystoscopy and cytology. Registration of bladder cancer diagnoses includes benign bladder lesions known as papillomas, non-muscle malignant tumours, non-muscle in situ carcinomas, and muscle malignant tumours. Incidence and survival trends can be challenging to compare if the inclusion or exclusion of the types of bladder cancer diagnoses differ. To date there is a lack of information about bladder cancer survival in Switzerland. The aim of this study is to analyse national trends in bladder cancer survival using available data from Swiss population-based cancer registries.

Table1: Contribution of Bladder cancer cases to the national pooled dataset by thirteen Swiss cantons.

Patients and methods

The present study is based on the National Core Dataset (NCD) managed by the Foundation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER) for the purpose of national cancer monitoring in Switzerland. Sixteen of twenty-six Swiss cantons currently transmit cancer data annually for the NCD. Cancer cases from thirteen cantons were pooled for this report: Basel City and Basel Land (BS/BL), Fribourg (FR), Geneva (GE), Grison and Glarus (GR/GL), Lucerne (LU), St. Gallen, Appenzell Outer-Rhodes and Appenzell Inner-Rhodes (SG/AR/AI), Ticino (TI), Valais (VS) and Zurich (ZH). Neuchâtel, Jura and Vaud could not be included because they do not provide survival information to the NCD.

Cancer registries recorded all incident cancer cases diagnosed in their resident population and assessed cases' survival by active or passive follow-up as of 31.12.2010. The incidence date refers to the date of confirmation of diagnosis or the date of hospitalization if it preceded the diagnosis and was related to their cancer. We included only malignant bladder cancer based on the International Classification of Disease for Oncology (ICD-O, 3rd edition; [9]): topography codes C67.0-C67.9, all morphology codes except lymphoma/leukaemia codes 9590-9989, malignancy code 3. We excluded all in situ and non-invasive papillary carcinomas. Cases diagnosed between 20 and 99 years of age (excluded only 9 cases) and between 1980 and 2010 were selected. For BS/BL the latest available year of diagnosis was 2008. Bladder cancer cases that were preceded by a primary cancer of a different topography were included [10]. In persons with >1 malignant bladder cancer diagnoses, the first occurring was selected. We excluded all cases diagnosed at death or with a death certificate as only source of information (N=332). Recent active follow-up was lacking for N=112 (7%) cases

Cantons	Diagnosis period	Number of cases			Person-years	% of pooled person-years
		Men	Women	Both		
GE	1980-2010	1357	437	1794	9014.1	22.6
SG/AR/AI	1980-2010	1229	446	1675	6961.0	17.4
BS/BL	1981-2008	1134	436	1570	6632.0	16.6
ZH	1997-2010	1426	485	1911	5932.3	14.9
VS	1989-2010	669	200	869	4298.5	10.8
TI	1996-2010	733	232	965	3477.6	8.7
GR/GL	1989-2010	573	171	744	3204.0	8.0
FR	2006-2010	114	30	144	312.1	0.8
LU	2010	37	12	49	68.1	0.2
Total		7272	2449	9721	39899.7	100.0

in BS/BL, N=60 (8%) in GR/GL, N=161 (19%) in VS and N=542 (24%) for ZH. The vital status of these cases was set lost to follow-up using the date of last contact. Of the pooled cases N=351 (3.5%) were excluded because only the date of diagnosis was given. A total of 9,721 cases were included in the survival analysis (93% of those eligible). Completeness of case ascertainment for bladder cancer could be assessed in GE, GR/GL, SG/AR/AI, TI and VS and was found to be higher than the international standard of at least 90% within two years after the date of diagnosis [11].

Observed (OS) and relative survival (RS) probabilities were derived for consecutive years after diagnosis during

which the hazards were assumed to remain constant. RS was calculated as the ratio of the observed probability of survival of cancer cases and the expected survival of persons in the general population matching in age, sex, calendar year of death and cantonal pool (i.e. estimation of mortality due to bladder cancer by accounting for competing risks of death) [12]. Expected cancer survival proportions were estimated using the Ederer II method applied to combined all-cause mortality tables for the cantons included supplied by the Swiss Federal Statistical Office. All-cause death probabilities, transformed from age-, sex- and calendar year-specific death rates, were interpolated

		Calendar period for analysis: 1991 - 2000											
Age in years	Years since diagnosis	Observed survival %			Relative survival ¹ %								
		Men	Women	Both	Men	95% CI		Women	95% CI		Both	95% CI	
						LL	UL		LL	UL		LL	UL
20 - 59	1	85.2	80.7	84.3	85.7	81.6	89.1	80.9	71.3	87.6	84.7	81.0	87.8
60 - 69		84.0	72.2	81.5	85.5	82.4	88.1	72.8	65.6	78.8	82.8	79.9	85.3
70 - 79		74.9	66.3	72.8	78.2	74.9	81.1	67.8	61.7	73.3	75.6	72.7	78.2
80+		54.9	44.6	51.0	62.6	57.5	67.5	49.4	43.1	55.5	57.5	53.5	61.3
20 - 59	5	61.5	61.2	61.4	63.6	58.0	68.6	62.3	51.4	71.5	63.3	58.4	67.8
60 - 69		57.1	47.2	55.0	63.1	58.8	67.2	49.5	41.7	56.9	60.1	56.4	63.8
70 - 79		43.2	37.4	41.8	55.4	51.0	59.8	43.1	36.4	49.8	52.3	48.6	56.0
80+		18.8	20.2	19.3	38.0	31.2	45.3	34.5	27.0	42.6	36.8	31.6	42.2
standardized ²	1	77.3	68.7	75.2	80.0	78.2	81.7	70.1	66.5	73.5	77.4	75.8	79.0
	5	48.5	44.2	47.6	57.2	54.7	59.7	49.0	44.7	53.1	55.3	53.1	57.4
		Calendar period for analysis: 2001 - 2010											
20 - 59	1	89.1	77.2	86.4	89.5	86.4	92.0	77.4	69.7	83.3	86.7	83.9	89.2
60 - 69		85.1	79.7	84.1	86.2	83.8	88.4	80.3	74.1	85.2	85.1	82.9	87.2
70 - 79		78.6	68.1	76.2	81.3	78.8	83.5	69.4	64.2	74.0	78.5	76.3	80.6
80+		59.9	46.3	55.2	67.0	63.3	70.5	50.7	45.7	55.6	61.3	58.3	64.2
20 - 59	5	63.1	55.8	61.4	64.9	59.8	69.5	56.6	47.3	64.9	63.0	58.6	67.1
60 - 69		55.2	54.2	55.0	59.5	55.5	63.3	56.4	48.1	63.9	58.9	55.3	62.3
70 - 79		42.0	38.5	41.2	51.4	47.6	55.2	43.4	37.2	49.6	49.6	46.3	52.8
80+		19.8	18.0	19.1	36.4	31.1	42.1	29.6	23.2	36.7	34.0	29.8	38.4
standardized ²	1	80.6	70.6	78.1	82.8	81.5	84.1	71.9	68.8	74.7	80.1	78.9	81.3
	5	48.3	44.7	47.4	55.2	53.0	57.4	48.7	44.7	52.5	53.6	51.7	55.5

¹ Survival analysis using the complete approach

² Age-standardized using ICSS weights

Note: 95% confidence interval, 95%CI; lower limit, LL; upper limit, UL

Table 2: Observed and relative survival estimates after malignant bladder cancer diagnosis with 95% confidence intervals by calendar period, age at diagnosis and sex. Data pooled from thirteen Swiss cantons.

and smoothed using the Elandt-Johnson formula [13]. RS ratios were estimated using the strsr command (version 1.3.7) [14] written for the Stata Statistical Software [15]. Complete survival analysis was used for the comparison of diagnosis periods 1991 to 2000 and 2001 to 2010. Period survival analysis was used for the analysis of time trends [16]. In brief, complete analysis describes the survival experience of cases defined by dates of diagnosis, whereas period analysis defines cases by follow-up dates. The latter is achieved by left truncation of person-times at risk at the beginning of the specified follow-up period in addition to right censoring at its end. RS estimates were age-standardized using weights specific for bladder cancer from the International Cancer Survival Standards (ICSS) [17]. Standard weights for age-groups were: 0.28 (20-59 years), 0.28 (60-69 years), 0.29 (70-79 years) and 0.15

(80-99 years). Ninety five percent confidence intervals (95% CI) were estimated using Greenwood's method [18] in complete analysis and in period analysis by applying the delta method to a transformation of the cumulative hazard. For age-standardized RS, 95% CI were estimated as described in [17].

To test for linear time trends of one- and five-year RS in age strata, piecewise Poisson regression models for the logarithm of excess number of deaths were fitted as linear functions of the logarithm of person-time (offset) and calendar period of follow-up as numeric covariate. The p-value for inclusion of calendar period as explanatory variable, based on the Wald test, indicated the significance of a linear trend. The significance of a linear trend independent of age was tested by additionally adjusting the Poisson model for age. Average annual percentage change (AAPC) = $100 ((RS_{lastyear} - RS_{firstyear}) / RS_{firstyear}) \Delta t^{-1}$.

		Calendar period of death or censoring						
		1986/1990	1991/1995	1996/2000	2001/2005	2006/2010		
Age in years	Years since diagnosis	Relative survival ¹ %	Relative survival ¹ %	Relative survival ¹ %	Relative survival ¹ %	Relative survival ¹ %	AAPC ²	Linear trend p-value ³
Men								
20-69	1	84.8	86.9	85.4	86.6	87.0	0.1	0.421
70+		63.0	74.4	71.6	75.3	74.7	0.7	0.002
20-69	5	56.0	62.8	62.7	62.3	61.5	0.4	0.052
70+		35.5	46.8	48.1	48.3	44.4	1.0	0.901
standardized ⁴	1	75.5	81.3	79.7	81.4	82.6	0.4	0.001
	5	47.4	55.4	56.3	56.3	54.9	0.6	0.194
Women								
20-69	1	77.9	74.7	75.2	81.9	78.2	0.0	0.433
70+		53.1	60.7	57.3	55.9	59.2	0.5	0.611
20-69	5	49.0	55.0	53.7	54.6	58.6	0.8	0.914
70+		31.2	34.2	38.0	34.3	37.4	0.8	0.658
standardized ⁴	1	67.1	71.2	70.0	71.5	72.4	0.3	0.414
	5	41.2	47.9	48.8	46.9	51.1	1.0	0.721

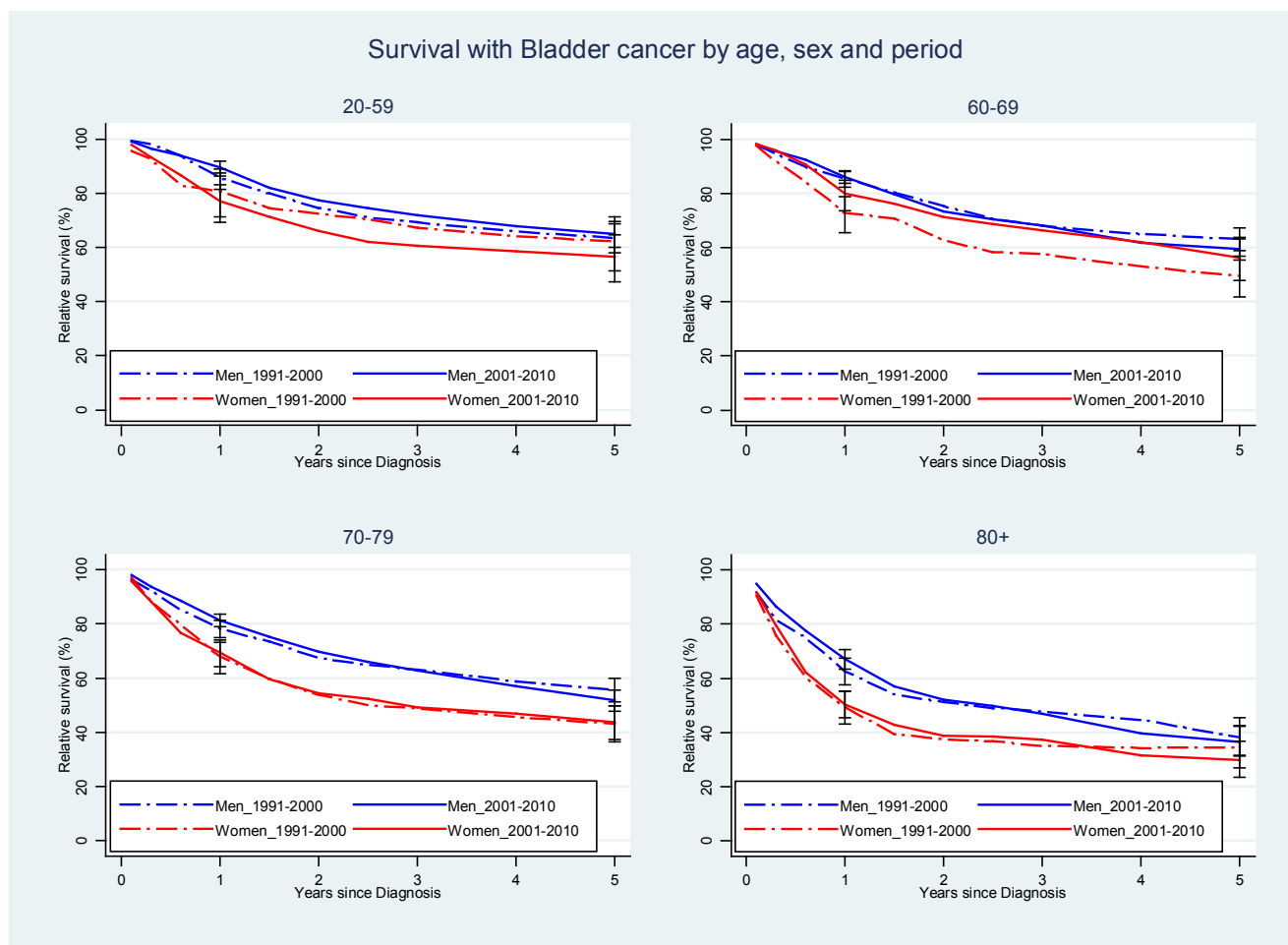
¹ Survival analysis using the period approach

² Average annual percentage change

³ p-Value of Wald test for calendar period in a Poisson regression model of excess mortality.

⁴ Age standardized using ICSS weights

Table 3: Trends in relative survival of bladder cancer cases pooled from thirteen Swiss cantons for successive five-year calendar periods of follow-up between 1986 and 2010.



Results

Table 1 shows the distribution of patients with malignant bladder cancer by canton, diagnosis period, sex as well as the distribution of person-years per canton in the pooled dataset. The pooled data represents about one-half of the total at-risk population in Switzerland (in 2010) and included approximately 10,000 bladder cancers representing almost 40,000 person-years. The median follow-up duration was 2.2 years for the whole cohort.

Table 2 lists one- and five-year age-specific OS and RS for two ten-year calendar periods by sex. The RS estimates by age group and period are also shown in Figure 1. In contrast to most cancer types, men had a consistent survival advantage over women. For the diagnosis period 2001-2010, the age-standardized RS for the first year after diagnosis was 82.8% in men versus 71.9% in women and for the fifth year after diagnosis it was 55.2% in men versus 48.7% in women. Both OS and RS at one and five years decreased with increasing age at diagnosis regardless of sex and the period considered. For men and women combined, the five year RS was 63% (95%CI 59%-67%) for

Figure 1: Age-, sex- and diagnosis date-specific one- and five-year relative survival curves with 95% confidence intervals for two calendar periods (1991-2000 and 2001-2010) of cancer diagnosis. Bladder cancer cases were pooled from thirteen Swiss cantons.

persons <60 years and decreased to 34% (95%CI 30%-38%) for those aged 80 years or older.

Table 3 shows trends in one- and five-year age-specific as well as age-standardized RS after a bladder cancer diagnosis in five successive five-year calendar periods of follow-up. In general, trends in RS were flat in both men and women. Survival improved slightly between the first two periods 1986-1990 and 1991-1995 but remained mostly unchanged over follow up for both sexes. For men, we observed a slight statistically significant improvement of one year RS during the study period (linear trend $p=0.001$) and for the subgroup of men aged 70 years or older. This improvement in survival appeared to be confined to the difference observed between the first two periods. All other time trends were not statistically significant.

Discussion

This study describes survival after a primary malignant bladder cancer diagnosis in Switzerland based on the Swiss national dataset. We found that men have better overall survival than women and older persons have worse survival than younger persons. Generally there has been little improvement in bladder cancer survival in Switzerland over the last decade. The estimate of RS after a primary malignant bladder cancer diagnosis in Switzerland is similar to that observed in other developed countries publishing data on malignant bladder cancer. For example, the United Kingdom, Ireland, Australia, United States, and France [19-23]. With regards to international comparisons of survival, the EUROCARE-4 study found that the mean five-year RS for all European countries was 72.8% for males and 69.3% for females for the period 1995-1999 [24]. For Switzerland, the five-year RS in both sexes was lower (55.3%) than the European mean. However, the EUROCARE-4 study included not only malignant bladder cancer but also non-infiltrating tumours whenever collected by cancer registries. For Switzerland, only malignant cancers were included which may explain the lower survival rates observed [24].

While men have a more than five-fold higher bladder cancer incidence rate than women, survival among men is also better than among females. This gender difference is also observed in numerous statistical reports in particular the EUROCARE-4 study and has been the subject of several investigations [24, 26, 27]. This gender difference is not explained by age differences at diagnosis because it exists across age groups in our study as well as in reports from other countries [24]. It has been hypothesized that physicians might be more aware and reactive to symptoms such as haematuria or urinary infections in male patients than in female patients. However, studies have shown that gender differences persist in analyses stratified by stage at diagnosis [27]. Some authors have suggested that differences in urinary tract anatomy between the sexes could modify blood and lymph node drainage leading to differences in the processes of metastasis occurrence [27].

The results of our study show lower RS among older persons diagnosed with a malignant bladder cancer. This has been observed internationally for numerous cancers including bladder [24]. The poorer prognosis of older persons may be explained by a later stage at diagnosis and lower provision of aggressive/curative treatment such as cystectomy, because of more co-morbidities and lower life expectancy in older persons [28]. Unfortunately, we were unable to examine survival by stage and treatment in this study. Consistent with numerous other studies, we observed a negligible increase in five-year bladder cancer RS according to period of diagnosis [19-23]. In contrast, the EUROCARE studies reported a slight increase in cancer

survival [24]. However, inclusion criteria for cancer types have changed over time. In general, the lack of progress in bladder cancer survival may be linked to a shortage of effective treatments (such as radiotherapy or chemotherapy) but also to changes in tumour classifications and coding practices which can hinder interpretation of time trend analysis [24, 29].

In conclusion, bladder cancer survival data are difficult to interpret because of differences in pathology inclusion/exclusion criteria and changes in classification and registration practices over time and between countries. Nevertheless, this study indicates that bladder cancer prognosis is still rather poor in Switzerland with important sex and age differences and minimal progress in survival. Additional studies including stage and treatment information are warranted.

References*

1. NICER - Foundation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration <http://www.nicer.org/> accessed Apr. 2013
2. Negri E, La Vecchia C: Epidemiology and prevention of bladder cancer. *Eur J Cancer Prev* 10 (1): p. 7-14, 2001
3. Lee R, Droller MJ: The natural history of bladder cancer. Implications for therapy. *Urol Clin North Am* 27 (1): p. 1-13, vii, 2000
4. Zhang Y, Zhu C, Curado MP, Zheng T, Boyle P: Changing patterns of bladder cancer in the USA: evidence of heterogeneous disease. *BJU Int* 109 (1): p. 52-56, 2012
5. Miyamoto H, Miller JS, Fajardo DA, Lee TK, Netto GJ, Epstein JI: Non-invasive papillary urothelial neoplasms: the 2004 WHO/ISUP classification system. *Pathol Int* 60 (1): p. 1-8, 2010
6. Hodges KB, Lopez-Beltran A, Davidson DD, Montironi R, Cheng L: Urothelial dysplasia and other flat lesions of the urinary bladder: clinicopathologic and molecular features. *Hum Pathol* 41 (2): p. 155-162, 2010
7. Pellucchi F, Freschi M, Ibrahim B, Rocchini L, Maccagnano C, Briganti A, Rigatti P, Montorsi F, Colombo R: Clinical reliability of the 2004 WHO histological classification system compared with the 1973 WHO system for Ta primary bladder tumours. *J Urol* 186 (6): p. 2194-2199, 2011
8. Mostofi FK, Sobin LH, Torloni H: World Health Organization (WHO) (eds): Histological typing of urinary bladder tumours. Springer, Washington, D.C., USA, 1999, p. 1-104
9. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, Whelan S (eds): ICD-O International classification of diseases for oncology. World Health Organization (WHO), Geneva, 2000
10. Lorez M, et al. and NICER Working Group: Completeness of case ascertainment in Swiss cancer registration. 2013. (in preparation)
11. Ederer F, Axtell LM, Cutler SJ: The relative survival rate: a statistical methodology. *Natl Cancer Inst Monogr* 6 p. 101-121, 1961
12. Ederer F, Heise H: Instructions to IBM 650 Programmers in Processing Survival Computations. Methodological note no 10, End Results Evaluation Section. 1959. Bethesda MD, National Cancer Institute.
13. Elandt-Johnson RC, Johnson NL: Survival Models and Data Analysis. New York: John Wiley&Sons. 1980
14. Dickman PW, Coviello E, Hills M: Estimating and modelling relative survival. *The Stata Journal* (in press)
15. StataCorp LP: Data Analysis and Stata Statistical Software. Release 12: 2011. College Station, TX (USA), StataCorp.

16. Brenner H, Gefeller O: An alternative approach to monitoring cancer patient survival. *Cancer* 78 (9): p. 2004-2010, 1996
17. Corazzari I, Quinn M, Capocaccia R: Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. *Eur J Cancer* 40 (15): p. 2307-2316, 2004
18. Cox DR, Oakes D: Analysis of survival data. New York (USA), Chapman and Hall/CRC. 1984
19. Cancer Research UK Cancer Research UK : Bladder cancer key facts <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/bladder-cancer/> accessed Apr. 2013
20. Gavin A, Donnelly DW: Survival of cancer patients in Northern Ireland: 1993–2004. Northern Ireland Cancer Registry, Queen's University, Belfast, 2007, p. 1-174
21. Cancer Australia Bladder cancer statistics in Australia <http://cancer australia.gov.au/affected-cancer/cancer-types/bladder-cancer> accessed Apr. 2013
22. Abdollah F, Gandaglia G, Thuret R, Schmitges J, Tian Z, Jeldres C, Passoni NM, Briganti A, Shariat SE, Perrotte P, Montorsi F, Karakiewicz PI, Sun M: Incidence, survival and mortality rates of stage-specific bladder cancer in United States: A trend analysis. *Cancer Epidemiol* 37 (3): p. 219-225, 2013
23. Grosclaude P, Estève J, Bossard N, Remonter L, Belor A, Faivre J, Bouvier A, Launoy G, Velten M, Maynadié M, Arveux P: Étude des registres du réseau FRANCIM (eds): Survie des patients atteints de cancer en France. Springer, 2007, p. 1-406
24. Sant M, Allemani C, Santaquilani M, Knijn A, Marchesi F, Capocaccia R: EUROCARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. *Eur J Cancer* 45 (6): p. 931-991, 2009
25. May M, Stief C, Brookman-May S, Otto W, Gilfrich C, Roigas J, Zacharias M, Wieland WF, Fritsche HM, Hofstadter F, Burger M: Gender-dependent cancer-specific survival following radical cystectomy. *World J Urol* 30 (5): p. 707-713, 2012
26. Otto W, May M, Fritsche HM, Dragun D, Aziz A, Gierth M, Trojan L, Herrmann E, Moritz R, Ellinger J, Tilki D, Buchner A, Hofner T, Brookman-May S, Nuhn P, Gilfrich C, Roigas J, Zacharias M, Denzinger S, Hohenfellner M: Analysis of sex differences in cancer-specific survival and perioperative mortality following radical cystectomy: results of a large German multicenter study of nearly 2500 patients with urothelial carcinoma of the bladder. *Gen Med* 9 (6): p. 481-489, 2012
27. Mungan NA, Aben KK, Schoenberg MP, Visser O, Coebergh JW, Witjes JA, Kiemeny LA: Gender differences in stage-adjusted bladder cancer survival. *Urology* 55 (6): p. 876-880, 2000
28. Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G, Laissue P, Neyroud-Caspar I, Schafer P, Kurtz J, Sappino AP, Vlastos G: Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. *J Clin Oncol* 21 (19): p. 3580-3587, 2003
29. Patriarca S, Gafa L, Ferretti S, Vitarelli S, Cesaraccio R, Crocetti E, Ferrante MC, Rollo P, Tagliabue G: Coding criteria of bladder cancer: effects on estimating survival. *Epidemiol Prev* 25 3 (Suppl): p. 42-47, 2001

*For additional information on cancer in Switzerland please see NICER website
<http://nicer.org/default.aspx?NavigationID=42>

§Members of the NICER Working Group for these analyses included:

Basel	G. Jundt
Fribourg	B. Camey
Geneva	C. Bouchardy
Grisons/Glarus	H. Frick (S. Ess)
Lucerne	J. Diebold
St. Gallen/Appenzell	S. Ess
Ticino	A. Bordoni
Valais	I. Konzelmann
Zurich	S. Dehler

Correspondence:

Matthias Lorez
 Foundation National Institute for Cancer
 Epidemiology and Registration (NICER)
 c/o University of Zürich
 Seilergraben 49, CH-8001 Zürich
ml@nicer.org



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro



KREBSFORSCHUNG SCHWEIZ
RECHERCHE SUISSE CONTRE LE CANCER
RICERCA SVIZZERA CONTRO IL CANCRO

Grant Application Portal



CC Grant Tracker

Eingabe von Forschungs- und Stipendiengesuchen

Wissenschaftlich gut begründete Anträge können
bis spätestens 1. August 2013 eingereicht werden.

Die Gesuche werden von der Wissenschaftlichen Kommission (Mitglieder siehe: www.swisscancer.ch/research) unter Beiziehung von externen Expertinnen und Experten begutachtet. Der abschliessende Entscheid, welche Gesuche unterstützt werden, liegt beim zuständigen Vorstand der Krebsliga Schweiz bzw. der Stiftung Krebsforschung Schweiz.

Damit ein Forschungsgesuch von der Wissenschaftlichen Kommission beurteilt werden kann, sind die formalen Gesuchsbedingungen einzuhalten:

- Offizielles Grant Application Portal benutzen: **<https://gap.swisscancer.ch>**.
- Berechtigt sind Gesuchstellende schweizerischer Nationalität oder in schweizerischen Krebsforschungsinstituten arbeitende ausländische Kolleginnen und Kollegen.
- Die maximale Projektdauer ist 3 Jahre.
- Der maximale Gesuchsbetrag beträgt CHF 250 000.–.
- Sprache für die Gesuchseingabe ist Englisch.
- Die Bedeutung der zu erwartenden Resultate für die Krebsbekämpfung muss dargelegt werden.
- Das Forschungsgesuch beinhaltet Forschungsplan, Lebenslauf, Publikationsliste und detaillierter Finanzbedarf.
- Ein ausgedrucktes und unterschriebenes Exemplar des online generierten Gesuchs in Papierform bis spätestens 3. August 2013 an untenstehende Adresse senden.

Postadresse und Auskünfte: Forschungsförderung, Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, Postfach 8219, 3001 Bern
Tel. +41 (0)31 389 91 16, Fax +41 (0)31 389 91 62, scientific-office@swisscancer.ch

Dépôt des demandes de subsides et de bourses

Les demandes dûment motivées scientifiquement peuvent être présentées
au plus tard jusqu'au 1er août 2013.

Les demandes sont expertisées par la Commission scientifique (membres voir: www.swisscancer.ch/research) qui s'adjoint des experts externes. La décision finale quant au choix des demandes bénéficiant d'un soutien relève de la compétence des comités respectifs de la Ligue suisse contre le cancer ou de la fondation Recherche suisse contre le cancer.

Pour qu'une demande puisse être examinée par la Commission scientifique, veuillez suivre la procédure suivante:

- Utiliser le site Grant Application Portal: **<https://gap.swisscancer.ch>**.
- Les subsides sont destinés à des requérant(e)s de nationalité suisse ou à des chercheurs étrangers travaillant dans des instituts suisse de recherche sur le cancer.
- La durée du projet n'excède pas 3 ans.
- Le montant de la demande ne dépasse pas CHF 250 000.–.
- La demande est adressée en anglais.
- La demande doit exposer l'importance des résultats attendus pour la lutte contre le cancer.
- La demande de recherche comprend un plan de recherche, un curriculum vitae, la liste des publications et le détail des besoins financiers.
- Imprimer un exemplaire de la demande générée en ligne, signer et envoyer par courrier postal au plus tard jusqu'au 3 août 2013 à l'adresse ci-dessous.

Adresse postale et renseignements: Promotion de la recherche, Ligue suisse contre le cancer, Effingerstrasse 40, case postale 8219, 3001 Berne, tél. +41 (0)31 389 91 16, fax +41 (0)31 389 91 62, scientific-office@swisscancer.ch

Fort- und Weiterbildungen der Krebsliga Schweiz Formation continue de la Ligue suisse contre le cancer

«INTERPROFESSIONELLE WEITERBILDUNG IN PSYCHOONKOLOGIE»

In folgenden Einzel-Workshops hat es freie Plätze:

- 20.06.2013 Universität Bern, Bern
Vormittag: Coping, Lebensqualität
Nachmittag: Körpererleben, Körperschema und Sexualität
- 19.09.2013 Haus der Krebsliga, Bern
Nachmittag: Psychosoziale Rehabilitation
- 24.10.2013 Universität Bern, Bern
Vormittag: Gastrointestinale Tumoren
Nachmittag: Hirntumoren
- 21.11.2013 Universität Bern, Bern
Ganzer Tag: Kinder krebskranker Eltern, Kommunikation
- 19.12.2013 Haus der Krebsliga, Bern
Nachmittag: Burn-Out

Information und Anmeldung: Claudia Neri, Krebsliga Schweiz, Kursadministration, Tel. 031 389 93 27
psychoonkologie@krebssliga.ch, www.krebssliga.ch/wb_psychoonkologie

«KOMMUNIKATIONSTRAINING»

Seminar für Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachleute von Krebskranken

Teilnehmende sind onkologisch erfahrene Fachkräfte, die ihre Kommunikationstechniken verbessern möchten.

- | | | |
|---------|----------------|---|
| Nr. 142 | 20.–22.06.2013 | Bildungshaus Kloster Fischingen, Fischingen, TG |
| Nr. 143 | 21.–23.11.2013 | Tagungsort Leuenberg, Hölstein, BL |

Das Seminar wird von der SGMO für den FMH-Titel Onkologie gemäss Weiterbildungsstatut akzeptiert. Diverse medizinische Fachgesellschaften vergeben Fortbildungspunkte / Credits.

Information und Anmeldung: Claudia Neri, Krebsliga Schweiz, Kursadministration, Tel. 031 389 93 27
kurse-cst@krebssliga.ch, www.krebssliga.ch/cst_d

«MIEUX COMMUNIQUER»

Séminaire pour médecins et personnel infirmier en oncologie

Ce cours est destiné à des personnes expérimentées travaillant en oncologie, et souhaitant perfectionner leurs connaissances en techniques de communication.

- | | | |
|--------|----------------|-------------------------------|
| No 227 | 07.–09.11.2013 | Hôtel Préalpina, Chexbres, VD |
|--------|----------------|-------------------------------|

Ce séminaire est reconnu par la SSOM pour le titre FMH en oncologie, en accord avec les statuts régissant la formation continue. Différentes sociétés médicales reconnaissent ce séminaire et lui octroient des crédits de formation continue.

Information et inscription: Claudia Neri, Ligue suisse contre le cancer, secrétariat des cours
tél. 031 389 93 27, cours-cst@liguecancer.ch, www.liguecancer.ch/cst_f

Onkologiepflege-Preis für die beste Masterarbeit 2011/2012

Zum ersten Mal vergab die Akademische Fachgesellschaft Onkologiepflege (AFG) einen Preis für die beste Masterarbeit im Bereich Onkologiepflege. Ein wissenschaftliches Komitee evaluierte insgesamt sieben eingereichte Arbeiten. Prämiert wurde die Arbeit von Karin Zimmermann vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel: «Malnutrition in Pediatric Oncology Patients at Diagnosis and throughout Therapy: A Multicenter Cohort Study». Wir gratulieren Karin Zimmermann und ihrem Forschungsteam für diese ausgezeichnete Leistung!

In der nächsten Ausgabe der «Onkologiepflege» werden wir die ausgezeichnete Masterarbeit in der Rubrik «Research Flash» vorstellen.



Preisübergabe an Karin Zimmermann (links) durch Manuela Eicher, Präsidentin AFG

■ CALL FOR PROJECTS 2013

RARE DISEASES – NEW APPROACHES

IMPETUS FOR SWISS RESEARCH INTO RARE DISEASES

With CHF 2 million p.a. the programme promotes applied research aimed at developing and implementing innovative approaches or technologies. Target: improving diagnosis and treatment of rare diseases. The call is open to researchers at Swiss universities, university hospitals, federal institutes of technology, universities of applied sciences and to research institutions affiliated with Swiss universities.

Application deadline: August 9, 2013

grstiftung.ch

PROGRAMME
RARE DISEASES – NEW APPROACHES
An initiative of Gebert RUF Stiftung

SUBMISSION OF APPLICATIONS

- The documents must be submitted by a member of the project management team.
- The application should include a letter of recommendation from the Institute/Department Head.
- An application form can be downloaded from the Gebert RUF Stiftung website: grstiftung.ch.
- The final date for submission is August 9, 2013.

PROJECT EVALUATION AND MONITORING

- The projects will be evaluated by the programme Advisory Board.
- The Foundation's decision will be communicated in early November 2013.
- Managers of the successful projects will be invited to negotiate contracts with Gebert RUF Stiftung, which will define the deliverables and reporting requirements.
- All copyrights, patent rights and rights of use remain with the project management.

ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Rudolf Marty, Chairman of the Board of Trustees of Gebert RUF Stiftung; Prof. Dr. Susan Gasser, Friedrich Miescher Institute, Member of the Board of Trustees; Prof. Dr. Josef Jiricny, University of Zurich; Prof. Dr. Denis Monard, Swiss Academy of Sciences; Prof. Dr. Marco Schapira, University of Geneva; Prof. Dr. Jürg Schifferli, University of Basel, Member of the Board of Trustees; Prof. Dr. Mehdi Tafti, University of Lausanne

PROGRAMME MANAGEMENT

Gebert RUF Stiftung, Dr. Pascale Vonmont, Deputy Director, Bäümleingasse 22, 4051 Basel, Tel. 061 270 88 24, pascale.vonmont@grstiftung.ch

GRSTIFTUNG.CH

Making science effective: Gebert RUF Stiftung aims to help applied scientific projects with major potential to achieve a market breakthrough. The funding strategy is based on the definition of time-limited areas of activity such as «Rare Diseases – New Approaches».

Förderpreis 2013



1. Preis

Impulsi... un'impresa individuale promuove

- la Consulenza ed il Counseling Sessuologico per pazienti oncologici ed i loro partner
- formazioni mirate nell'ambito della sessualità per infermieri nell'ambito oncologico

Ein Projekt von **Claudia Pesenti-Salzmann**,
Infermiera Specialista Clinica, MAS in Locarno.

Feierliche Preisübergabe an Claudia Pesenti-Salzmann
durch Frédéric Fournier, Vorstandsmitglied der
Onkologiepflege Schweiz.

2. Preis

Amélioration de la prise en soin infirmière des personnes sous traitements anticancéreux oraux

Ein Projekt des Universitätsspitals Genf (HUG),
durchgeführt von:
Sandy Decosterd, infirmière spécialiste clinique en
oncologie, Direction des soins
Dr Ludivine Mercier-Vogel, oncologue,
Service d'oncologie
Emmanuel Lavallière, infirmier spécialisé,
Service d'oncologie
Nathalie Blazek, infirmière,
Centre de recherche clinique DFDL, Service d'oncologie
Gaëlle Choupay-Dessard, pharmacienne,
Chef de projet, Service qualité des soins



Stellvertretend für das HUG-Team nimmt Sandy Decosterd
den Preis entgegen.



3. Preis

L'implementazione delle «cure infermieristiche basate sulla relazione» in un ambulatorio all'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana - Ente Ospedaliero Cantonale - Canton Ticino.

Ein Projekt des Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) in Bellinzona, entworfen von:
Monica Bianchi, responsabile Servizio Infermieristico
Massimiliano Zanon, capo Reparto Ambulatorio
Federica Foletti, infermiera Specialista Clinica di secondo livello in Cure Oncologiche
Dario Valcarengi, responsabile Ufficio Sviluppo e Ricerca Infermieristica

Das Team vom IOSI freut sich über den 3. Preis.

Schon zum vierten Mal hat die Onkologieflege Schweiz ihren jährlichen Förderpreis ausgeschrieben. Ziel ist es, innovative Projekte zu unterstützen, die signifikant zur Qualitätsverbesserung in der Onkologieflege beitragen.

Fünf Projekte aus allen Landesregionen wurden den sechs Personen der mehrsprachigen Jury unterbreitet. Dieses Jahr lag der Schwerpunkt besonders auf Themen mit einem direkten Beitrag für Betroffene, auf Gemeinschaftsarbeit und Innovation.

Drei Projekte wurden von der Jury ausgezeichnet. Die Autorinnen und Autoren erhalten je einen Preis von 3'000, 2'000 und 1'000 Franken.

Die Gewinnerinnen und Gewinner nahmen ihre Preise am OPS-Kongress am 21. März 2013 in Bern entgegen. Die Siegerprojekte werden in den nächsten Ausgaben der «Onkologieflege» vorgestellt.

Als Jurymitglied des Förderpreises 2013 bleibt mir nur noch, Sie zum Schreiben zu ermutigen und uns die Projekte zukommen zu lassen, an denen Sie dieses Jahr arbeiten. So werden an der Ausgabe 2014 des Förderpreises auch Sie resp. Ihr Projekt teilnehmen.

Frédéric Fournier, MA
Vorstandsmitglied von
Onkologieflege Schweiz

Prix d'encouragement 2013

Pour la quatrième année consécutive, Soins en Oncologie Suisse a mis au concours son Prix d'encouragement. Ce dernier vise à soutenir le développement de projets innovants qui contribuent de manière significative à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers proposés aux personnes concernées par une maladie cancéreuse, en tant que malade, proche ou groupe de population.

Ce sont 5 projets, en provenance de toutes les régions de Suisse, qui ont été soumis à l'appréciation d'un jury plurilingue composé de 6 personnes. Cette année, une importance toute particulière a été mise sur la contribution directe aux personnes concernées, sur le travail collectif et l'innovation.

3 projets ont spécialement retenu l'attention du jury et se sont vu attribuer des prix de respectivement CHF 3'000.00, CHF 2'000.00 et CHF 1'000.00.

Les personnes concernées se sont vues remettre ces prix lors du 15ème congrès Suisse des Soins en oncologie, le 21 mars 2013 à Berne. Ces projets victorieux seront présentés en détail dans les prochaines éditions de votre journal préféré.

En tant que membre du jury de ce Prix d'encouragement 2013, il ne me reste plus qu'à vous « encourager » à prendre votre plume pour nous faire part des projets que vous allez réaliser cette année, et les soumettre ainsi à l'édition 2014 de ce Prix d'encouragement! Bonne chance à vous!

Frédéric Fournier, MA
Membre du comité de Soins en Oncologie Suisse

1^{er} prix

Impulsi... un'impresa individuale promuove

- *la Consulenza ed il Counseling Sessuologico per pazienti oncologici ed i loro partner*
- *formazioni mirati nell'ambito della sessualità per Infermieri nell'ambito oncologico*

un projet de **Claudia Pesenti-Salzmänn**,
Infermiera Specialista Clinica, MAS à Locarno.

2^{ème} prix

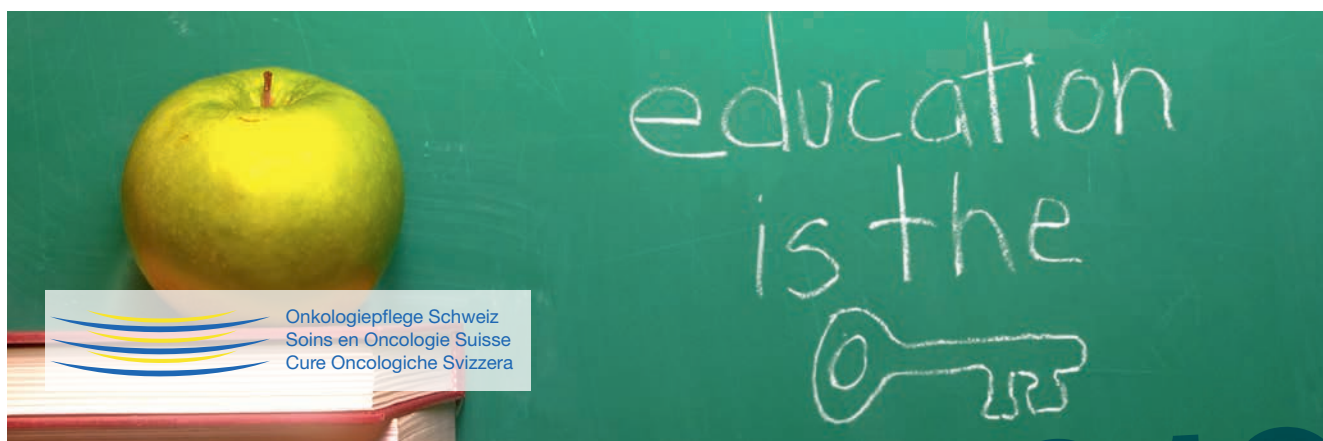
Amélioration de la prise en soin infirmière des personnes sous traitements anticancéreux oraux

Un projet genevois des HUG réalisé par
Sandy Decosterd, infirmière spécialiste clinique en oncologie, Direction des soins;
Dr Ludvine Mercier-Vogel, oncologue, Service d'oncologie;
Emmanuel Lavallière, infirmier spécialisé, Service d'oncologie;
Nathalie Blazek, infirmière, Centre de recherche clinique DFDL, Service d'oncologie;
Gaëlle Choupay-Dessard, pharmacienne, Chef de projet, Service qualité des soins;

3^{ème} prix

L'implementazione delle «cure infermieristiche basate sulla relazione» in un ambulatorio all'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana - Ente Ospedaliero Cantonale - Canton Ticino

Un projet tessinois de l'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) à Bellinzone développé par:
Monica Bianchi, responsabile Servizio Infermieristico;
Massimiliano Zanon, capo Reparto Ambulatorio;
Federica Foletti, infermiera Specialista Clinica di secondo livello in Cure Oncologiche;
Dario Valcarengi, responsabile Ufficio Sviluppo e Ricerca Infermieristica.



Fortbildungsprogramm Programme formation continue

2013

06	06.06.2013	Look good – feel better! Zuversicht bei verändertem Körperbild
	13.06.2013	Onkologie heute – ein Überblick / Fortbildung für Medizinische Praxisassistentinnen
	20.06.2013	Lungentumoren – neue Ansätze in der Therapie – Veränderungen in den letzten Jahren
08	29.08.2013	Gastrointestinale Tumoren - vom Screening bis zum Stoma
09	06.09.2013	4è journée romande de formation continue
	12.09.2013	Seltene Tumoren – sind sie wirklich so selten?
	19.09.2013	Chronische Leukämien, Myelodysplastisches Syndrom – aktuelle Behandlung und pflegerische Schwerpunkte
	26.09.2013	Schlechte Nachrichten – Aufgaben der Onkologiepflege
10	24.10.2013	Lymphome und multiples Myelom – wo sind die Unterschiede?
	31.10.2013	Palliative care und Supportive care
11	06.11.2013	Prostata Karzinom - häufigster Tumor bei Männern! Vom Screening bis zur Unterstützung bei Inkontinenz.
	21.11.2013	Ernährungsprobleme von Patienten mit einer Tumorerkrankung
	22.11.2013	Aufbaukurs für Fortgeschrittene in pädiatrischer Onkologiepflege
	28.11.2013	Gespräche über's Sterben – wie können sie gelingen?
12	05.12.2013	Primäre Hauttumoren – mehr als ein Melanom

©Onkologiepflege Schweiz

Programme und Anmeldung www.onkologiepflege.ch
Programmes et inscription www.soinsoncologiesuisse.ch

Onkologiepflege Schweiz / Soins en Oncologie Suisse
Hirstigstrasse 13 / CH-8451 Kleinandelfingen
info@onkologiepflege.ch / +41 (0)52 301 21 89

Der Vorstand der SGMO orientiert

Jürg Nadig, Präsident SGMO

Versorgungsstrukturen

In der Schweiz werden krebserkrankten Menschen in der Regel ambulant und dezentral durch Medizinische Onkologen und Radioonkologen in Zusammenarbeit mit den Onkologiepflegenden und den Hausärzten behandelt. Im Gegensatz zu stationären chirurgischen Eingriffen kann die ambulante Behandlung nicht durch Spitallisten oder hochspezialisierte Medizin reglementiert werden. Wegen politischer Entwicklungen (Grundversorgernetzwerke/Managed Care-Vorlage) und rechtlicher Auseinandersetzungen mit den Versicherern hat die SGMO ein Spezialistennetzwerk (SCN) gegründet. Diesem gehören bereits über hundert Medizinische Onkologen an.

Vernehmlassung Kriterienkatalog Zertifizierung

Eine gemischte Arbeitsgruppe aus Vorstandsmitgliedern der SGMO und des SCN erarbeitete einen Kriterienkatalog zur Zertifizierung der Mitglieder des SCN. Dieser wurde nun von der Fachgesellschaft ihren Mitgliedern und interessierten Organisationen zur Vernehmlassung zugesandt. Der Katalog definiert unter anderem die Anforderungen an ein Tumorboard und legt die Liste der anerkannten Guidelines fest. Mit dem Kriterienkatalog soll den Tumorkranken in der Schweiz unabhängig von Versicherungsklasse, Wohnort und Versorgungsstruktur trotz steigenden ökonomischen Drucks eine hohe Behandlungs- und Betreuungsqualität garantiert werden. Verschiedene Mitglieder der Fachgesellschaft, eine Patientenorganisation, die FMH und andere Organisationen haben sich zum Entwurf geäußert. Alle Spitalstrukturen mit Ausnahme der Universitätsspitäler haben geantwortet. 62 von 63 Antworten stimmten dem Entwurf zu. Die eingebrachten Ergänzungen und Kommentare werden im definitiven Kriterienkatalog berücksichtigt. Wir danken allen, die sich an der Vernehmlassung beteiligt haben.

Vernehmlassung Krebsregistergesetz

Im Rahmen der Strategie gegen Krebs erarbeiteten die SGMO, SRO und OPS ein Qualitätskonzept für Behandlung und Betreuung. Dieses sieht unter anderem Qualitätsregister der Fachgesellschaften vor, die auf den Daten der Krebsregister basieren. Erfreulicherweise haben die FMH und verschiedene politische Parteien diese Forderung in ihre Vernehmlassung übernommen. Dies verlangt einen minimalen Datensatz, der die Erfassung und Auswertung von Behandlungsdaten erlaubt.

Behandlungspfad Kolonkarzinom

Im Rahmen der schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin wurde das Konzept für ein Pilotprojekt eines «Sektorübergreifenden Behandlungspfades Kolorektalkarzinom» erarbeitet und den verschiedenen Fachgesellschaften und Berufsgruppen zugesandt. Es ist vorgesehen, im Herbst mit der Umsetzung zu beginnen.

DGHO ÖGHO SGMO SGH Kongress Basel 2015

Anfangs April 2013 trafen sich eine Delegation der DGHO und der SGMO/SGH zur Vorbereitung der nächsten gemeinsamen Kongresse. 2015 wird der gemeinsame Kongress wieder in Basel stattfinden. Die kompetente Mitarbeit der Schweizer KollegInnen im Rahmen von Onkopedia wurde vom Vorstand der DGHO lobend erwähnt.

Neue Kommissionen Vorstand SGMO

Die gesundheitspolitischen Herausforderungen (DRG, Tarvision, Spitalplanung, Vernetzung der Versorgungsstrukturen, Qualitätsanforderungen) werden in den nächsten Jahren noch zunehmen und die Arbeitsbelastung der Vorstandsmitglieder vergrößern. Der Vorstand der SGMO hat deshalb an seiner Retraite im März 2013 einhellig beschlossen, vier neue Kommissionen zu gründen:

- Kommission «Qualität»: Der Kommissionsleiter vertritt die SGMO in der neugegründeten SAQM und koordiniert die Projekte und Aktivitäten der SGMO im Bereich Qualität.
- Kommission «A-Kliniken»: Der Kommissionsleiter vertritt im SGMO Vorstand die Anliegen und Bedürfnisse der an A-Kliniken tätigen SGMO Mitglieder (A-Kliniken gemäss Weiterbildungsordnung).
- Kommission «B/C-Kliniken»: Der Kommissionsleiter vertritt im SGMO Vorstand die Anliegen und Bedürfnisse der an B/C-Kliniken tätigen SGMO Mitglieder (B/C-Kliniken gemäss Weiterbildungsordnung).
- Kommission «Praktiker und Privatspitäler»: Der Kommissionsleiter vertritt im SGMO Vorstand die Anliegen und Bedürfnisse der in niedergelassener Praxis und/oder an Privatspitälern tätigen SGMO Mitglieder. Bis Ende Mai konnten sich KandidatInnen melden.

Aus aktuellem Anlass informierte der Vorstand zudem die Mitglieder der SGMO auch über die sich abzeichnende Vakanz im Ressort Fortbildung: Alfred Zippelius, der die Leitung dieses Ressorts bisher innehatte, muss sich aufgrund anderweitiger Verpflichtungen aus dieser Funktion zurückziehen. Der Vorstand dankt Alfred Zippelius herzlich für seine vorbildliche Arbeit, die er während drei Jahren geleistet hat. Auch für diese Stelle haben wir interessierte Mitglieder eingeladen, sich zur Verfügung zu stellen.

Im Namen des Vorstandes
Dr. med. Jürg Nadig
juerg.nadig@hin.ch

Updates from the 16th annual meeting of the International Extranodal Lymphoma Study Group

Anastasios Stathis, IELSG, Bellinzona



The 16th IELSG annual meeting was held in Athens on February 22, 2013 and was mainly devoted to the discussion of the ongoing and the planned clinical trials. Here we summarize the principal issues addressed during this meeting.

1. Open prospective clinical studies

IELSG 37 - A randomized, open-label, multicenter, two-arm phase III comparative study assessing the role of involved mediastinal radiotherapy after Rituximab containing chemotherapy regimens to patients with newly diagnosed Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma (PMLBCL).

The IELSG 37 is a phase III multicenter study that will assess the role of involved field radiation therapy in patients with primary mediastinal large B-cell lymphoma that achieve a negative PET-scan following standard chemoimmunotherapy treatment. The study aims to enroll approximately 700 patients and is expected that roughly half of them will be randomized between radiation therapy or observation at the end of chemoimmunotherapy. The first 15 patients have already been enrolled in Italy, Ukraine and Sweden, but the study can be successful only if a very large international participation is obtained. It will be important to make any effort to speed up the regulatory procedures that may allow opening the study in

other countries. An amendment of the protocol (v. 1.1) has been sent to all sites. Some minor changes have been implemented in order to clarify the modalities for the quality control of radiotherapy and to better explain the relative procedures.

IELSG 32 - Randomized phase II trial on primary chemotherapy with high-dose methotrexate and high-dose cytarabine with or without thiotepa, and with or without rituximab, followed by brain irradiation vs. high-dose chemotherapy supported by autologous stem cells transplantation for immunocompetent patients with newly diagnosed primary CNS lymphoma.

The IELSG 32 is a randomized phase II study in patients with primary CNS lymphoma. This study has a quite complex design with two randomizations planned, however, the accrual has been very good so far: initial planned sample size has already been achieved (139 patients enrolled on March 29, 2013). Recruitment is now ongoing based on an amendment in order to achieve a higher power after the second randomization (200 patients planned).

IELSG 30 - A phase II study of R-CHOP with intensive CNS prophylaxis and scrotal irradiation in patients with primary testicular diffuse large B-cell lymphoma.

The IELSG 30 is a phase II study in patients with testicular diffuse large B-cell lymphoma that assesses treatment with R-CHOP chemotherapy plus intense CNS prophylaxis with intravenous Methotrexate and scrotal irradiation. Despite an initial slow accrual, 25 patients have now been enrolled in the study and the first efficacy results are awaited.

IELSG 39 - International prospective phase 2 trial addressing the efficacy of first-line Chlamydomphila psittaci-eradicating therapy with protracted administration of doxycycline followed by eradication monitoring and antibiotic re-treatment at infection re-occurrence in patients with newly diagnosed Ocular Adnexal Marginal Zone Lymphoma (OAMZL).

The IELSG 39 is a phase II trial that will assess the role of prolonged doxycycline treatment and re-treatment in case of Chlamydomphila psittaci re-infection in patients with ocular adnexal marginal zone lymphoma. Enrollment has begun in Italy and 2 patients have been now enrolled.

IELSG 38 - A phase II study of Chlorambucil in combination with subcutaneous Rituximab followed by a maintenance therapy with subcutaneous Rituximab in patients with extranodal marginal zone B-cell lymphoma of mucosa associated lymphoid tissue (MALT lymphoma).

Following the results of the largest phase III study in patients with extranodal marginal zone B-cell lymphoma

(IELSG 19 trial) showing that the addition of rituximab to chlorambucil results in significant improvements in complete remission rate and event free survival in comparison with chlorambucil alone, the IELSG 38 trial will assess the safety and efficacy of the same combination (chlorambucil plus rituximab) using a new formulation of Rituximab (given subcutaneously), followed by a two-year maintenance treatment with subcutaneous Rituximab. This will be the first study to assess a maintenance treatment with rituximab in this patient population. Based on the statistical design, approximately 100 patients will be enrolled in the study. The study is approved by Swissmedic and open to accrual at the IOSI. Submission to the competent authorities in France and Italy should undergo very soon.

IELSG 36 – BRISMA- Bendamustine and Rituximab for the treatment of Splenic Marginal Zone Lymphoma. A phase II prospective study.

The safety and efficacy of the combination of bendamustine and rituximab as a first line treatment in patients with splenic marginal zone lymphoma will be assessed with this phase II study. The study is open in France and 6 patients have now been enrolled while it should open for accrual in Italy soon as well.



2. New IELSG prospective trials

Two study proposals have been accepted by the IELSG Board of Directors and will be prepared in the next months.

- A prospective trial for the treatment of secondary CNS lymphomas based on an induction treatment with high dose methotrexate and high dose cytarabine followed by consolidation with the R-ICE regimen and autologous transplantation.



- A phase II trial with ubituximab (novel anti-CD20 antibody) in marginal zone lymphoma. The study can be sponsored by the IELSG and Columbia University will be one of the centers together with the IOSI in Bellinzona. Other European centers will be appointed. A meeting is scheduled during the next Lugano Conference (ICML) to set up the study details.

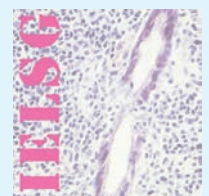


3. Next IELSG Meeting

Our next IELSG meeting will be held in Bellinzona, Switzerland, on March 21-22, 2014.

Correspondence:

Dr. Anastasios Stathis
IELSG Operation Office
IOSI, Ospedale San Giovanni
CH-6501 Bellinzona
ielsg@ticino.com



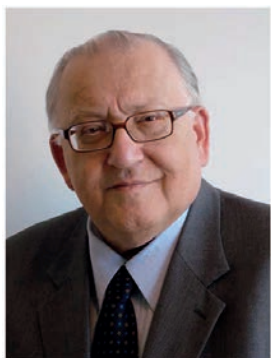
International Breast Cancer Study Group IBCSG

Rudolf Maibach, IBCSG Coordinating Center, Berne

Keywords: Adjuvant and neo-adjuvant breast cancer, metastatic breast cancer, endocrine treatment, chemotherapy, radiotherapy

ST. GALLEN BREAST CANCER AWARD 2013

IBCSG congratulates Professor Dr. Aron Goldhirsch, recipient of the St. Gallen Breast Cancer Award 2013!



Prof. Aron Goldhirsch is Director of the Department of Medicine at the European Institute of Oncology, Milan, Italy, as well as Medical Consultant at Ospedale Regionale di Lugano, Switzerland. From 1994 to 2004 he was Chairman of the Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK). Since 1978 he is Co-Chairman of the Scientific Committee of the International Breast Cancer Study Group (IBCSG: formerly Ludwig Group).

Since 1992 he is Professor by title for Medical Oncology at the University of Bern, Switzerland.

A strong commitment to international cooperation and to the conduct of clinical trials led to his chairing the Update Committee of the Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (conducts large scale meta-analyses of breast cancer treatments) and becoming Vice-Chair of the Breast International Group (consortium of cooperative groups around the world for conducting trials for breast cancer therapies). Dr. Goldhirsch's areas of research include new adjuvant treatments for breast cancer, definition of biological features that predict responsiveness or resistance to anti-cancer treatments, and quality-of-life-oriented approaches.

Professor Goldhirsch has received several international prizes: Robert Wenner Prize of the Swiss Cancer League, San Salvatore Prize, International «La Madonnina» Prize

for Research of the City of Milan, Prize Farmitalia of the German Oncology Group, and the Swiss Lavezzari Prize. The University of Gothenburg, Sweden, awarded him an Honorary Doctor in 1993. In December 2008 he was co-recipient together with Prof. Richard Gelber of the Susan G. Komen for the Cure Brinker Award for Scientific Distinction. In 2010 he was recipient of the Umberto Veronesi Award for the Future Fight Against Breast Cancer. In 2011 he received the ECCO Clinical Research Award, Team Award together with Prof. Richard Gelber.

Professor Goldhirsch is author of more than 650 peer-reviewed articles and chapters in reference books and editor or co-editor of 10 books, and serves on the editorial board of several oncology and breast cancer research journals. He was involved with the conception of the scientific program of most of the St. Gallen Breast Cancer Conferences and excellently co-chaired all of their closing Consensus Sessions since the first one in 1988.

ANNUAL MEETING IN ST. GALLEN

This year's Annual Meeting of the group was again held in St. Gallen, Switzerland. Right after the 13th St. Gallen International Breast Cancer Conference closed with an update of the widely acknowledged St. Gallen consensus on the optimal treatment of early breast cancer for the next two years, the IBCSG community convened for its 36th Annual Meeting. The meeting was held at OLMA Messen, with a memorable apéro and dinner at the wonderful Hotel Einstein for all IBCSG meeting participants on Saturday evening.

The **Scientific Session** part of the meeting not only served to look back on the achievements of the last twelve months, but also to give an outlook into the future with promising and interesting new projects. Karen Price, Director of Scientific Administration, gave a succinct account on the highlights of the past year and mentioned the 16 publications which amount to a total impact factor of 165. The updates by trial chairs on the various ongoing trials were interspersed by research intermezzi presenting results from advanced or recently finalized projects.

The **Data Manager Workshop** is an important part of each Annual Meeting and met again with a high interest from participants. An STP Summary was given, the importance of QL and QL forms submission was stressed, and Data Quality Control and SAE handling were presented. The interactive and informal nature of the meeting and networking opportunity it represents are always much appreciated.

CLINICAL TRIALS

IBCSG 24-02 (BIG 2-02) / SOFT and IBCSG 25-02 (BIG 3-02) / TEXT

These two trials which investigate endocrine treatments in pre-menopausal patients were closed to accrual in early 2011. IBCSG is working at full speed to bring the documentation up to date and will analyze the data in order to present the first analysis at the San Antonio Breast Cancer Symposium of Dec 2013. The first presentation will cover the «efficacy 1» results, comparing the effects of OFS + Tam versus OFS + Exemestane in a combined analysis of SOFT arms B and C and TEXT. The IBCSG Data Management Center contacts all participating sites regularly to ensure that the clinical documentation is as complete as needed.

IBCSG 38-09/ BIG 3-07/ TROG DCIS

This randomized phase III study of radiation doses and fractionation schedules for ductal carcinoma in situ (DCIS) of the breast is conducted by IBCSG in Switzerland and Italy on behalf of the Trans Tasman Radiation Oncology Group TROG. Women with completely excised non-low risk ductal carcinoma in situ (DCIS) treated by breast conserving surgery suitable for adjuvant whole breast radiation therapy (RT) are eligible for the study. The trial explores the value of adding a tumor bed boost to whole breast RT, and compares a shorter vs a standard dose fractionation schedule in a two by two design. Eight Swiss radio-oncology units have recruited a total of 37 patients until March 2013.

The trial recruits very well world-wide and has enrolled 914 patients overall, 30 from Switzerland. At the present enrolment rate, it will reach its ambitious recruitment goal of 1600 by fall 2014.

IBCSG 40-11 / MA.32

This phase III randomized trial of metformin versus placebo on recurrence and survival in early stage breast cancer has been developed by the Canadian NCIC Clinical Trials Group (CTG). With a planned sample size of 3582, the plan is to compare invasive disease free survival (IDFS) between subjects treated with metformin (850 mg po bid for 5 years) versus placebo in addition to standard adjuvant therapy.

The trial is being conducted mainly in North America. Once the US sites had been activated, the recruitment rose steeply. The IBCSG was able to join the trial only in 2012, after a lengthy process of negotiations.

In 2012, amendment 2 was issued to enrich the patient population to a higher risk with regard to the primary end-

point. This slowed down recruitment somewhat. In January 2013, the accrual goal of 3852 patients was nevertheless reached. NCIC CTG granted the IBCSG and UK sites a short extension of the recruitment period until March 31, 2013, at which date the trial was closed to recruitment. Ten SAKK institutions have enrolled a total of 50 patients.

IBCSG 41-13 TREND

TREND is short for TRial on the Endocrine activity of NeoAdjuvant Degarelix. This is a randomized phase II trial which will compare the endocrine activity and efficacy of neoadjuvant degarelix versus triptorelin in premenopausal patients receiving letrozole for primary endocrine responsive breast cancer. It is a proof-of-concept trial which will enroll 50 patients. Due to the small sample size IBCSG has decided to conduct the trial in Italy alone, which will reduce the regulatory burden for the IBCSG offices a lot. TREND is the first IBCSG trial in the neoadjuvant setting. First patient in is expected for Q3, 2013.

IBCSG 42-12 SNAP

The trial evaluates in a randomized phase II fashion three different schedules of nab-Paclitaxel in patients with histologically or cytologically confirmed HER2-negative metastatic (stage IV) breast cancer who have not received any prior chemotherapy. The acronym stands for Schedules of Nab-Paclitaxel. It is planned to recruit 240 patients within about 30 months.

SNAP evaluates three schedules of nab-Paclitaxel as prolonged chemotherapy administration strategy. All three arms start with a common induction treatment during the first 3 cycles, and then continue with different schedules of reduced dose intensity until progressive disease or lack of tolerability. Each of the three arms will be compared to a historical reference of seven-month median PFS based on the most recent trial with docetaxel as control arm to determine whether any of the three arms are worthy of further investigation.

The trial is being conducted in several European countries. Nine SAKK sites are currently in the activation process.

Latest IBCSG publications

Crivellari D, Gray KP, Dellapasqua S, Puglisi F, Ribi K, Price KN, Láng I, Gianni L, Spazzapan S, Pinotti G, Lüthi JM, Gelber RD, Regan MM, Colleoni M, Castiglione-Gertsch M, Maibach R, Rabaglio M, Coates AS, Goldhirsch A for the IBCSG. Adjuvant pegylated liposomal doxorubicin for older women with endocrine nonresponsive breast cancer who are NOT suitable for a «standard chemotherapy regimen»: the CASA randomized trial. e-published 28 February 2013, The Breast.

Goss PE, Ingle JN, Pritchard KI, Ellis MJ, Sledge GW, Budd GT, Rabaglio M, Ansari RH, Johnson DB, Tozer R, D'Souza DP, Chalchal H, Spadafora S, Stearns V, Perez EA, Liedke PER, Lang I, Elliott C, Gelmon KA, Chapman JAW, and Shepherd LE. Exemestane versus anastrozole in postmenopausal women with early breast cancer: NCIC CTG MA.27—A randomized controlled phase III trial. e-published 28 January 2013, J Clin Oncol.

Oakman C, Francis PA, Crown J, Quinaux E, Buyse M, De Azambuja E, Margeli Vila M, Andersson M, Norden-skjöld B, Jakesz R, Thürlimann B, Gutiérrez J, Harvey V, Punzalan L, Dell'orto P, Larsimont D, Steinberg I, Gelber RD, Piccart-Gebhart M, Viale G, Di Leo A. Overall survival benefit for sequential doxorubicin–docetaxel compared with concurrent doxorubicin and docetaxel in node-positive breast cancer—8-year results of the Breast International Group 02-98 phase III trial. e-published 4 January 2013, Ann Oncol.

Loi S, Sirtaine N, Piette F, Salgado R, Viale G, Van Eenoo F, Rouas G, Francis P, Crown JP, Hitre E, de Azambuja E, Quinaux E, Di Leo A, Michiels S, Piccart MJ, Sotiriou C. Prognostic and predictive value of tumor-infiltrating lymphocytes in a phase III randomized adjuvant breast cancer trial in node-positive breast cancer comparing the addition of docetaxel to doxorubicin with doxorubicin-based

chemotherapy: BIG 02-98. J Clin Oncol 31:860-867, 2013 (IBCSG 20-98)

Pestalozzi BC, Holmes E, de Azambuja E, Metzger-Filho O, Hogge L, Scullion M, Láng I, Wardley A, Lichinitser M, Sanchez RIL, Müller V, Dodwell D, Gelber RD, Piccart-Gebhart MJ, Cameron D. CNS relapses in patients with HER2-positive early breast cancer who have and have not received adjuvant trastuzumab: a retrospective substudy of the HERA trial (BIG 1-01). Lancet Oncol 14:244-248. (IBCSG 28-02)

Azim HA Jr, Kroman N, Paesmans M, Gelber S, Rotmensz N, Ameye L, De Mattos-Arruda L, Pistilli B, Pinto A, Jensen MB, Cordoba O, de Azambuja E, Goldhirsch A, Piccart MJ, Peccatori FA. Prognostic impact of pregnancy after breast cancer according to estrogen receptor status: A multicenter retrospective study. J Clin Oncol 31:73-79, 2013. (meta-analysis)

Correspondence:

Rudolf Maibach, PhD

IBCSG Coordinating Center

Effingerstrasse 40, 3008 Berne, Tel. +41 31 389 91 96

rudolf.maibach@ibcs.org, www.ibcs.org

SAMO – Swiss Academy of Multidisciplinary Oncology



The Swiss Academy of Multidisciplinary Oncology SAMO is dedicated to promote continued education in multidisciplinary oncology and to provide an interaction platform. With our workshops, we aim to bring together physicians from different specialties and from different parts of Switzerland. Reputable speakers present topics and stimulate questions, while participants are invited to present own cases for discussion. Our workshops are designed to provide an added value and to be of explicit interest and relevance for the daily practice and activities of the participants.

Our upcoming workshops:

4.-5. October 2013 - SAMO Interdisciplinary Workshop on Gynecologic Tumors

18. October 2013 - SAMO FoROMe Post-ESMO

8.-9. November 2013 - SAMO Interdisciplinary Workshop on Urogenital Tumors

For more information please visit:

www.samo-workshop.ch

The European Thoracic Oncology Platform (ETOP)

Solange Peters, ETOP Communication Chair and Scientific Coordinator

Keywords: Non small cell lung cancer, small cell lung cancer, translational research, chemotherapy, radiotherapy

The European Thoracic Oncology Platform is a foundation with the purpose of promoting information and research in the field of thoracic malignancies in Europe.

ETOP includes 48 leading European groups and institution, as well as an institution in the USA and China with a focus on clinical and translational research in thoracic oncology.

The mission of ETOP is to serve as a meeting platform for European study groups and institutions engaged in research on thoracic malignancies, with the aims to foster intergroup studies among its members, facilitate scientific exchange on laboratory and clinical issues among interested parties, as well as sponsoring and performing its own ETOP studies. ETOP will keep as a priority to offer access to accurate scientific information by providing up-to-date knowledge to all partners in the field of thoracic malignancies.

The ETOP website among other things gives up to date information on published research in thoracic oncology and provides downloadable slide decks within a few days after large conferences; the latest slide deck is from the ESMO 2012 Congress in Vienna; see www.etop-eu.org.

ETOP ACTIVITIES

The first ETOP Residential Workshop aimed at younger investigators was held in May 2012. The workshop was big success and highly appreciated by the participants and the faculty. ETOP has decided to hold a **second Residential Workshop on August 29-31st 2013**, once more in Lugano, Switzerland, this time in collaboration with ESMO. Again we invite younger investigators in the field of thoracic oncology. This will be an interactive workshop with an emphasis on translational research and systemic therapy. The deadline for registration has been extended to March 28, 2013.

ETOP PROJECTS AND TRIALS

Lungscape

The Lungscape project aims to address the challenges of studying the molecular epidemiology of lung cancer by coordinating and harmonizing the procedures of a group of lung cancer specialists working in translational research across Europe. As step one of Lungscape, a decentralized biobank of samples of 2400 fully resected non-small cell lung cancers fulfilling the requirement of high quality tissue availability and an accompanying comprehensive demographic and clinical documentation with at least three years of follow-up has been successfully built up. Clinical data is stored at a central electronic database (called «iBio-bank»), while tissue is kept and examined at participating sites.

Genetic alterations will be progressively assessed and recorded. The first project on ALK rearrangement in resected lung adenocarcinoma has now been completed. The principle of the Lungscape project and first clinical data as well as the provisional results of the ALK project were accepted as oral presentations at the ESMO congress in Vienna. The results of the external quality assurance process for ALK immunohistochemistry were shown as a poster.

The final analysis of the Lungscape study with patient demographics and outcome results will be presented in a poster discussion at ASCO 2013.

Funding for the next projects, including MET, PI3KCA, PTEN and multiplex mutation testing, has been secured and it is expected that these projects will come to completion within one year.

ETOP 2-11 BELIEF

BELIEF, the first therapeutic trial sponsored by ETOP is chaired by Rafael Rosell and Rolf Stahel and is being coordinated by the Spanish Lung Cancer Group (SLCG). Oliver Gautschi is co-chair of this trial. BELIEF aims at determining the long-term outcome of patients with advanced NSCLC and activating EGFR mutations (deletion 19 and L858R) treated with erlotinib and bevacizumab. Notably, one of the objectives of the trial is to assess the clinical relevance of the EGFR T790M mutation in a prospective way. The Spanish Lung Cancer Group is the coordinating group for this trial which will recruit 102 patients.

The activation process of 48 participating centers from 10 countries is ongoing as planned. In June 2012, the trial was opened in the SAKK network and first patients were enrolled. By now the SLCG and other sites have activated the trial. Up to April 30, SAKK sites have enrolled 15

patients, and 10 were recruited by SLCG institutions and 1 by a site in Greece. It is anticipated that the trial will reach the accrual goal toward the end of 2013.

ETOP 3-12 EMPHASIS-lung

The predictive value of a proteomic signature, called VeriStrat, regarding erlotinib efficacy is being assessed in this trial in pretreated advanced squamous cell lung carcinoma. Solange Peters and Egbert Smit are co-chairs of this trial. VeriStrat was developed and validated in a multi-institutional study of advanced NSCLC patients treated with gefitinib. VeriStrat assigns each sample a «good» (VSG) or «poor» (VSP) label and appears to be both predictive and prognostic for outcome in patients with NSCLC. The initial evaluation of VeriStrat found that patients with relapsed squamous cell lung carcinoma and designated to the VSG population had an unexpectedly favourable outcome following treatment with gefitinib. The test does not seem to discriminate between patients who receive cytotoxic chemotherapy, including standard treatment with standard doses of docetaxel, as both VeriStrat groups presented similar survival outcomes for chemotherapy.

More than 60 centers from 7 European countries have expressed their interest in participation. The trial is now being progressively activated across Europe. A first center opened in September 2012 in Belgium and has enrolled the first patient in January. As first SAKK site, the CHUV has been activated in January. The trial is expected to accrue a total of 500 patients within 18 months. By the end of April, 5 institutions from Belgium, Spain and Switzerland have accrued 7 patients.

SPLENDOUR lung

In a pivotal phase III trial in patients with NSCLC and bone metastasis, the effect of denosumab on time to first on-study skeletal-related event relative to zoledronic acid by tumour stratification factors resulted in a hazard ratio (HR) of 0.84 for NSCLC (95% CI, 0.64 to 1.10; P=0.20).

Interestingly, an ad hoc analysis examining overall survival was performed for specific distinct strata, demonstrating a significantly improved overall survival in NSCLC patients treated with denosumab as compared to zoledronic acid with a HR of 0.79 (9.5 vs. 8.1 mos., 95% CI, 0.65 to 0.95).

SPLENDOUR is an ETOP-sponsored open-labeled multicentre randomized phase III prospective trial to evaluate the potential of denosumab – as an antitumor agent – to increase survival of advanced NSCLC with or without

bone metastasis, when combined with platinum-based first line standard chemotherapy. The trial will be conducted in the context of a strong and unique European collaboration between ETOP and the EORTC, which will act as the coordinating group. 1000 patients will be enrolled within about 3 years.

Final preparation of the protocol is ongoing in a team of ETOP and EORTC representatives including C. Gridelli, S. Peters and S. Danson. The survey conducted at the end of last year has raised a lot of interest and about 150 sites and several cooperative groups, especially CECOG, GFPC and SLCG, have applied for participation.

STIMULI

Thirty percent of patients with small cell carcinoma (SCLC) will have limited stage disease, with a median survival of 16 to 24 months with current forms of treatment and only 15-25% long term survivors.

The primary objectives of the randomized multicenter open-label STIMULI trial is to evaluate if limited-disease SCLC patients treated with standard chemo-radiotherapy and prophylactic cranial irradiation followed by ipilimumab consolidation have a better overall survival compared to patients treated with chemo-radiotherapy and prophylactic cranial irradiation alone. The primary endpoint will be overall survival, the hypothesis of interest being an absolute increase of 12.3% in OS rate at 2 years with ipilimumab consolidation treatment.

A large immune-based and immunomonitoring translational research within ETOP specialized centers and in collaboration with the Ludwig Institute in Lausanne is foreseen.

Protocol development of STIMULI is ongoing at the ETOP Coordinating Office and in collaboration with Dirk De Ruyscher, Solange Peters, Martin Reck and Sanjay Popat. The trial has sparked a very high interest in the survey conducted in all ETOP centers in more than 15 countries.

Correspondence:

Solange Peters, MD PhD
ETOP Communication Chair and Scientific Coordinator
Tel. +41 (0)79 556 01 92
solange.peters@chuv.ch

Epidermal Growth Factor Receptor Mutation in a Patient with Squamous Cell Carcinoma of the Lung: Who should be tested?

Michael Schwitter¹, Regulo Rodriguez², Thomas Kluckert³, Tino Schneider⁴, Martin Brutsche⁴, Martin Früh¹

¹ Medical Oncology and Hematology, Kantonsspital St. Gallen

² Institute of Pathology, Kantonsspital St. Gallen

³ Institute of Radiology, Kantonsspital St. Gallen

⁴ Institute of Pneumology, Kantonsspital St. Gallen

Keywords: Non-small cell lung cancer, squamous cell carcinoma, EGFR mutation, immunohistochemistry, histology

Case report

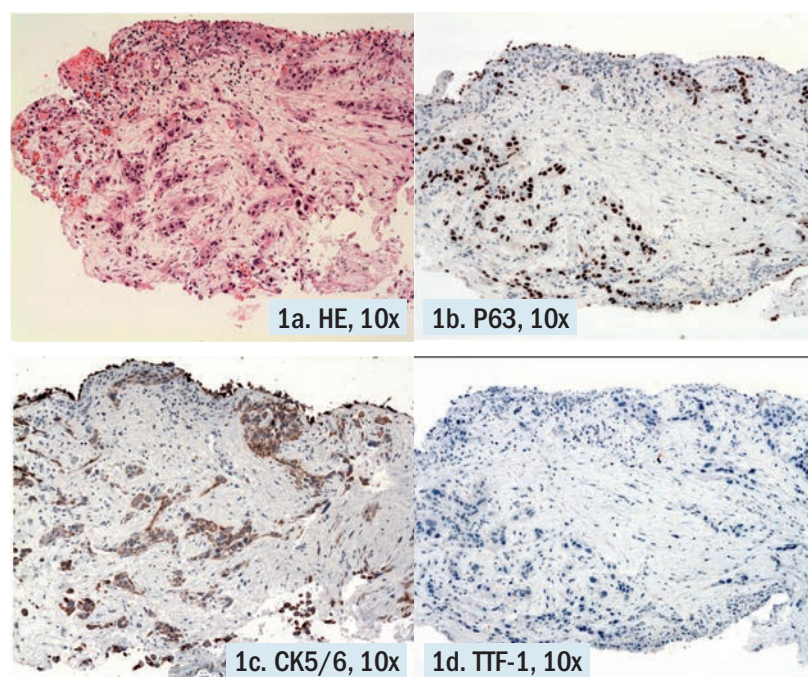
An otherwise healthy 64-year old Caucasian man presented with worsening right inguinal pain since three months. He had a 30 pack years (PY) smoking history until 25 years ago. A computed tomography (CT) scan showed a 7x7.5 cm mass infiltrating the right psoas muscle, a right-sided hilar lung lesion, enlarged ipsilateral mediastinal lymph nodes and a 4.5x3 cm adrenal mass. A bronchoscopic biopsy confirmed a poorly differentiated carcinoma, positive for p63, CK5 and 6 and negative for TTF-1 (thyroid transcription factor 1) on immunohistochemical staining (Fig. 1a-1d). The pathology report stated poorly differentiated squamous cell carcinoma (SCC) of the lung and systemic therapy was initiated. Unfortunately, the patient progressed after two cycles of first line chemotherapy with carboplatin and paclitaxel and subsequently received palliative radiotherapy with 50 Gy to the psoas metastasis and the primary tumour. At this point an epidermal growth factor receptor (EGFR) mutation analysis from the initial tumour material revealed an activating point mutation in exon 21 (p.L858R). The EGFR tyrosine kinase inhibitor (TKI) erlotinib was started resulting in a partial remission after eight weeks of therapy, and the patient became asymptomatic and unrestricted in his physical activity (Figure 2). Twenty-two months later, he developed multifocal progression with lung and liver metastases. A bronchoscopic rebiopsy showed small nests of undifferentiated tumour cells with weak immunoreactivity of some tumour cells for p63, CK5/6 and now positivity of some tumour cells for TTF1 as well, suggesting a mixed squa-

mous/glandular immunophenotype (Fig. 3a-3d). Third line chemotherapy remained unsuccessful and the patient died 33 months after initial diagnosis.

Discussion

Median survival rates in chemotherapy-refractory, unselected patients are less than six months with either erlotinib or chemotherapy¹. Second line EGFR-TKIs are offered to fewer than 25% of these patients¹. If we hadn't performed EGFR mutation testing, our patient would have likely missed the opportunity of having a symptom-free period of almost two years with EGFR-TKI therapy. Several factors are known to be associated with the presence of an activating EGFR mutation: Female gender, non-smoking history, Asian ethnicity and adenocarcinoma. The incidence of EGFR mutations in SCC is rare, particularly in Caucasian patients (<5%)². A study on 95 resected pure SCC patients suggested that EGFR mutations are usually absent³. According to the recent ESMO guidelines, molecular testing is recommended in never or former light smokers (<15py) with SCC of the lung⁴. Since none of these clinico-pathological criteria applied to our patient, we did not determine the EGFR-mutation status at initial diagnosis.

Figure 1a-1d: Bronchus biopsies show circumscribed infiltrates of a poorly differentiated non-small cell lung cancer with a squamous immunophenotype. The tumour cells were positive for P63, CK 5/6 and negative for TTF-1. Dyskeratosis or clear intercellular bridges were not seen.



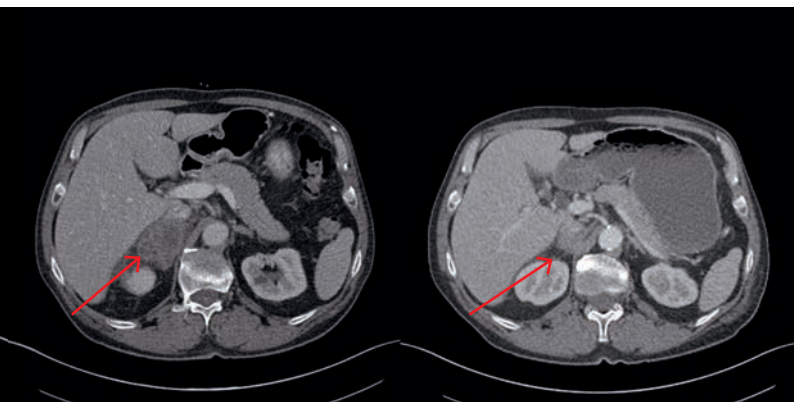
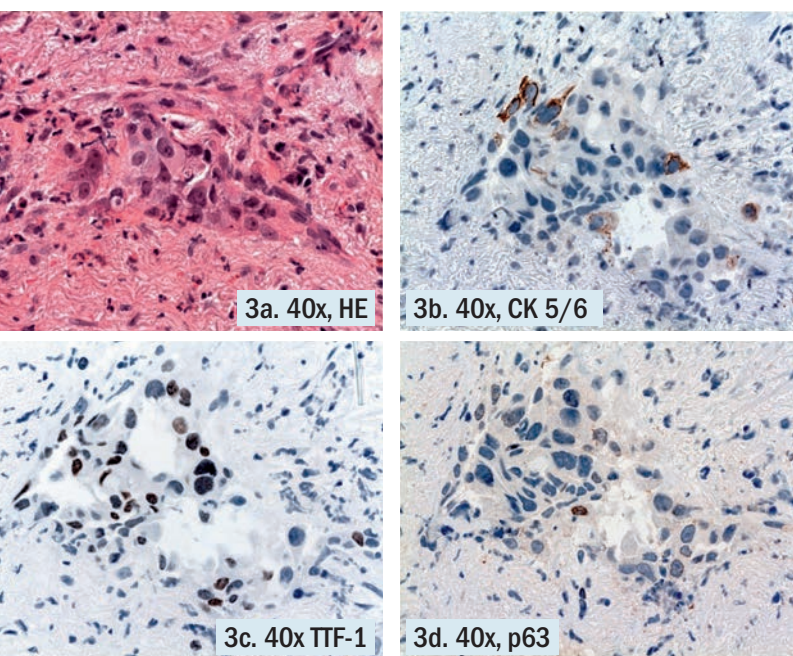


Figure 2: CT scans before and after 2 months of treatment with erlotinib

The pathological diagnosis of lung tumours is based on the 2004 WHO criteria⁵. Of note, this classification was established on resected tumour material, which is available in only 30% of the NSCLC patients. Our case illustrates several pitfalls in determining the histological subtype: The morphological diagnosis of SCC was not possible, due to the lack of keratinisation and intercellular bridges. In these cases, immunohistologic staining to

Figure 3a-3d: In re-biopsies sparse, small nests of tumour cells of morphologically NSCLC-NOS with focally loss of cell cohesiveness were seen. Only some tumour cells showed a weak immunoreactivity for p63, CK5/6 and a new positivity of TTF-1, corresponding to a mixed squamous and glandular immunophenotype.



assist in the identification of the histological subtype is recommended⁶. The most important antibodies include TTF-1, CK5/6 and P63. Although a high correlation with SCC and positive immunoreactivity for CK5/6 and P63 has been reported, the correct wording of the initial pathology report should have been NSCLC, not otherwise specified (NOS) favouring squamous cell carcinoma according to immunohistologic markers^{6,7}. This classification has recently been proposed for small biopsies/cytology samples to clarify whether diagnosis was based on morphology or special stains⁶. However, only patients with adenocarcinoma (i.e. morphological diagnosis), NSCLC NOS favouring adenocarcinoma (i.e. special stains) and patients with NSCLC NOS are generally considered for EGFR mutation testing in clinical practise. In patients with clear morphological diagnosis of SCC or NSCLC NOS favouring SCC routine testing is currently not recommended.⁶ It is very important to keep in mind that all current clinical trials justifying the importance of the distinction between histologic types were based on light microscopy alone, and our knowledge on the incidence of activating EGFR mutations in patients with true NSCLC NOS and NSCLC NOS favouring adenocarcinoma or SCC according to immunohistologic marker profile is limited⁸⁻¹¹. Our case raises the question, whether EGFR mutation testing should be advocated in *all* patients with bioptic diagnosis of NSCLC who morphologically lack glandular or squamous differentiation, independent of the results of special stains, particularly in patients with clinical characteristics commonly associated with an EGFR mutation such as a remote smoking history in this patient.

Rebiopsy after progression on EGFR-TKI immunohistochemically suggested the presence of a mixed adenosquamous subtype, a condition described in approximately 5% of NSCLC on resected tumour tissue⁶. Although bronchoscopic biopsies have the advantage of being minimally invasive compared to surgical biopsies, physicians must be aware, that they carry the risk of containing a variable amount of tumour tissue which may not be representative for the tumour burden as a whole, and a mixed adenosquamous subtype may be overlooked (sampling error).

Our case illustrates the importance of a multidisciplinary approach and close interaction involving the pathologist, pneumologist and the oncologist in treating patients with stage IV NSCLC. In our opinion, a remote smoking history in a patient with NSCLC NOS favouring SCC should also lead to EGFR mutation testing to allow highly effective therapy to be offered to mutation positive patients. Genetic analyses such as high-throughput gene profiling and miRNA studies hold promise in supporting classifica-

tion of lung cancer subtypes and have the potential to assist the classical morphologic and immunohistochemical diagnosis in the near future.

The authors report no conflicts of interest.

References:

1. Ciuleanu T, Stelmakh L, Ciconas S et al. Efficacy and safety of erlotinib versus chemotherapy in second-line treatment of patients with advanced, non-small-cell lung cancer with poor prognosis (TITAN): a randomised multicentre, open-label, phase 3 study. *Lancet Oncol.* 2012;13:300-8.
2. Perez-Moreno P, Brambilla E, Thomas R, et al. Squamous cell carcinoma of the lung: molecular subtypes and therapeutic opportunities. *Clin Cancer Res* 2012;18:2443-51.
3. Rekhtman N, Paik PK, Arcila ME et al. Clarifying the spectrum of driver oncogene mutations in biomarker-verified squamous carcinoma of lung: lack of EGFR/KRAS and presence of PIK3CA/AKT1 mutations. *Clin Cancer Res* 2012; 18: 1167-1176.
4. Peters S, Adjei AA, Gridelli C et al. Metastatic non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2012;23 Suppl 7:vii56-64.
5. Travis WD, Brambilla E, Muller-Hermelink HK, et al. Pathology and Genetics. Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. Lyon, France: IARC Press, 2004.
6. Travis WD, Brambilla E, Noguchi M et al. International association for the study of lung cancer/american thoracic society/european respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. *J Thorac Oncol.* 2011;6:244-85.
7. Mukhopadhyay S, Katzenstein AL. Subclassification of non-small cell lung carcinomas lacking morphologic differentiation on biopsy specimens: Utility of an immunohistochemical panel containing TTF-1, napsin A, p63, and CK5/6. *Am J Surg Pathol.* 2011;35:15-25.
8. Mok TS, Wu YL, Thongprasert S, et al. Gefitinib or carboplatin-paclitaxel in pulmonary adenocarcinoma. *N Engl J Med* 2009;361:947-957.
9. Mitsudomi T, Morita S, Yatabe Y, et al. Gefitinib versus cisplatin plus docetaxel in patients with non-small-cell lung cancer harbouring mutations of the epidermal growth factor receptor (WJ-TOG3405): an open label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2010;11:121-128.
10. Maemondo M, Inoue A, Kobayashi K, et al. Gefitinib or chemotherapy for non-small-cell lung cancer with mutated EGFR. *N Engl J Med* 2010;362:2380-2388.
11. Zhou C, Wu YL, Chen G, Feng J, et al. Erlotinib versus chemotherapy as first-line treatment for patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (OPTIMAL, CTONG-0802): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study. *Lancet Oncol.* 2011;12:735-42.

Correspondence:

Michael Schwitter, MD
Medical Oncology
Kantonsspital St. Gallen, CH-9007 St. Gallen
Tel. +41 (0)71 494 11 11, Fax +41 (0)71 494 63 25
michael.schwitter@kssg.ch



Zurück in die Zukunft / Retour vers le futur

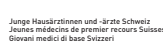
29.-30. August / Août 2013, BERNEXPO, Bern

Organisatoren/Organisateurs



Information und Registrierung/Information et inscription
www.swissfamilydocs.ch

Partner/Partenaires



Gastgesellschaften/Sociétés invitées

Co-Veranstalter/Co-organisateurs



Secondary spinal anaplastic ependymoma ten years after treatment of Hodgkin's disease

Andreas Hochstrasser¹, Thomas Hundsberger^{1,2}, Marco Siano¹

¹ Hämatologie und Onkologie, Kantonsspital St. Gallen

² Klinik für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen

Keywords: Ependymoma, Non-Hodgkin-Lymphoma, Hodgkin's Disease, second malignancy

Case report

A 49 year old man with a former Hodgkin's disease presented with cervical and left shoulder pain. The patient additionally reported about a moderate gait disturbance for months ago. Physical examination at presentation showed a polyradicular paresis of the right arm, gait disturbance and a reduced thermosensitivity on the left side of the body and hypaesthesia on the right side over the abdomen and the legs. The neurological picture was summarized as a cervico-thoracic localized Brown-Séquard Syndrome.



Illustration 1: MRI scan of the intramedullary lesion prior to treatment

Ten years before the patient had received mediastinal radiotherapy (40 Gy) for Hodgkin's disease stage IIA according to the German Hodgkin Study Group protocol HD7. He achieved a complete remission and remained relapse free since then. An MRI of the cervico-thoracic vertebral spine revealed an extensive T2-hyperintense and contrast enhancing spinal lesion from C5 to Th2. A subsequent FDG-PET scan of this region showed an increased glucose uptake of the lesion with a significant standardized uptake value (SUV) of 10.4 (Illustration 1-2) which can be attributed at least partially to the disturbed blood brain barrier (BBB). However, the lesion was in the region of the former mediastinal radiation. Cerebrospinal fluid examinations neither revealed malignant cells nor signs of infection. A brain MRI was without significant findings. Clinical findings, structural and metabolic imaging together with the medical history of a irradiated mediastinal Hodgkin's lymphoma suggested either a secondary malignancy most probably a spinal Non-Hodgkin-Lymphoma (NHL) or a very late radiation necrosis.

On interdisciplinary discussion with the neurosurgeons a spinal cord biopsy in this location was felt to bear a very high risk of serious complications. Therefore, a biopsy was rejected. As the patient's neurological symptoms progressed rapidly, we started an immune chemotherapy with R-CHOP-14 (rituximab, cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine and prednisolone) assuming the presentation of an intramedullary NHL despite the absence of a histological diagnosis.

Restaging with a FDG-PET after two cycles of R-CHOP-14 showed an insignificant volumetric but a significant meta-

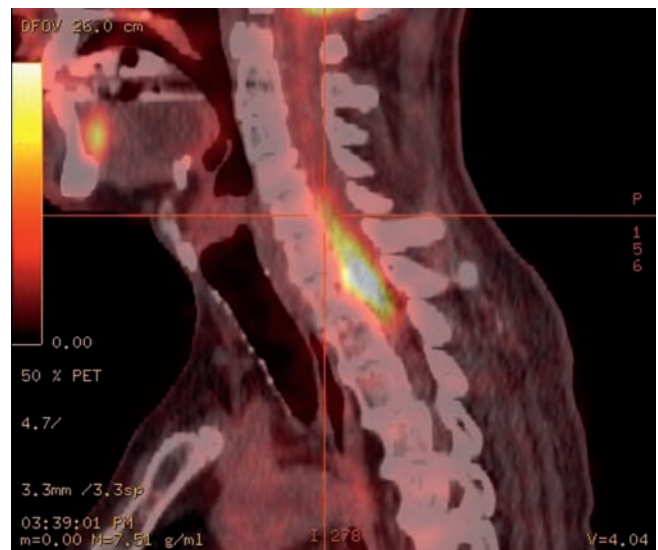


Illustration 2: PET scan of the intramedullary lesion prior to treatment

bolic reduction of the medullary mass (SUV 3.8). Neurological symptoms improved only marginally. Therapy was therefore changed to a salvage chemotherapy regimen with rituximab, cytarabine, etoposide and ifosfamide (R-IVA) in a reduced dose according to a study of Aranello [1].

One week after the first cycle of R-VIA the patient experienced neutropenic fever due to *Pseudomonas septicaemia*. He recovered after a prolonged hospitalisation and protracted antibiotic treatment. No neurological improvement was observed after the first cycle of R-VIA. The second cycle was given with a reduced dose of etoposide due to the toxicity experienced and supportive therapy with G-CSF (Filgrastim 30 Mio units) was started. The patient developed *Pneumocystis jirovecii* pneumonia in the absence of antimicrobial prophylaxis five days after the second R-VIA cycle. Additionally, he showed two necrotic skin lesions which were biopsied and showed *Pseudomonas* infection with the need of a surgical excision. Moreover, a deep venous thrombosis of the right leg was diagnosed. After one month the patient recovered from these complications.

Re-evaluation with FDG-PET showed a decrease of both, the space occupying spinal lesion and the SUV uptake (3.4) despite persisting neurological symptoms. Therefore, the interdisciplinary tumour board advised to stop immune chemotherapy and proposed irradiation of the lesion with a single dose of 2 Gy for 14 days (total dose 28 Gy) due to the assumption of NHL resistance to systemic treatment. Irradiation was supposed to be more effective to achieve a local response in the context of a CNS lesion due to the partial protection of the BBB. During radiotherapy symptoms remained stable, no complications occurred.

The patient remained in stable clinical condition for three months, when he complained of progressive paraparesis, paresis of the left arm and double vision due to ophthalmoplegia. A brain and spinal MRI showed a diffuse brain and medullary enhancement and a whole body FDG-PET disclosed a new hyper metabolic region with a SUV of 2.8 in the cervical medulla with a minimal glucose uptake at the fifth thoracic vertebra, not seen before and not localised in the irradiated region of the spinal cord.

A MRI of the cervical spine and CNS showed a diffuse brain and medullary enhancement. A lumbar puncture revealed no evidence of infection or tumour cells. With the patient and his family we discussed the palliative situation and we agreed not to proceed with further diagnostic interventions. The patient's neurological and respiratory condition worsened and he died of pulmonary failure eight months after initial presentation.

Surprisingly, the autopsy revealed a multifocal medullary anaplastic ependymoma (WHO III) as the underlying disease. There were no findings suggesting a NHL as a secondary malignancy. The most probable cause of death, apart from progressive CNS disease and subsequent damage of the medulla oblongata, was pneumonia due to *Aspergillus* infection.

Discussion

Secondary malignancies are a major cause of late morbidity and mortality following treatment for Hodgkin's disease [2]. The risk of developing a solid or a hematologic neoplasm after successful therapy of Hodgkin's Lymphoma is increased compared with the normal population [3-7]. The increased risk of secondary malignancies is a multitude of interplaying factors like immunological deficits associated with Hodgkin's disease and its treatment and from a direct carcinogenic effect of radiation and chemotherapy [2-3].

The most frequent secondary malignancies after treatment of Hodgkin's disease are haematological entities such as leukaemia and NHL's. The risk of leukaemia is increased after chemotherapy and is mostly attributable to the genotoxic damage of alkylating drugs and topoisomerase II inhibitors [7-9]. To a lesser extent, secondary solid cancers emerge as result of previous anticancer treatments especially strategies which include radiotherapy like in our case. In the majority of cases secondary solid tumours develop in breast, gastrointestinal and thoracic tissues [5,6,11,12].

Controversy, there is no good evidence for an increase of secondary CNS malignancies after treatment of Hodgkin's disease [2,5,6,11]. Prophylactic cranial radiotherapy in children with ALL has been shown to increase the risk of meningiomas as secondary malignancies [13]. In the study of Bathia [11] et al. standardised incidence ratio for second malignancies was highest during the first five years of follow-up and gradually declined thereafter. The relative and absolute risk for secondary malignancies even more than 20 years after first treatment continues to be significantly increased compared with the general population [6-7]. Survival after development of a secondary malignancy is especially poor in patients > 40 years of age at the time of initial Hodgkin's disease. Survival after secondary NHL or breast cancer has a marginally better prognosis than after leukaemia or other solid tumours [2].

In our case clinical findings and structural and metabolic imaging showed an intramedullary mass. According to the personal history and existing literature in this regard the most probable diagnosis was a spinal NHL. Unfortunately, the location of the lesion did not allow a diagnosis.

tic biopsy. Differential diagnosis included spinal primary CNS tumours, such as gliomas, medulloblastomas, CNS germ cell tumours, meningioma or metastatic disease of unknown primary. In these malignancies we would have expected a lower glucose uptake and SUV value in the FDG-PET CT scan. SUV of aggressive or indolent NHL are 9.5 (3.4 – 18.0) and closely to the values of the lesion in our patient, whereas SUV of glioma is usually around 4.2 (3.2 – 5.2) [14-15].

Radiation necrosis was also a matter of differential diagnosis as the spinal cord was inside the radiation field for thoracic Hodgkin's disease. Radiation necrosis develops as an ischemic lesion due to progressive irradiation-induced vasculopathy. This mechanism explains the time span from irradiation to ischemic necrosis. The peak time for radiation necrosis is in the range of one to three years [16]. However, occurrence of radionecrosis ten years after irradiation is possible. Due to the paucity of literature, the rarity of spinal radiation necrosis and the lack of histological confirmations according to the high risk of spinal cord biopsy no clear diagnostic clues are available for the assumption of radiation-induced spinal cord necrosis. As FDG-PET is the method of choice for the diagnosis of radionecrosis in the brain high glucose utilisation of the spinal lesion in our patients strongly accounts against the assumption of an underlying radiation-induced necrosis [17].

Assuming a NHL as the most likely diagnosis, the choice to administer an R-CHOP immuno-chemotherapy seemed reasonable. Considering the dynamics of the neurologic symptoms we opted for a more intensive 2-weekly regimen [18]. After 2 cycles of immuno-chemotherapy a decrease of glucose uptake but no change in size of the lesion was observed. SUV decreased from 10.4 to 3.8. The discrepancy between FDG-PET results and unchanged neurological symptoms proved the structural and irreversible damage to the spinal cord.

The unmet therapeutic goal leads to a more intense therapy which also passes the BBB. We changed R-CHOP to the R-IVA protocol containing ifosfamide which is also under investigation in intraocular and primary CNS lymphoma [19]. Due to severe side effects after two administrations of chemotherapy a third cycle was not deemed feasible. Radiotherapy of the intramedullary mass was afflicted with considerable complication risk because of the location and the already applied radiation dose. After a profound discussion with the patient, fractionated radiotherapy with 28 Gy has been delivered to the intramedullary mass. After a cumulative radiation dose of 40 Gy ten years ago another 28 Gy at the same region was interpreted as save because of the long latency between the two radiotherapies. Unfortunately, radiation did not influence clinical

or radiological findings but at least stabilized the clinical condition for some weeks. The FDG-PET two month after radiotherapy disclosed minimal more glucose activity in the known region of the myelon and new outfield glucose activity in the region of Th5. During further observation the tumour progressed very quickly metastasising locally.

Intramedullary malignant and benign spinal cord tumours are relatively rare accounting for less than 10% of CNS tumours. Ependymoma is the most common intramedullary tumour in adults, followed by astrocytoma and haemangioblastoma [20]. Intramedullary lymphomas either of primary or secondary origin are rare but they can mimic ependymoma [21-22].

In the World Health Organization (WHO) classification of brain tumours, ependymal tumours are divided into four major groups: myxopapillary ependymoma and subependymoma (WHO grade I), ependymoma (WHO grade II) and anaplastic ependymoma (WHO grade III) [23]. With improvements in microsurgical techniques, a total resection is often possible and can be achieved in most cases. Unfortunately, even with improved technology, overall morbidity and mortality rates remain high [20]. The rate of postoperative deterioration is around 30% including benign ependymomas [22,24]. In our case the autopsy surprisingly revealed an anaplastic ependymoma, which is very rare compared to low grade ependymomas and is also associated with a poorer prognosis.

In a study of Rezai et al. only 10% (5 out of 52 patients) with intramedullary ependymomas showed tumour dissemination. Mean duration between first symptoms and CNS dissemination was assumed to be around 14 month [25].

Retrospectively a surgical approach would have been the only possibility to ascertain the correct diagnosis and to consider a potentially curative approach. The fact that in our patient the lesion was confirmed to be an anaplastic ependymoma by autopsy and considering the course of the disease with skip metastasis, a curative approach would have been illusionary. As radiation is a mainstay in the treatment of anaplastic ependymoma second-line spinal radiotherapy was the treatment of choice. If the short lasting stabilization accounts for this treatment remains unknown, but rapid spinal and supratentorial dissemination of the disease showed radioresistance of this tumour. Morbidity due to aggressive NHL treatment could have been avoided if histological confirmation would have been available.

Conclusion

This case of an intramedullary anaplastic ependymoma is most probably related to a second malignancy after treat-

ment of Hodgkin's disease with mediastinal radiotherapy ten years before. We can't completely rule out that this ependymoma is of «de novo» origin but the rarity of spinal anaplastic ependymoma and in-field localisation of the radiotherapy region makes this assumption realistic. This is in line with the fact that ionizing radiation is the only established risk factor for development of CNS tumours [26-27]. As documented in our case treatment of an intramedullary lesion requires a cytological or histological diagnosis whenever possible to avoid ineffective treatment and futile morbidity.

Literature

- Arellano-Rodrigo E, Lopez-Guillermo A, Bessell EM, et al: Salvage treatment with etoposide (VP-16), ifosfamide and cytarabine (Ara-C) for patients with recurrent primary central nervous system lymphoma. *Eur J Haematol* 70:219-24, 2003
- Mauch PM, Kalish LA, Marcus KC, et al: Second malignancies after treatment for laparotomy staged IA-IIIB Hodgkin's disease: long-term analysis of risk factors and outcome. *Blood* 87:3625-32, 1996
- Barbaro PM, Johnston K, Dalla-Pozza L, Cohn RJ, Wang YA, Marshall GM, Ziegler DS: Reduced incidence of second solid tumors in survivors of childhood Hodgkin's lymphoma treated without radiation therapy. *Ann Oncol* 22:2569-2574, 2011
- Mauch PM: Management of early stage Hodgkin's disease: the role of radiation therapy and/or chemotherapy. *Baillieres Clin Haematol* 9:531-41, 1996
- Swerdlow AJ, Barber JA, Hudson GV, et al: Risk of second malignancy after Hodgkin's disease in a collaborative British cohort: the relation to age at treatment. *J Clin Oncol* 18:498-509, 2000
- van Leeuwen FE, Klokman WJ, Veer MB, et al: Long-term risk of second malignancy in survivors of Hodgkin's disease treated during adolescence or young adulthood. *J Clin Oncol* 18:487-97, 2000
- Franklin J, Pluetschow A, Paus M, et al: Second malignancy risk associated with treatment of Hodgkin's lymphoma: meta-analysis of the randomised trials. *Ann Oncol* 17:1749-60, 2006
- Brusa G, Zuffa E, Hattinger CM, et al: Genomic imbalances associated with secondary acute leukemias in Hodgkin lymphoma. *Oncol Rep* 18:1427-34, 2007
- Engert A, Franklin J, Eich HT, et al: Two cycles of doxorubicin, bleomycin, vinblastine, and dacarbazine plus extended-field radiotherapy is superior to radiotherapy alone in early favorable Hodgkin's lymphoma: final results of the GHSG HD7 trial. *J Clin Oncol* 25:3495-502, 2007
- Pedersen-Bjergaard J: Insights into leukemogenesis from therapy-related leukemia. *N Engl J Med* 352:1591-4, 2005
- Bhatia S, Robison LL, Oberlin O, et al: Breast cancer and other second neoplasms after childhood Hodgkin's disease. *N Engl J Med* 334:745-51, 1996
- Ng AK, Bernardo MV, Weller E, et al: Second malignancy after Hodgkin disease treated with radiation therapy with or without chemotherapy: long-term risks and risk factors. *Blood* 100:1989-96, 2002
- Al-Mefty O, Topsakal C, Pravdenkova S et al: Radiation-induced meningiomas: clinical, pathological, cytogenetic, and cytogenetic characteristics. *J Neurosurg* 100: 1002-13, 2004
- Charnley N, Airley R, Du Plessis D, et al: No relationship between 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography and expression of Glut-1 and -3 and hexokinase I and II in high-grade glioma. *Oncol Rep* 20:537-42, 2008
- Lin C, Itti E, Haioun C, et al: Early 18F-FDG PET for prediction of prognosis in patients with diffuse large B-cell lymphoma: SUV-based assessment versus visual analysis. *J Nucl Med* 48:1626-32, 2007
- Nieder C, Andratschke N, Astner ST: Experimental concepts for toxicity prevention and tissue restoration after central nervous system irradiation. *Radiat Oncol* 30:2:23, 2007
- Doyle WK, Budinger TF, Valk PE et al: Differentiation of cerebral radiation necrosis from tumor recurrence by [18F]FDG and 82Rb positron emission tomography. *J Comput Assist Tomogr* 11(4):563-70, 1987
- Pfreundschuh M, Trumper L, Kloess M, et al: Two-weekly or 3-weekly CHOP chemotherapy with or without etoposide for the treatment of elderly patients with aggressive lymphomas: results of the NHL-B2 trial of the DSHNHL. *Blood* 104:634-41, 2004
- Thiel E, Korfel A, Martus P et al: High-dose methotrexate with or without whole brain radiotherapy for primary CNS lymphoma (GPCNSL-SG-1): a phase 3, randomised, non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2010 11:1036-47, 2010
- Fehlings MG, Mercier D: Factors predicting the resectability of intramedullary spinal cord tumors and the progression-free survival following microsurgical treatment. *J Neurosurg Spine* 11:588-9; discussion 590, 2009
- Machiya T, Yoshita M, Iwasa K, et al: Primary spinal intramedullary lymphoma mimicking ependymoma. *Neurology* 68:872, 2007
- Matsuyama Y, Sakai Y, Katayama Y, et al: Surgical results of intramedullary spinal cord tumor with spinal cord monitoring to guide extent of resection. *J Neurosurg Spine* 10:404-13, 2009
- Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, et al: The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system. *Acta Neuropathol* 114:97-109, 2007
- McCormick PC, Torres R, Post KD, et al: Intramedullary ependymoma of the spinal cord. *J Neurosurg* 72:523-32, 1990
- Rezai AR, Woo HH, Lee M, et al: Disseminated ependymomas of the central nervous system. *J Neurosurg* 85:618-24, 1996
- Neglia JP, Robison LL, Stovall M, et al: New primary neoplasms of the central nervous system in survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Natl Cancer Inst* 98:1528-37, 2006
- Wen PY, Kesari S: Malignant gliomas in adults. *N Engl J Med* 359:492-507, 2008

Correspondence:

Dr. med. Andreas Hochstrasser
Hämatologie/Onkologie
Kantonsspital St. Gallen, CH-9007 St. Gallen
andreas.hochstrasser@kssg.ch

St. Gallen 2013

Bernhard Pestalozzi, Zürich



Vom 13. bis 16. März 2013 fand in St.Gallen die 13. Internationale Brustkrebskonferenz statt. Wiederum ist es Hansjörg Senn, Beat Thürlimann und ihrem Team gelungen, die Weltspitze der Brustkrebsforscher für drei Tage zusammenzuführen. Das Format der Konferenz hat sich bewährt: Am Mittwochnachmittag wurde zuerst das Neueste seit der letzten Konferenz 2011 vorgestellt. Dann folgten Übersichtsreferate über Biologie, Pathologie, Chirurgie, Radiotherapie, Systemtherapie, und am Samstagmorgen das Highlight von St.Gallen, die eigentliche Konsensuskonferenz. Dabei stimmten fünfzig Panelists (s. Liste und Foto) über eine Reihe sorgfältig formulierter Fragen ab. Die Ergebnisse dieser kondensierten Expertenmeinung haben seit Jahren grosse und weltweite Bedeutung für die Behandlung von Frauen mit Brustkrebs aus zwei Gründen. Erstens handelt es sich um Fragen von grosser praktischer Relevanz: Die Resultate haben sofort direkten Einfluss auf klinische Entscheidungen z.B. von Brustkrebs-Tumorboards. Zweitens erfährt die Expertenmeinung durch das Abstimmungsergebnis eine Gewichtung: Es macht offensichtlich, ob die Experten eine Frage einhellig oder kon-

trovers beurteilen. In dreieinhalb Stunden wurde über rund 180 Fragen abgestimmt (s. Tabellen 1-8).

Die Highlights der Konferenz werden diesen Sommer in den *Annals of Oncology* publiziert. Hier veröffentlichen wir lediglich die Abstimmungsergebnisse, so wie sie einem Teilnehmer zugänglich waren. Selbstverständlich besteht keine Gewähr für die exakte Richtigkeit der Formulierungen und der Zahlen. Zum Schluss müssen wir erwähnen, dass die 14. St.Gallen Internationale Brustkrebskonferenz im Jahre 2015 ausnahmsweise in Wien stattfinden wird. Wir hoffen sehr, dass die übernächste Konferenz im Jahre 2017 wieder an den richtigen Ort für den Konsensus, nämlich St.Gallen, zurückkehren wird.

Alle Vorträge sind virtuell zugänglich auf «<http://www.oncoconferences.ch>». Im Folgenden wird kurz an die wichtigsten Themen des Kongresses erinnert. Das Paradigma in der Onkologie seit einigen Jahren ist die «individualisierte», «Zielmolekül-adaptierte» Therapie. Diese wird oft und fälschlicherweise als «personalisierte Medizin» verkauft, obwohl es sich ja in der Regel nicht um eine Anpassung der Therapie an die Person der Patientin, sondern um eine Anpassung der Therapie an Charakteristika des Tumorgewebes handelt. Andere Charakteristika der Patientin wie der Arzneimetabolismus, die Pharmakokinetik, die Komorbiditäten, aber auch Werte und Präferenzen der Patientin sind in dieser Denkweise zu wenig berücksichtigt.

José Baselga referierte zu Therapieansätzen gegen Targets des PI3K-Pathway. Mit seiner im New England publizierten Bolero 2 Studie ist hier der Beweis der klinischen Wirksamkeit erbracht. Viele weitere Moleküle gegen PI3K, AKT, mTOR und andere intermediäre Moleküle sind in verschiedenen Stadien der Entwicklung. In der ersten Biologie-Session zur klinischen Anwendung der Gensequenzierung wurden erste Ergebnisse dieses vielversprechenden Ansatzes gezeigt. Matthew Ellis berichtete von umfassenden Mutationsanalysen (High Throughput Genomic Data) vor und nach neoadjuvanter Systemtherapie. Der Aufwand und die Komplexität solcher Forschung ist enorm, entsprechend lang sind die Listen der Autoren, unter denen die Bioinformatiker immer wichtiger werden.

Der Donnerstag war der Biologie und Diagnostik gewidmet. In der zweiten Biologie-Session wurde über Risikofaktoren wie Diät und körperliche Aktivität (Rowan Chlebowski), Sexualhormone (Mitch Dowsett), Heredität (Judy Garber), und Adipositas (Pamela Goodwin) berichtet. Die dritte Biologie-Session war der Zellbiologie des Stromas gewidmet. Die erste klinische Session brachte zwei kontroverse Themen: Der Epidemiologe Donald Berry sprach zum Mammographie-Screening, die Radiologin Sylvia Heywang-Köbrunner zu MRI-Imaging.

Der Freitag war der Therapie des Mammakarzinoms gewidmet. Zur chirurgischen Therapie sprachen Viviana Galimberti (Sentinel-Lymphknoten), Monica Morrow und Emiel Rutgers (Brusterhaltung) sowie William Wood (Resektionsränder). Ihre Referate bereiteten den Boden für den Konsensus, der noch nie so detailliert auf die lokale Behandlung eingegangen ist wie dieses Jahr (s. Tabellen 1 und 2). Dasselbe kann man sagen von der Radiotherapie (s. Tabelle 3). Hier referierten Birgitte Vrou Offersen (Lymphknoten), Jay Harris (Hypofraktionierung), Roberto Orecchia und Felix Sedlmayer (partielle Brustbestrahlung). Der Freitagnachmittag war der adjuvanten Systemtherapie gewidmet. Im Bereich der Gensignaturen hat der Konsensus eine klare Unterscheidung zwischen für Chemotherapie-Ansprechen prädiktiven und rein prognostischen Tests gezogen (s. Tabelle 4). Bei der endokrinen Therapie wurden Fragen der Therapiedauer detailliert angegangen (s. Tabelle 5). Die adjuvante Chemotherapie wird immer noch weitgehend «allgemein» behandelt,

da es kaum Daten gibt, welche die Selektion für oder gegen Taxane, Anthrazykline oder andere Medikamente erlauben würden (s. Tabelle 6). Die Bedeutung von Ki-67 wurde relativiert. Bei den HER2-positiven Tumoren empfiehlt der Konsensus Tumoren ab einer Grösse von 5mm mit Trastuzumab zu behandeln (s. Tabelle 7). Bei der neoadjuvanten Chemotherapie wird empfohlen, diese möglichst vollständig präoperativ zu verabreichen. In einem umsichtigen Referat behandelte Ian Smith die schwierigen Fragen der Nachsorge. Auch hier hat der Konsensus für die Praxis sehr nützliche Statements abgegeben (s. Tabelle 8).

Insgesamt hat St.Gallen 2013 den Prozess der Konsensusfindung weiter entwickelt und perfektioniert. Mit zunehmender Komplexität und Medialisierung der Brustkrebserkrankung wird die Aufgabe der klinisch tätigen Onkologen immer anspruchsvoller. Die Konsensus-Konferenz von St.Gallen ist uns eine unschätzbare Hilfe in der Behandlung der Frauen mit Brustkrebs.

International Consensus Panel – 2013 St.Gallen

Eric P. Winer, USA & Aron Goldhirsch, CH/I (Chairmen)

Kathy Albain (USA)	Richard D. Gelber (USA)	Charles M. Perou (USA)
Fabrice André (F)	Michael Gnant (A)	Martine Piccart-Gebhart (B)
Jonas Bergh (S)	Pamela J. Goodwin (CAN)	Kathleen I. Pritchard (CAN)
Hervé Bonnefoi (F)	Paul E. Goss (USA)	Emiel J.T.Rutgers (NL)
Denisse Bretel-Morales (PE)	Jay R. Harris (USA)	Felix Sedlmayer (A)
Harold J. Burstein (USA)	Clifford A. Hudis (USA)	Vladimir Semiglazov (RUS)
Fatima Cardoso (P)	James N. Ingle (USA)	Zhi-Ming Shao (CN)
Monica Castiglione Gertsch (CH)	Jacek Jassem (PL)	Ian Smith (UK)
Alan S. Coates (AUS)	Zefei Jiang (CN)	Beat Thürlimann (CH)
Marco Colleoni (I)	Per Karlsson (S)	Masakazu Toi (JPN)
Alberto Costa (I)	Sibylle Loibl (D)	Andrew Tutt (UK)
Giuseppe Curigliano (I)	Monica Morrow (USA)	Michael Untch (D)
Nancy Davidson (USA)	Moise Namer (F)	Giuseppe Viale (I)
Angelo Di Leo (I)	C. Kent Osborne (USA)	Toru Watanabe (JPN)
Bent Ejlertsen (DK)	Ann H. Partridge (USA)	Nicholas Wilcken (AUS)
John F. Forbes (AUS)	Frédérique Penault-Llorca (F)	William C. Wood (USA)

Professional Composition: Medical Oncology 27, Surgery/Gynecology 13, Pathology/Basic Research 4; Radio-Oncology 2; Statistics, Epidemiology 2.

TABLE 1

Surgery of the Primary

When considering breast conserving surgery the following factors are contraindications

	% Yes	% No	% Abstain
Young age (<35yrs) absolute	6.3	89.6	4.2
Young age (<35yrs) relative	30.4	60.9	8.7
Young age (<40yrs) absolute	4.3	93.5	2.2
Young age (<40yrs) relative	9.1	88.6	2.3
Extensive or diffuse microcalcification, absolute	19.1	74.5	6.4
Extensive or diffuse microcalcification, relative	69.6	15.2	15.2
Multifocal disease, absolute	6.7	88.9	4.4
Multifocal disease, relative	42.6	53.2	4.3
Muticentric disease, absolute	30.4	65.2	4.3
Muticentric disease, relative	76.9	15.4	7.7
Tumor close to nipple, absolute	0.0	95.9	4.1
Tumor close to nipple, relative	42.6	53.0	4.3
Extensive vascular invasion, absolute	6.5	91.3	2.2
Extensive vascular invasion, relative	26.2	69.0	4.8
Extensive intraductal component, absolute	2.1	95.7	2.1
Extensive intraductal component, relative	34.7	63.3	2.0
Lobular histology, absolute	4.8	92.9	2.4
Lobular histology, relative	6.7	91.1	2.2
Family history	4.1	95.9	0.0
BRCA1 positivity	54.3	43.5	2.2
BRCA2 positivity	51.1	46.8	2.1
Involved margins after repeated excision (including DCIS)	95.9	2.0	2.0
Unfavorable biology on gene expression/Sequencing	6.3	93.8	0.0
Contraindications to breast irradiation that should follow BCS	93.8	4.2	2.1

Is nipple-sparing mastectomy an acceptable treatment without RT?

ONLY if margin toward nipple is tumor-free and immediate reconstruction is planned	66.7	21.4	11.9
Should MRI be routine with newly diagnosed disease (to assist decision on BCS)	55.3	15.8	28.9
	10.2	89.8	0.0

In women undergoing BCS the minimum appropriate surgical margin is

No ink on invasive tumor	72.9	20.8	6.3
1mm clearance (invasive)	48.1	25.9	25.9
3mm clearance (invasive)	7.7	30.8	61.5
5mm clearance (invasive)	4.7	9.3	86.0
Dependent on tumor biology	18.4	77.6	4.1
Should margin criteria be different for DCIS?			
Is a 2mm margin appropriate for DCIS?	41.5	53.7	4.9

BCS = breast conserving surgery

TABLE 2

Surgery of the Axilla

In pts with macrometastases in 1-2 sentinel nodes, completing axillary dissection can be safely omitted following

	% Yes	% No	% Abstain
Mastectomy (no radiotherapy planned)	4.3	91.3	4.3
Mastectomy (radiotherapy planned)	40.8	42.9	16.3
Conservative resection and radiotherapy	72.7	20.5	6.8

In patients otherwise undergoing BCS, completion axillary dissection is necessary if

Clinical N1	87.5	8.3	4.2
3 or more positive SLNs	95.1	4.9	0.0
Nodal status (e.g. N4+) needed for chemotherapy choice	59.1	38.6	2.3

Radiotherapy

	% Yes	% No	% Abstain
Is there a group not requiring RT following BCT?	68.5	27.5	4.0
Should "short-course" RT (e.g. 40Gy in 15 fractions) be offered as a standard	59.2	30.6	10.2
Should "short-course" RT (e.g. 40Gy in 15 fractions) be offered as a standard [2]	72.2	11.1	16.7
Is "short course" as above an option if boost is planned	77.8	4.4	17.8
Following BCT partial breast irradiation may be used			
As the definitive irradiation, without any external beam RT (ASTRO, ESTRO group)	36.2	40.4	23.4
Only in the absence of adverse tumor pathology	49.0	22.4	28.6
Should Post-Mastectomy Radiotherapy be standard for patients with			
Node 4+	95.3	2.3	2.3
N+ 1-3 all pts	29.8	63.8	6.4
N+ 1-3 with adverse pathology	61.7	31.9	6.4
N+ 1-3 at young age (<40 yrs)	55.1	40.8	4.1
pN0 after axillary dissection but < 8 nodes examined	6.5	89.1	4.3
Positive sentinel node biopsy but no axillary dissection	63.8	25.5	10.6
Young age (<40yr) regardless of nodes	10.0	86.0	4.0
Adverse pathology regardless of nodes: Grade 3	4.1	91.8	4.1
Adverse pathology regardless of nodes: Lymphovascular invasion	18.8	77.1	4.2
Adverse pathology regardless of nodes: HER2+	4.1	93.9	2.0
Adverse pathology regardless of nodes: Triple negative disease	2.2	95.7	2.2
T >5cm regardless of nodes	67.3	28.6	4.1
positive deep/radial margin	82.2	11.1	6.7
Nodal areas requiring radiation should			
Include SCF in all irradiated patients	32.7	53.1	14.3
Include axilla in all irradiated patients	6.8	81.8	11.4
Include IMN in all irradiated patients	10.9	69.6	19.6
Be influenced by response to neoadjuvant therapy	33.3	55.6	11.1
Avoid the axilla following standard surgical dissection	16.7	77.1	6.3

BCT = Breast Conserving Treatment, SCF = Supra Clavicular Fossa, IMN = Internal Mammary Nodes

Pathology

	% Yes	% No	% Abstain
For practical purposes, distinction between "luminal A" and "luminal B" (HER2 neg) tumors can be			
made by ER, PR alone	6.1	91.8	2.0
made by ER, PR, Ki-67	72.9	27.1	0.0
made with grade 3, as a substitute for high Ki-67	36.0	64.0	0.0
only safely be determined by molecular diagnostics	34.0	60.0	6.0
only safely be determined by laboratories participating in quality assurance programs	88.9	8.9	2.2
In the determination of the HER2 status for anti-HER2-treatment purposes, do we need to know			
Heterogeneity of overexpression of HER2	23.9	71.7	4.3
Polysomy 17	10.6	85.1	4.3
For treatment decisions do we need to know			
Concomitant ER expression status	40.5	59.5	0.0
Degree of tumor proliferation	10.4	89.6	0.0
Intrinsic subtypes may influence whether or not chemoth is used in adjuv regimen			
If yes, multigene expression array profiling is required for subtype definition	88.9	6.7	4.4
Yes, but clin-path subtype definition (St.Gallen 2011) is sufficient for this purpose	22.0	70.0	8.0
Choice of cytotoxic therapy regimen should be influenced by intrinsic subtype	53.1	38.8	8.2
	27.7	68.1	4.3
Would you ask for one of the multigene signatures (after clin-path assessment)			
In nearly all cases independently of the 'intrinsic subtype'?	0.0	97.6	2.4
In nearly all ER and/or PR-positive (HER2-neg) cases?	20.8	79.2	0.0
In nearly all 'Luminal B' (HER2-neg) but not 'Luminal A' cases?	44.4	51.1	4.4
In N-neg ER-positive (HER2-neg) cases?	56.8	43.2	0.0
In N-pos ER-positive (HER2-neg) cases?	22.2	77.8	0.0



In an endocrine-responsive* cohort:

Does 21 gene RS predict Chemotherapy (ChT) response?	78.0	12.0	10.0
Does PAM-50 predict ChT response?	29.5	40.9	29.5
Does 70 gene signature predict ChT response?	25.0	54.2	20.8
Does EPCLin predict ChT response?	10.6	57.4	31.9

In an endocrine-responsive* cohort, selection of pts who might forego ChT can be partially based on:

21 gene RS	88.1	7.1	4.8
PAM-50	28.6	50.0	21.4
70 gene signature	40.4	44.7	14.9
EPCLin	21.7	50.0	28.3

In an endocrine-responsive* cohort, molecular diagnostics can be omitted if:

Chemotherapy <u>would not</u> be given anyway because:			
T size ≤ 1cm? [pick your size]	83.9	12.9	3.2
Chemotherapy <u>would</u> be given anyway because:			
T size (e.g. > 5cm)?	52.4	40.5	7.1
Inflammatory BC?	93.8	4.2	2.1
1-3 nodes+?	29.5	68.2	2.3
≥ 4 nodes +?	91.5	6.4	2.1
Grade 3?	30.6	65.3	4.1
Low ER% (e.g. 5%)	55.8	44.2	0.0
Young age 8e.g. < 35)	24.4	75.6	0.0

Pathological feature of the stroma which should influence therapy choice in routine clinical practice include:

Immunocyte infiltration?	11.4	74.3	14.3
Microvascular density?	9.5	88.1	2.4
Stroma p16 staining?	0.0	97.7	2.3

*i.e. any expression of ER and/or PgR

Endocrine Therapy

	% Yes	% No	% Abstain
Establishing Standards for Premenopausal			
Tam alone as default?	83.3	16.7	0.0
Tam duration should be extended to 10 yr in "most" pts remaining premenopausal	42.9	49.0	8.2
Tam duration should be extended to 10 yr in "some" pts remaining premenopausal	89.0	9.0	2.0
Ovarian function suppression (OFS) should be added to Tam: In all patients	14.9	80.9	4.3
OFS should be added to Tam: In the young (e.g. < 40 yr)	40.9	50.0	9.1
OFS alone (without tamoxifen)?	24.0	70.0	6.0
AI + OFS is a valid option in case of contraindicated tam?	85.1	8.5	6.4
AI + OFS is a valid option in all patients?	6.3	87.5	6.3
Establishing Standards for Postmenopausal			
Can some patients be adequately treated with tamoxifen alone?	93.6	6.4	0.0
If an AI, need it be started upfront in all patients?	47.5	50.0	2.5
If an AI, need it be started upfront in high risk patients?	87.2	10.6	2.1
Can upfront AI be replaced with TAM after 2 yr?	68.1	29.8	2.1
Should extended AI beyond 5 yr of adjuvant endocrine treatment be offered to pts with node-positive disease?	57.8	17.8	24.4
node-negative disease?	25.5	66.0	8.5
If so, does the prior endocrine therapy matter? Should extended AI beyond 5 yr be given after 5 years adjuvant tamoxifen	83.3	11.9	4.8
5 years endocrine therapy switching from tamoxifen to an AI?	73.3	11.1	15.6
5 years adjuvant AI?	35.6	40.0	24.4
If an AI is unavailable or not tolerated, (so that patient has switched to tamoxifen), should tam be continued beyond 5 yr	78.0	8.0	14.0
After 5 yr of AI, consider tamoxifen?	51.1	28.9	20.0
After 5 yr of AI, do give tamoxifen?	31.4	48.6	20.0

AI = Aromatase Inhibitor, TAM = Tamoxifen, OFS = Ovarian Function Suppression

Chemotherapy**Basic questions. Factors arguing for inclusion of chemotherapy (ChT) are:**

	% Yes	% No	% Abstain
Histological grade 3 tumor?	84.4	13.3	2.2
Ki-67 high	75.5	14.3	10.2
Low hormone receptor status?	81.6	12.2	6.1
Positive HER2 status?	91.8	8.2	0.0
Triple negative status?	98.0	0.0	2.0
Basic questions. Factors arguing for inclusion of ChT are (continued):			
High 21 gene RS (e.g. > 25) [Pick your limit]	94.0	4.0	2.0
70 gene High-Risk?	63.3	30.6	6.1
Any positive node?	32.7	67.3	0.0
> 3 positive nodes?	93.9	6.1	0.0
Lymphovascular invasion?	32.0	64.0	4.0
Young age (e.g. < 35 yr)?	46.0	54.0	0.0

Luminal A

Is Luminal A phenotype less responsive to chemotherapy?	83.3	10.4	6.3
Is less intensive chemotherapy such as AC4 or CMF6 or TC4 adequate, if chemotherapy is considered in Luminal A disease?	61.7	25.5	12.8
Should ChT be added for high risk (based on tumor volume)?	60.0	22.9	17.1

Luminal B (HER2-negative)

Is Luminal B subtype by itself sufficient to prescribe chemotherapy?	61.2	38.8	0.0
Is Ki-67 useful in defining Luminal B subtype?	72.9	20.8	6.3
If Ki-67 is used, which threshold should be used for defining Luminal B subtype?			
≥ 14%	23.9	37.0	39.1
≥ 20%	29.5	13.6	56.8
≥ 25%	13.3	6.7	80.0
If given, the ChT regimen should contain anthracyclines rather than CMF?	70.5	18.2	11.4
Should the regimen contain taxanes?	56.5	26.1	17.4
Should chemotherapy extend for at least 6 courses?	50.0	34.8	15.2
Should dose-dense ChT be preferred when chemotherapy is indicated?	19.1	68.1	12.8

HER2-positive

Is there a chemotherapy regimen known to be preferred for HER2-positive phenotype?	36.4	61.4	2.3
Need the chemotherapy regimen for HER2-positive disease contain anthracyclines?	68.0	22.0	10.0
Need the chemotherapy regimen for HER2-positive disease contain taxanes?	93.2	4.5	2.3

"Basal-Like"

Should the ChT regimen for "basal-like" (TNBC ductal) phenotype contain anthracyclines and taxanes?	87.0	6.5	6.5
stress alkylating agents (not merely AC)?	30.0	47.5	22.5
contain Platinum?	14.6	68.8	16.7
Should dose-dense ChT requiring growth factor support be preferred?	38.3	48.9	12.8

Preferences for Regimen

Are there reasons other than tumor characteristics to prefer specific ChT regimens?	72.7	21.2	6.1
Women desiring fertility preservation?	76.2	19.0	4.8
Avoiding alopecia?	56.5	41.3	2.2
Co-morbidities?	100.0	0.0	0.0
Age of patient?	64.0	34.0	2.0
Intrinsic subtype?	37.8	53.3	8.9
BRCA carriers?	20.8	72.9	6.3

ChT = chemotherapy

TNBC = triple negative breast cancer, ChT = chemotherapy

TABLE 7

Anti-HER2-Therapy, Neoadjuvant Systemic Therapy

	% Yes	% No	% Abstain
Anti-HER2 Therapy			
Minimum T size (invasive diameter) requiring trastuzumab? Y=10mm, N=5mm, any	10.0	72.5	17.5
Trastuzumab if given should be concurrent with taxane	87.2	8.5	4.3
Trastuzumab if given <u>may</u> be concurrent with an anthracycline	14.3	85.7	0.0
Trastuzumab (+/- endocrine therapy) if ChT contraindicated? ER positive	75.0	10.0	15.0
Trastuzumab (+/- endocrine therapy) if ChT contraindicated? ER negative	85.0	15.0	0.0
Preferred duration of trastuzumab if given: Y = <1 yr, N = 1 yr, A = >1 yr	0.0	100.0	0.0
Neo-Adjuvant Systemic Therapy. Chemotherapy (NACT)			
Should the only aim of NACT be to facilitate subsequent local therapies?	50.9	45.3	3.8
After pCT to NACT [full course], subsequent adjuvant chemotherapy: should be given?	4.1	95.9	0.0
After failure to achieve pCR with NACT [full course], subsequent adjuvant chemotherapy: should be given?	10.0	82.5	7.5
Should NACT be given pre-operatively, full course	79.2	10.4	10.4
After failure to achieve pCR with NACT [partial course], subsequent adjuvant chemotherapy: should be given?	62.2	26.7	11.1
Neo-Adjuvant Systemic Therapy. HER2-positive disease			
Should neoadjuvant regimens for HER2-positive disease contain anti-HER2-drug(s)?	95.9	0.0	4.1
Should dual HER2-targeting be recommended in the preop. setting for HER2-pos.disease?	37.1	54.3	8.6
Neo-Adjuvant Systemic Therapy. Endocrine therapy (NAET)			
Is NAET a reasonable option for postmenop. Pts with highly endocrine-responsive disease?	93.8	2.1	4.2
If yes, for which duration (choose one)? Y = 3-4mo, N = 4-8 mo, A = maximal response	11.1	26.7	62.2

NACT = Neoadjuvant Chemotherapy, NAET = Neoadjuvant Endocrine Therapy

TABLE 8

Bisphosphonates. Follow-up

	% Yes	% No	% Abstain
Bisphosphonates			
Is zoledronic acid, given every 6 months during adj. ET, <u>indicated</u> to improve DFS?	22.5	70.0	7.5
In premenopausal patients receiving LHRH plus TAM?	32.6	58.1	9.3
In postmenopausal patients?	34.0	61.7	4.3
Should adjuvant denosumab substitute for zoledronic acid?	2.2	84.4	13.3
Follow-up (FU) After Early Breast Cancer			
Should all pts have regular FU with their surgeon/oncologist after completing their treatment? (excluding longterm endocrine therapy).	70.4	25.9	3.7
Is regular FU supervised by a nurse specialist in person or by tel an acceptable option?	59.1	34.1	6.8
Is regular FU supervised by a nurse specialist in person an acceptable option?	77.3	15.9	6.8
Is regular FU supervised by telephone an acceptable FU option?	22.9	64.6	12.5
Should pts have any form of routine imaging apart from mammography as part of FU?	14.9	78.7	6.4

ET = Endocrine Therapy, FU = Follow-up

Korrespondenz:

Prof. Bernhard Pestalozzi
Klinik für Onkologie
Universitätsspital
CH-8091 Zürich
bernhard.pestalozzi@usz.ch



Bridging the Gap



Advanced Breast Cancer

7-9 November 2013 • Lisbon, Portugal

Second International Consensus Conference

Chairs:

F. Cardoso, PT • L. Norton, US • E. P. Winer, US • A. Costa, IT/CH

partner journal



dedicated media partner



The ABC2 guidelines will be developed by ESO and ESMO



The ABC2 conference and guidelines are endorsed by



Further information

available at:

www.ABC-lisbon.org

2013

- 19.-22.06.
Lugano
12-ICML 12th International Conference on Malignant Lymphoma
ICML Secretariat, Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Ospedale San Giovanni, CH-6500 Bellinzona
Fax +41 (0)91 922 20 84, registration@lymphcon.ch, www.lymphcon.ch
- 20.06.
Bern
SAKK-Halbjahresversammlung
www.sakk.ch
- 04.-06.07.
Davos
17th annual SASRO Meeting (Online Registration closing June 21st, 2013)
Conference Secretary: Kantonsspital Graubünden, Radiation Oncology, SASRO Congress 2013, Loestrasse 170, CH-7000 Chur, Tel. +41 (0)81 256 64 95, Fax +41 (0)81 256 66 86, sasro2013@ksgr.ch, www.sasro.ch/2013
- 20.-26.07.
Ioannina, GR
10th ESO-ESMO Course on Oncology for Medical Students
European School of Oncology, Piazza Indipendenza 2, CH-6500 Bellinzona
Organisation: dknupfer@eso.net, further information: www.eso.net
- 05.-06.09.
St. Gallen
16. Internationales Seminar «Onkologische Pflege - Fortgeschrittene Praxis»
Kongress-Sekretariat der Deutschsprachig-Europäischen Schule für Onkologie (deso), Frau Gabi Laesser, c/o Tumor- und Brustzentrum ZeTuP, Rorschacherstr. 150, CH-9006 St. Gallen, Tel. +41 (0)71 243 00 32, Fax +41 (0)71 245 68 05
deso@oncoconferences.ch, www.oncoconferences.ch
- 14.09.
Lugano
Corsa della speranza - Lauf der Hoffnung (5km für die Krebsforschung)
Karin Lerch, Comitato operativo Corsa della speranza, info@corsadellasperanza.ch, www.corsadellasperanza.ch
- 27.09.-01.10.
Amsterdam, NL
European Cancer Conference 2013 (17th ECCO - 38th ESMO - 32nd ESTRO)
ECCO - European CanCer Organisation, Avenue E. Mounier 83, B-1200 Brussels, Tel. +32 2 775 02 01, www.ecco-org.eu
- 04.-05.10.
Luzern
SAMO Interdisciplinary Workshop on Gynecologic Tumors
www.samo-workshop.ch
- 05.10.
Istanbul, TR
3rd MAYMET-ESO Joint Meeting: Professionalism for Breast Surgeons
European School of Oncology, Via Turati 29, I-20121 Milan. Organisation: dmengato@eso.net, further information: www.eso.net
- 17.-20.10.
Bellinzona
Medical Humanities and Narrative Ethics in Oncology: Prognosis, Destiny and Bad News
European School of Oncology, Via Turati 29, I-20121 Milan. Organisation: rdemartini@eso.net, further information: www.eso.net
- 18.10.
Luzern
SAMO FoROME Post-ESMO
www.samo-workshop.ch
- 21.-25.10.
Dresden, DE
ESOP-ESO Advanced Masterclass in Oncology Pharmacy
European School of Oncology, Via Turati 29, I-20121 Milan. Further information: www.eso.net
- 25.10.
Bern
Überregionale Plattform Psychoonkologie
Information: Valentina Celio, Krebsliga Schweiz, Tel. 031 389 91 26, valentina.celio@krebsslga.ch
- 01.11.
Mar del Plata, AR
ESO Session held within the Argentinian Congress of Hematology
European School of Oncology, Via Turati 29, I-20121 Milan
Further information: www.eso.net
- 04.-08.11.
Rotterdam, NL
ESO-OECI Symposium and Academy Workshop on Cancer Survivorship
European School of Oncology, Piazza Indipendenza 2, CH-6500 Bellinzona
Organisation: azampetti@eso.net, further information: www.eso.net
- 07.-09.11.
Lisbon, PT
ABC2 - Advanced Breast Cancer Second International Consensus Conference
Organisation: abc@eso.net, registration: lrichetti@eso.net, further information: www.abc-lisbon.org
- 08.-09.11.
Luzern
SAMO Interdisciplinary Workshop on Urogenital Tumors
www.samo-workshop.ch
- 21.-22.11.
Basel
SAKK-Halbjahresversammlung
www.sakk.ch
- 29.-30.11.
St. Gallen
Basiskurs Onkologische Palliativmedizin (Modul 2: 10./11. Januar 2014)
Leitungsteam: Dr. med. Daniel Büche MSc, Palliativzentrum, Kantonsspital St.Gallen und PD Dr. med. Florian Strasser, Onkologische Palliativmedizin und Palliativzentrum, Kantonsspital St.Gallen
Information und Anmeldung: Benjamin Rhyner, Tel. +41 (0)71 494 35 50, Fax +41 (0)71 494 62 55, benjamin.rhyner@kssg.ch

2014

- 10-14.02.
Genève
ICTR-PHE 2014 Conference
A conference that brings together the International Conference on Translational Research in Radio-Oncology and Physics for Health in Europe. Conference Chairs: Jacques Bernier and Manjit Dosanjh
info-ictr-phe-2014@cern.ch, <http://ictr-phe14.web.cern.ch/ictr-phe14/default.htm>

Onkologiepflge Schweiz Fortbildungsprogramm 2013 – siehe Seite 154 – Anmeldung: www.onkologiepflge.ch