

Prostata-CA

- Radikale Prostatektomie:
Was bestimmt das spätere Sexualleben? *J Urol* 20
- Acht Jahre radikale Prostatektomie:
bessere Technik – weniger Komplikationen *J Urol* 20
- Lokalisiertes Prostatakarzinom:
... im Alter aggressiver? *Cancer* 20

Supportive Therapie

- Erythroblastopenie bei Anämie-Therapie:
zwischen Epoetin alfa und beta unterscheiden *Symp.* 22
- Chemotherapie:
Granisetron überlegen bei akutem Erbrechen *Symp.* 22
- Sterben an Krebs: Unterschiede in
Industrie- und Entwicklungsländern *BMJ* 22
- Sichere Schmerztherapie:
weniger Arzneimittel-Interaktionen mit
Hydromorphon *MMW Fortschr Med* 24
- Chemotherapie-Nebenwirkungen:
Gabapentin lindert späte Übelkeit
durch Zytostatika *Lancet* 24
- Tumorschmerzen: psychosoziale Faktoren
stärker beachten *J Pain Symptom Manage* 24

39. ASCO-Meeting, Chicago

- Neue Erfahrungen mit der biologischen
Krebstherapie 25

Varia

- Dünnschicht-Zytologie verbessert die Früherkennung
von Zervixveränderungen *Symp.* 26
- Unklare Hautläsionen:
Zosterbläschen waren Melanom-Metastasen *BMJ* 26
- Lungen-, Brust- und Darmkrebs:
EGFR-Inhibitor zeigt breite Antitumoraktivität *Symp.* 26
- Mistelextrakt:
neue Erkenntnisse zum Wirkprinzip *Am J Ther* 28
- Synkopen mit Halsschmerzen:
Dahinter kann sich ein Tumor verbergen! *Lancet* 28
- Tiefe Venenthrombose bei Krebs: niedermolekulares
Heparin – überlegene Prophylaxe *N Engl J Med* 28
- Gebärmutterhalskrebs:
Was bringt das Zervix-Screening wirklich? *BMJ* 30
- Fortgeschrittenes Ovarialkarzinom:
Topotecan erste Wahl in der Second-line-Therapie *Symp.* 30
- Mit dem Gewicht steigt das Risiko:
Übergewicht erhöht die Krebsmortalität *N Engl J Med* 30
- Neuentwickelter FGF-23-Assay: verbesserte
Diagnostik für Phosphatstoffwechsel *N Engl J Med* 31
- Impressum 28

Editorial

Risiken und Prognosen

Am Anfang des Krebses steht eine einzelne entartete Zelle, und es müssen schon sehr viele daraus werden, um mit diagnostischen Mitteln entdeckt zu werden. Im Falle des kolorektalen Karzinoms gilt das Screening anhand von okkultem Blut als nicht sehr verlässlich; der Kolono- bzw. Sigmoidoskopie traut man da schon mehr zu. Aber in welchen Abständen muss man screenen?



Dieser Frage gingen R. E. Schoen et al. nach (*JAMA* 290, 2003, 41-48). Bei 9317 Probanden wurde nach einer initialen Sigmoidoskopie (mit negativem Ergebnis) die Untersuchung drei Jahre später wiederholt.

Bei 3,1% der Teilnehmer fand man dabei ein Adenom (Vorstufe von Krebs) oder ein manifestes Karzinom. In den meisten Fällen war dies nicht auf eine unzureichende Voruntersuchung zurückzuführen. – Vielleicht ist dieses Ergebnis gar nicht erschreckend. Keine Screeningmethode ist perfekt, und man kann den Aufwand nicht endlos in die Höhe treiben.

Vielen von uns wird also Krebs nicht erspart bleiben. Wer betroffen ist, wünscht sich in der Regel einen Arzt, der ihm die Wahrheit sagt, aber dabei nicht übermäßig pessimistische Prognosen abgibt. Bei dieser schwierigen Aufgabe flüchten sich allzu viele Ärzte in blanken Optimismus, finden E. B. Lamont et al. (*JAMA* 290, 2003, 98-104). Das haben die Patienten nicht verdient.

Dr. med. Wilfried Ehnert