2014/4

/ Fachzeitschrift der Onkologiepflege Schweiz
/ Journal professionnel de Soins en Oncologie Suisse
/ Rivista professionale delle Cure Oncologiche Svizzera

Onkologiepflege
Soins en oncologie
Cure oncologiche

Von Käfern und fiesen Keimen 5
Behandlungsstrategien bei akuten Leukämien 9
Körperliche Aktivität bei Tumorerkrankungen 12
Leucemia senza chemioterapia 13
L'activité physique dans le cadre des maladies tumorales 16

Fortbildungen
Formations continues 2015

Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologiche Svizzera

02	05.02.2015	Supportive Care I: Übelkeit/Erbrechen, Infektion, Fatigue
	26.02.2015	Schlechte Nachrichten – Aufgaben der Onkologiepflege
03	17.–18.03.2015	+19.05.2015 Basiskurs in pädiatrischer Onkologiepflege
04	17.04.2015	Fachtagung Pädiatrische Onkologiepflege
05	07.05.2015	Mammakarzinom – Basiskurs
06	11.06.2015	Gespräche über's Sterben – wie können sie gelingen?
09	04.09.2015	6ème journée romande de formation continue
11	20.11.2015	Fachtagung Pädiatrische Onkologiepflege
	26.11.2015	Psychosoziales Befinden erfassen

Vorschau 2015

- Adoleszenz und junge Erwachsene mit Krebs, Kinder mit krebskranken Eltern
- Entscheidungsfindung, ethische Probleme – was gilt es zu beachten?
- Gastrointestinale Tumoren I – Kolorektalkarzinom: Vom Screening bis zum Stoma
- Gastrointestinale Tumoren II – Esophagus, Magen, Leber , Pankreaskarzinom, Mangelernährung
- Genetische Beratung
- Gynäkologische Tumoren – aktuelle Behandlungen und Unterstützungsmöglichkeiten
- Hämatologische Tumoren I - CML, Maligne Lymphome, M. Myelom, Stammzelltransplantation
- NEU: Hämatologische Tumoren II – akut oder chronisch – die Leukämien
- Hauttumoren – mehr als ein Melanom
- Look good feel better – erfahren und miterleben
- Lungentumoren – neue Ansätze in der Therapie
- Mammakarzinom – Kurs für Fortgeschrittene
- Orale Tumortherapien – Adhärenz und Selbstmanagement
- Radiotherapie/Radioonkologie – Basiswissen, Technik, Pflege und Begleitung
- Rund um die Diagnostik
- Supportive Care II: Schmerz, onkologische Notfälle, Extravasation
- target – zielgerichtete und personalisierte Therapien
- Urologische Tumoren - Prostatakarzinom, Nierenzellkarzinom, Blasenkarzinom
- NEU: Seltene Tumoren – ZNS, NET, GIST und weitere

Änderungen vorbehalten

www.onkologiepflege.ch / www.soinsoncologiesuisse.ch

Editorial 4

Von Käfern und fiesen Keimen 5
Infektionsgefahr nach allogener Stammzelltransplantation
Monika Kirsch

Behandlungsstrategien bei akuten Leukämien 9
Chemotherapie und Stammzelltransplantation
Michael Medinger, Jakob R. Passweg

Leucemia senza chemioterapia 13
Il triossido di arsenico nella leucemia acuta promielocitica
Francesca Matteazzi

Comment les infirmières peuvent-elles aider? 16
L'activité physique dans le cadre des maladies tumorales
Jacqueline Gräbner

Wie Pflegefachpersonen Patienten unterstützen können 18
Körperliche Aktivität bei Tumorerkrankungen
Jacqueline Gräbner

Programm 17. Schweizer Onkologiepflege Kongress 22
26. März 2015 – Bern

Programme 17è Congrès Suisse des soins en oncologie 23
26 mars 2015 – Berne

BILDUNG 20
«Gastrointestinale Tumoren»
Fortbildung mit Aha-Effekt

KURZ & BÜNDIG 24
Hämatologie

NEWS AUS DEM VORSTAND DES NOUVELLES DU COMITÉ 25

KONGRESSBERICHT 26
1. Schweizer Krebskongress

RAPPORT DU CONGRÈS 29
5ème journée romande

KREBSLIGA SCHWEIZ LIGUE SUISSE CONTRE LE CANCER 31

FOKUS
Vorstellung ho/noho 34
Update orale Tumortherapeutika 36
B. Braun Pflegepreis 2014 38

RÄTSEL / QUIZZ 39

LIVRES 40
Le Paradigme Humaindevenant

STELLENMARKT 42

KALENDER/CALENDRIER 43

Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologiche Svizzera

Impressum
Herausgeber/ Editeur:
Onkologiepflege Schweiz, Soins en Oncologie Suisse
Hirstigstrasse 13, CH-8451 Kleinandelfingen
Telefon +41 52 301 21 89, info@onkologiepflege.ch,
www.onkologiepflege.ch, www.soinsoncologiesuisse.ch

Abonnemente/ Abonnements
Einzelperson/ individuel CHF 50.– / Euro 50.–
Institutionen/ institutions CHF 70.– / Euro 70.–
Bestellung/ commande: www.onkologiepflege.ch

Redaktion/ Rédaction
Evelyn Rieder/Chefredaktion, evelyn.rieder@riev.ch
Irène Bachmann-Mettler, irene.bachmann@gmx.net
Lucienne Bigler-Perrotin, l.bigler-perrotin@mediane.ch
Nadia Ghisletta, nadia.ghisletta@bluemail.ch
Patrick Jermann, patrick.jermann@kalaidos-fh.ch
Sara Häusermann, posa@zhaw.ch
Sylvia Spengler-Mettler, info@onkologiepflege.ch
Lektorat: Eva Ebnöther, evaebnoether@bluewin.ch

Sekretariat und Inserate/ Sécretariat et annonces
Sylvia Spengler-Mettler, info@onkologiepflege.ch

Druck/ Impression
wylandprint, Andelfingen, Layout: Mike Allram

Auflage/ Tirage: 1300 Exemplare / exemplaires
Erscheint/ Parution: 4 x jährlich / 4 x par an
2015: 15.02. / 10.05. / 15.09. / 15.12.

Redaktionsschluss/ Limite rédactionelle
01/2015, 01.12.2014 Onkologiepflege zu Hause
02/2015, 16.03.2015 Krebs und dann?

ISSN 1662-355X Schlüsseltitel Onkologiepflege

Mit der finanziellen Unterstützung
avec le soutien financier de

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

Chère lectrice
Cher lecteur

Lucienne Bigler-Perrotin

Aujourd'hui les enfants, adolescents, adultes, atteints d'une maladie maligne du sang telle qu'une leucémie aigue bénéficient de traitements visant, mais ne garantissant malheureusement pas, la guérison.

Ceci nécessite des hospitalisations régulières, des traitements très lourds avec des effets adverses importants. Le moindre signe d'infection est un risque vital et impose une réaction rapide. Je garde en mémoire le décès d'un jeune homme hospitalisé en urgence pour haute température dont la première dose d'antibiotique fut fixée de routine, seulement le soir à 20h.
Pour nous, infirmier(ère)s, c'est un engagement à rester à leur côté alors qu'ils vivent à la fois l'espoir et le non espoir, l'isolement et le manque d'intimité, la souffrance et la joie d'une bonne nouvelle, les limitations et les opportunités. C'est contribuer à la qualité de ce qu'ils vivent en cherchant avec eux ce qui peut les soutenir, ce qui est important pour eux qui vivent ces temps difficiles avec l'espoir de poursuivre leur existence le mieux possible.

Je vous souhaite une lecture enrichissante.

Liebe Leserin
Lieber Leser

Heute profitieren Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einer malignen Blutkrankheit – zum Beispiel einer akuten Leukämie – von Behandlungen, die auf eine Genesung abzielen, ohne diese jedoch garantieren zu können.

Dafür sind allerdings regelmässige Hospitalisierungen und sehr umfangreiche Behandlungen mit schweren Nebenwirkungen nötig. Das kleinste Infektionszeichen stellt ein lebensgefährliches Risiko dar und muss sofort behandelt werden. Ich erinnere mich noch gut an den Todesfall eines jungen Mannes, der wegen erhöhter Temperatur notfallmässig hospitalisiert wurde, die erste Dosis Antibiotika aber erst routinemässig um 20.00 Uhr abends bekam.
Für uns Pflegefachpersonen ist es eine grosse Herausforderung, die Patientinnen und Patienten durch Momente der Hoffnung und der Hoffnungslosigkeit, der Einsamkeit und der mangelnden Intimität, des Leidens und der Freude über eine gute Nachricht, der Einschränkungen und Chancen zu begleiten. Dabei geht es vor allem darum, gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten herauszufinden, womit man sie am besten unterstützen kann und was für sie besonders wichtig ist, um in diesen schwierigen Zeiten die grösstmögliche Lebensqualität zu bewahren.

Ich wünsche Ihnen eine bereichernde Lektüre..

Cara lettrice
Caro lettore

Oggi i bambini, gli adolescenti, gli adulti con malattie maligne del sangue come la leucemia acuta beneficiano dei trattamenti mirati, ma che purtroppo non garantiscono la guarigione.

Ciò richiede ricoveri regolari, trattamenti molto pesanti con effetti avversi importanti. Qualsiasi segno d'infezione è un rischio per la vita e impone una reazione rapida. Mi ricorderò della morte di un giovane ricoverato in urgenza per temperatura alta, dove la prima dose di antibiotico è stata fissata di routine soltanto per le ore 20.
Per noi, infermieri/e, è un impegno rimanere al loro fianco quando vivono la loro speranza e non speranza, l'isolamento e la mancanza d'intimità, la sofferenza e la gioia di buone notizie, le limitazioni e le opportunità. Si tratta di dare un contributo alla loro qualità di vita cercando con loro quello che può dare loro supporto. Questo è importante per coloro che vivono questo momento difficile con la speranza di continuare la loro esistenza nel miglior modo possibile.

Vi auguro una lettura arricchente.

Von Käfern und fiesen Keimen

Infektionsgefahr nach allogener Stammzelltransplantation

Monika Kirsch

Eine allogene Stammzelltransplantation geht mit einer erhöhten Infektanfälligkeit einher. Für Patienten, Angehörige und Fachpersonal bedeutet dies eine grosse Herausforderung. Welche Vorsichtsmassnahmen müssen getroffen werden? Was können Patienten selbst tun, um Infekte zu vermeiden?

Die hämatopoetische Stammzelltransplantation gilt als die intensivste Therapie maligner Bluterkrankungen. Patienten erhalten meist eine Hochdosis-Chemotherapie, um eine komplette Auslöschung der Blutbildung im Knochenmark herbeizuführen. Anschliessend werden eigene (autologe) Stammzellen oder Stammzellen eines Spenders (allogen) reinfundiert, damit das blutbildende System sich wieder bilden kann. Insbesondere nach einer allogenen Stammzelltransplantation sind Patienten sehr infektgefährdet. Grund dafür sind die medikamentös bedingte Abwehrschwäche sowie das für längere Zeit nicht voll funktionierende blutbildende System. Kommt es dazu noch zu einer immunologischen Abstossungsreaktion der körperfremden Spenderzellen gegen den Patienten, einer Graft-versus-host-disease (GvHD), wird die Ausbildung des neuen Immunsystems zusätzlich eingeschränkt. Selbst bei unkompliziertem Verlauf dauert es mindestens zwei Jahre, bis das Immunsystem sich wieder vollständig gebildet hat (Bosch, Khan, & Storek, 2012).

Bei der Neubildung des Immunsystems werden drei Phasen unterschieden (Dykewicz, 2001) (Abb. 1):

> In der **Frühphase (bis Tag 30 nach Transplantation)** ist das erhöhte Infektrisiko vorwiegend auf die Hochdosis-Chemotherapie zurückzuführen. Es zeigt sich eine insbesondere hohe Empfindlichkeit für bakterielle Infektionen, beispielsweise durch einen liegenden zentralvenösen Katheter.

> In der **Mittelphase (Tag 31 bis 100)** stehen die verminderte zelluläre Abwehr durch die Immunsuppression und eine mögliche GvHD im Vordergrund. Durch GvHD bedingte Haut- und Schleimhautverletzungen bilden in dieser Phase oft die Eintrittspforte für Keime.

> In der **Spätphase (ab Tag 101)** besteht weiterhin ein Immundefekt, weil sich die zelluläre Immunabwehr gegen Viren noch nicht wieder ausgebildet hat. Die fortgesetzte medikamentöse Immunsuppression und eine eventuelle chronische Form der GvHD setzen den Patienten zusätzlich einer höheren Infektgefahr aus.

Welche hygienischen Massnahmen sind wann notwendig?

Allgemein haben sich die Isolationsmassnahmen für die Frühphase nach allogener Stammzelltransplantation gelockert. Vor 25 Jahren wurden die Patienten während der Aplasiephase in Isolationszelten behandelt. Heutzutage ist es Standard, die Isolation in Zimmern mit Laminar-Airflow-Belüftung durchzuführen, was Vorteile gegen Infektionen mit Schimmelpilzen bietet. Auch bieten immer mehr Zentren ambulant durchgeführte Transplantationen an. Insbesondere Studien aus Skandinavien bewiesen die Sicherheit und Effektivität dieses Verfahrens (Ringden et al., 2013; Ringden et al., 2014; Svahn et al., 2008). Kritiker merkten jedoch an, dass ein interdisziplinäres Behandlungsteam mit guter Organisation und Infrastruktur vorhanden sein muss, um Patienten und pflegende Angehörige in einem solchen Modell sicher zu betreuen. Zudem können die in Skandinavien erhobenen Resultate nicht

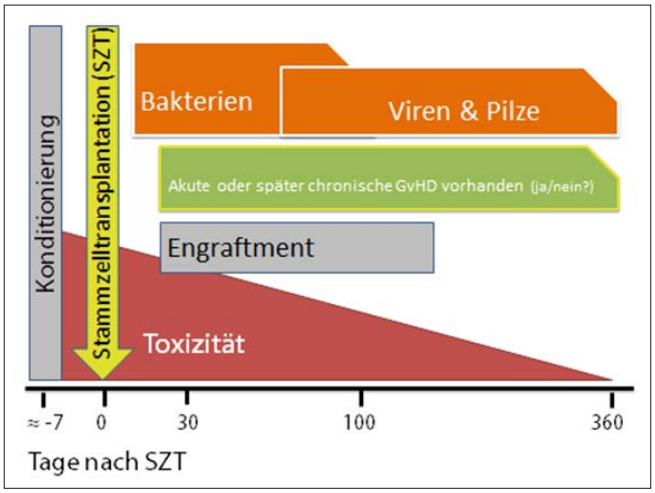


Abbildung 1: Infektionsgefahr nach allogener Stammzelltransplantation

ohne weiteres in andere Klimazonen übertragen werden. Die Debatte um Isolationsmassnahmen wird weiterhin hitzig geführt, und weitere Studien werden nötig sein, um zu klären, welche Vorkehrungen notwendig sind.

Hygieneempfehlungen für die Mittel- und Spätphase variieren ebenfalls. Grundsätzlich sollten Vorsichtsmassnahmen so lange eingehalten werden, wie die immunsuppressive Medikation andauert. Die Massnahmen lockern sich schrittweise nach der Spitalentlassung und abhängig von der Phase, in der sich ein Patient befindet. Internationale Richtlinien und Übersichtsarbeiten geben hier Aufschluss (Tomblyn et al., 2009; Yokoe et al., 2009a, 2009b) .

Zusätzlich stellt sich die Frage, welche Patienten ein erhöhtes Risiko für eine langanhaltende Infektanfälligkeit haben und deswegen für eine längere Phase Vorsichtsmassnahmen einhalten müssen. Allgemein lassen sich folgende Risikofaktoren benennen:

- Patienten mit einer GvHD
- Bei verzögerter Immunrekonstitution
- Patienten mit dauerhaften zentralvenösen Leitungen (z.B. Porth-a-cath, Hickman)
- Während immunsuppressiver Behandlung, insbesondere bei Gabe von Kortison in höheren Dosen
- Bei Störungen im Magen-Darm-Trakt, wenn die Schleimhautbarriere nicht intakt ist
- Bei Unter- und Fehlernährung
- Bei ungenügender Beachtung von Hygiene- und Präventivmassnahmen.

Was kann ein Patient selbst tun?

Was ein Patient selbst tun kann, hängt stark davon ab, in welcher Phase er sich befindet und wie gross sein Risiko für Infektionen ist. Fakt ist, dass die Infektionsvermeidung für Patienten und ihre Angehörigen ein grosses Stück Arbeit bedeutet. Ganz im Sinne des gesundheitlichen Selbstmanagements müssen der Patient und die Angehörigen Strategien und Wege finden, das durch die Infektanfälligkeit eingeschränkte Leben nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen zu leben und gleichzeitig gewisse Einschränkungen und Regeln zu beachten. Pflegefachpersonen können Unterstützung bieten, indem sie ihre Rolle bei der Beratung und Anleitung von Betroffenen wahrnehmen (Abb. 2).

Abbildung 2: Was kann die Pflege leisten?

Welche Vorsichtsmassnahmen sind nach der Spitalentlassung zu beachten?

Nach der Entlassung berichten viele Patienten über eine grosse Unsicherheit. Neue Regeln müssen aufgestellt und eingehalten werden, im Gegensatz zur Zeit auf der Isolierstation, wo die Regeln vom Fachpersonal vorgegeben wurden. So berichtet die Ehefrau eines Mannes, der vor drei Monaten transplantiert wurde: «Ich habe jetzt jeden Tag die Bettwäsche und die Handtücher wie auf der Isolierstation gewaschen und gewechselt. Wie lange ist das noch nötig?» In dieser Intensität sind hygienische Massnahmen natürlich nicht erforderlich, aber dennoch müssen in den ersten Monaten und bei fortbestehender Immunsuppression wesentliche Regeln befolgt werden (Yokoe et al., 2009b).

Bettwäsche sollte wöchentlich und Handtücher sollten alle zwei Tage gewechselt werden, denn gerade in nassfeuchten Badetüchern vermehren sich gerne Pilze. Alte Matratzen sollten wegen Milbenbesiedelung ausgewechselt werden. Teppiche sind Staubfänger und können gefährliche Keime beherbergen. Santäranalagen sollten in einem guten Zustand sein, und das Wasser sollte auf 60 Grad Celsius erhitzt werden, um Legionellen vorzubeugen. Nach Möglichkeit sollten Transplantierte in der Früh- und Mittelphase die Sanitäranlagen nicht selbst reinigen. Gefährlich sind warmfeuchte Räume, da sich hier gerne Schimmelpilz an den Wänden ansiedeln. Auf eine gute Belüftung ist ebenfalls zu achten.

Menschenansammlungen sollten gemieden werden, ebenso der direkte Kontakt zu Personen mit ansteckenden Krankheiten. Die meisten Zentren empfehlen das Tragen eines Mundschutzes in infektgefährendenden Situationen (Warteraum, öffentlicher Verkehr). Beim Umgang mit

Haustieren sollten hygienische Vorkehrungen eingehalten werden, zum Beispiel Händewaschen nach Berührung und keine Reinigung des Katzenklos durch den Patienten.

Gibt es pauschale Ernährungsempfehlungen?

Bezüglich der Ernährung sind je nach Phase unterschiedliche Punkte zu beachten (Raynard et al., 2003; Yokoe et al., 2009a). In der Frühphase, wenn beim Patient Schleimhautschädigungen und Verdauungsstörungen bestehen, sollte er sich möglichst keimarm ernähren. In der Regel befindet sich der Patient zu diesem Zeitpunkt meist im Spital. Auch in der Mittelphase, wenn der Patient wieder zuhause ist, ist eine keimarme Ernährung weiterhin notwendig. Zwar werden die strikten Regeln schrittweise gelockert, jedoch darf der Patient noch nicht wieder normal essen. Zusätzlich schränken ihn noch eventuell Appetitlosigkeit, Übelkeit, Geschmacksveränderungen oder Läsionen der Mundschleimhaut ein, weswegen Kreativität beim Kochen gefordert ist. Auch sollte die Kost leicht verdaulich sein, da sich die Darmflora erst noch aufbauen muss. Insbesondere Milchlaktose wird zu Beginn nach der Transplantation oft nur schlecht vertragen und sollte nur schrittweise erhöht werden. Übersichtstabellen mit empfohlenen Lebensmitteln werden von den jeweiligen Zentren abgegeben. Wenn die immunsuppressiven Medikamente reduziert und schliesslich abgesetzt werden, können die Patienten sich weitgehend normal ernähren, sollten aber unbedingt weiter auf ausgewogene Ernährung achten.

Was ist auf Reisen zu beachten?

Wichtig ist, eine Reise gut zu planen und zu organisieren. Die Absprache mit dem Transplantationsarzt ist unabläßig, denn er gibt Auskunft, ob eine Reise schon möglich ist. Wenn weiterhin eine erhöhte Infektanfälligkeit besteht, wird empfohlen, nur in Länder und Regionen mit hohen hygienischen Standards zu reisen und ein Hotel mit guten sanitären Anlagen und hygienischen Verhältnissen auszusuchen. Wichtige medizinische Unterlagen wie Arztbriefe oder Kopien von Rezepten sind mitzunehmen. Vor Antritt der Reise sollte man sich ausreichend mit Medikamenten eindecken, da diese nicht an allen Urlaubszielen erhältlich sind (Yokoe et al., 2009b).

Sind Impfungen notwendig?

Hinsichtlich Impfungen wird empfohlen, sich nach einem halben bis einem Jahr nach einem festen Schema wieder impfen zu lassen. Die eigene, «alte» spezifische Immunantwort ist nämlich nicht mehr vorhanden, und die Immunität und Fähigkeit zur Antikörperbildung des Spenders wird meist nicht ausreichend übertragen. Das Impfschema umfasst die Grundimmunisierung, wie sie bei Kindern durchgeführt wird, und kann durch weitere Impfungen, abhängig von deren Notwendigkeit, ergänzt werden (Engelhard, Mohty, de la Camara, Cordonnier, & Ljungman, 2013; Savani, Griffith, Jagasia, & Lee, 2011).

> Monika Kirsch
Diplomierte Pflegefachfrau und Pflegeexpertin MSc.
Universitätsspital Basel, Klinik für Hämatologie
Petersgraben 4
CH- 4031 Basel
Monika.Kirsch@usb.ch

> *Literatur: www.onkologiepflege.ch*

KEYNOTES

Sujet Une transplantation allogénique de cellules souches est associée à une susceptibilité accrue aux infections. Pour les patients, les proches et le personnel professionnel, cela signifie un grand défi.

Apport de connaissances L'article fournit des informations sur les précautions qui doivent être prises dans la pratique clinique et ce que le patient peut faire lui-même pour prévenir les infections.

Dans la pratique Les mesures d'hygiène et d'isolement sont discutées.

Argomento Il trapianto allogenico di cellule staminali è associato a una maggiore predisposizione alle infezioni. Per i pazienti, i familiari e il personale infermieristico questa situazione rappresenta una sfida importante.

Acquisire conoscenze L'articolo parla delle precauzioni da adottare nella pratica clinica e delle misure che un paziente può prendere autonomamente per evitare le infezioni.

Contesto nella pratica clinica Sono in discussione le indicazioni relative alle misure igieniche e agli isolamenti.

EFFENTORA®

Fentanyl Buccaltabletten

Aktive OraVescent®-Technologie

Das schnelle Fentanyl[1]

Effektive Bedarfsmedikation bei erwachsenen Patienten mit Tumor-Durchbruchschmerzen unter Opioid-Basistherapie

1 Slatkin NE et al. Fentanyl buccal tablet for relief of breakthrough pain in opioid-tolerant patients with cancer-related chronic pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. J Support Oncol 2007;5(7):327-334: signifikant stärkere Schmerzreduktion ab 10 Minuten.

Effentora® Z: 1 Buccaltablette enthält 100 µg, 200 µg, 400 µg, 600 µg oder 800 µg Fentanylum. Effentora® 100 µg enthält 8 mg Natrium, 200/400/600/800 µg enthält 16 mg Natrium. **I:** Behandlung von Durchbruchschmerzen bei erwachsenen Krebspatienten, die bereits eine Opioid-Basistherapie gegen ihre chronischen Tumorschmerzen erhalten. **D:** Empfohlene Anfangsdosis 100 µg, bei ungenügender Analgesie kann eine weitere Tablette der gleichen Dosisstärke verabreicht werden, individuelle Dosistitration bis max. 800 µg. Die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen wird nicht empfohlen. Für Einnahmeempfehlungen und weiterführende Dosierungsanweisungen vgl. Arzneimittel-Kompendium. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Fentanyl oder einem der Hilfsstoffe. Patienten ohne Opioid-Basistherapie. Schwere Atemdepression oder schwere obstruktive Lungenerkrankungen. Behandlung akuter Schmerzen, welche keine Durchbruchschmerzen darstellen. Gleichzeitige Anwendung von Monoaminoxidase (MAO)-Hemmern oder Anwendung von Effentora® innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Therapie mit MAO-Hemmern. Schwangerschaft/Stillzeit. **V:** Die Patienten müssen informiert werden, dass Effentora® einen Wirkstoff enthält, der insbesondere für Kinder tödlich sein kann. Klinisch relevante Atemdepression unter Fentanyl, Patienten mit nicht-schwerwiegender chronisch obstruktiver Lungenerkrankung oder andere Erkrankungen die für eine Atemdepression prädisponieren, Auffälligkeit für intrakranielle Wirkungen einer CO_2-Retention, vorbestehende Bradyarrhythmie, Leber- und Nierenfunktionseinschränkungen, Hypovolämie, Hypotonie, Gewöhnung und physische und/oder psychische Abhängigkeit, das Führen eines Fahrzeugs und Bedienen von Maschinen. **UW:** *Sehr häufig:* Atemdepression, Kreislaufabfall, Hypotonie, Schock, Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen. *Beschwerden am Verabreichungsort:* Blutungen, Schmerzen, Ulzeration, Reizung, Pärästhesie, Anästhesie, Erythem, Ödem, Schwellung, Bläschenbildung. *Häufig:* Orale Candidosen, Anämie, Neutropenie, Anorexie, Depression, Angst, Verwirrtheitszustand, Schlaflosigkeit, Geschmacksstörung, Somnolenz, Lethargie, Tremor, Sedierung, Hypästhesie, Migräne, Tachykardie, Hypertonie, Dyspnoe, Pharyngolaryngeale Schmerzen, Obstipation, Stomatitis, Mundtrockenheit, Diarrhoe, Bauchschmerzen, gastroösophageale Refluxkrankheit, Magenbeschwerden, Dyspepsie, Zahnschmerzen, Pruritus, Hyperhidrose, Hautausschlag, Myalgie, Rückenschmerzen, periphere Ödeme, Fatigue, Asthenie, Substanzentzugssyndrom, Schüttelfrost, Gewichtsabnahme, Sturzgefahr. **IA:** Gleichzeitige Anwendung mit CYP3A4-Induktoren, CYP3A4-Inhibitoren wie Ritonavir, Ketoconazol, Itraconazol, Troleandomycin, Clarithromycin, Nelfinavir, Amprenavir, Aprepitant, Diltiazem, Erythromycin, Fluconazol, Fosamprenavir, Grapefruitsaft, Verapamil. Gleichzeitige Gabe von Sedativa, Hypnotika, Allgemeinanästhetika, Phenothiazinen, Tranquilizern, Muskelrelaxantien, sedierenden Antihistaminika, Alkohol, partielle Opioid-Agonisten/Antagonisten wie Buprenorphin, Nalbuphin, Pentazocin, MAO-Hemmer. **Liste:** A+. Untersteht dem Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe. Weiterführende Informationen siehe Arzneimittelinformation www.swissmedicinfo.ch.

11/2012

Teva Pharma AG, Kirschgartenstrasse 14, Postfach, 4010 Basel, Telefon 061 705 43 43, Fax 061 705 43 85, www.tevapharma.ch

www.effentora.ch

TEVA Pharma

Behandlungsstrategien bei akuten Leukämien

Chemotherapie und Stammzelltransplantation

Michael Medinger, Jakob R. Passweg

Die meisten akuten Leukämien im Erwachsenalter sind prognostisch ungünstig. Durch intensive Chemotherapien, die hämatopoetische Stammzelltransplantation und verbesserte supportive Massnahmen hat sich die Prognose von Patienten mit akuten Leukämien in den letzten Jahren aber deutlich verbessert.

Akute Leukämien, die zu den hämatoonkologischen Neoplasien gehören, sind die Folge einer klonalen Expansion und fehlenden Ausreifung von blutbildenden Stammzellen. Im Knochenmark sowie im Blut oder in den Geweben häufen sich die unreifen hämatopoetischen Zellen (Blasten) an und verdrängen die Zellen der normalen Blutbildung (Hämatopoese).

Die akuten Leukämien werden je nach Differenzierung der Zellen in akute myeloische (AML) und akute lymphatische Leukämien (ALL) eingeteilt (Bloomfield et al., 1998). Akute Leukämien sind insgesamt selten: Bei jungen Erwachsenen treten sie bei 2–4 pro 100'000 Einwohner auf, bei Erwachsenen im höheren Alter bei bis zu 25 pro 100'000 Einwohner. Die ALL ist noch seltener als die AML (1–2 pro 100'000 Einwohner) und tritt in zwei Lebensaltern gehäuft auf: Sie ist die häufigste Tumorerkrankung im Kindesalter und bei Jugendlichen (in der Phase der Konstitution des Immunsystems) und zeigt einen zweiten Häufigkeitsgipfel im höheren Alter.

Klinik

Die Symptome treten in erster Linie als Folge der Panzytopenie auf, also der Verminderung von Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, was zu Anämie, Leukopenie und Thrombozytopenie führt. Auch die Gewebe-Infiltration oder paraneoplastische Phänomene, oft begleitet von Gerinnungsstörungen, können Symptome verursachen.

Die Anämie führt zu Schwäche und Müdigkeit. Die Thrombozytopenie kann Blutungen auslösen, häufig petechial an den unteren Extremitäten oder Schleimhäuten. Bei Gerinnungsstörungen (vorzugsweise bei der Promyelozytenleukämie oder der AML mit monoblastärer Differenzierung) können die Blutungen sehr ausgedehnt sein. Knochenschmerzen treten häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen mit ALL auf. Fieber und Entzündungszeichen sind entweder die Folge einer systemischen Infektion durch Bakterien resp. Pilze oder durch die Grundkrankheit. Ein Befall ausserhalb des Knochenmarks, zum Beispiel bei myeloischem Sarkom oder Lymphom bei ALL, betrifft häufig das Zahnfleisch und die Haut, kann aber überall auftreten. Typisch ist der Befall des Liquor cerebrospinalis bei der ALL und des Mediastinums bei der T-ALL mit der Gefahr der oberen Einflussstauung. Eine Leukostase (Gefässverstopfung durch Blasten) bei sehr hohen Blastenzahlen ist eine gefürchtete Komplikation. In diesen Fällen kann eine Leukapherese notwendig werden, damit Symptome des ZNS oder der Lunge beherrscht werden können.

Diagnose

Der Diagnosepfad geht bei jeder akuten Leukämie über die Identifizierung blastärer Zellen, die Zuordnung zu einer Zelllinie und einem Reifungsstadium bis zur Bestimmung prognostischer Faktoren (Zytogenetik, Molekulargenetik) (Bloomfield et al., 1998). Als Diagnosemethoden werden die Bestimmung der zellulären Morphologie, Zytochemie (Enzymfärbungen), Histologie, Immunphänotypisierung der Blasten, Zytogenetik und zunehmend auch molekulare Genetik eingesetzt (Döhner, 2010). Um eine akute Leukämie gemäss WHO 2008 einteilen zu können, sind ausser der Vorgeschichte alle diese Untersuchungen nötig – und die Einteilung ist sehr wichtig, weil sich sowohl die Prognose als auch die Behandlung der einzelnen Leukämien voneinander unterscheiden (Swerdlow, 2008). Akute Leukämien sind als eine Sammlung unterschiedlicher

Die Anämie führt zu Schwäche und Müdigkeit.

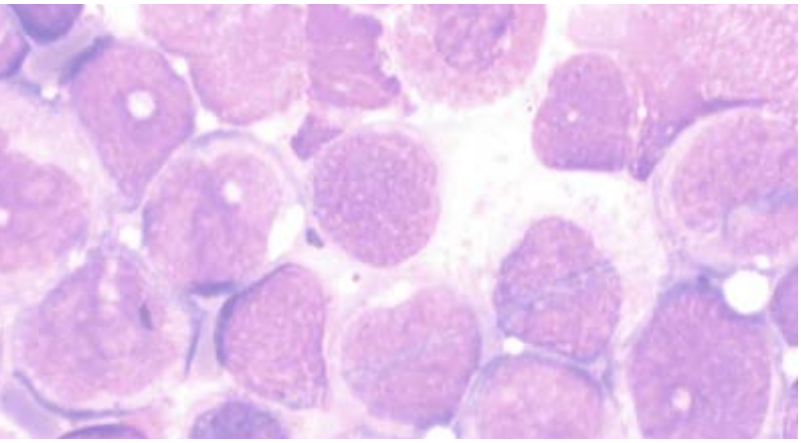


Abbildung 1: Blasten-Rasen im Knochenmark.

Erkrankungen mit unterschiedlicher genetischer Basis zu verstehen (Schlenk, 2008).

Die Diagnose beginnt mit dem Blutbild. Nicht immer finden sich zirkulierende Blasten, bei mehr als 20% Blasten im Blut steht die Diagnose akute Leukämie aber fest (Abb. 1). Die Diagnose steht auch fest, wenn eine 20-prozentige blastäre Infiltration im Knochenmark und/oder Ausschwemmung ins periphere Blut oder eine Infiltration von Blasten ausserhalb des Knochenmarks festgestellt wird. Die Knochenmarkpunktion und Biopsie sind unerlässlich, damit Blasten gewonnen und diese charakterisiert werden können mittels Zytochemie, Peroxidase (myeloische Reihe), Esterasen (monozytäre Differenzierung) und PAS-Reaktion. Eine dichte Blasteninfiltration im Knochenmark kann manchmal die Aspiration von Blasten unmöglich machen.

Die durchflusszytometrische Immunphänotypisierung mit Nachweis von Markern auf der Oberfläche oder im Zytoplasma leukämischer Zellen ist Standard für die Linienzuordnung (myeloisch, lymphatisch-B, lymphatisch-T). Die konventionelle zytogenetische Metaphasen-Analyse wird ergänzt durch Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) und molekulargenetische Untersuchungen. In Zukunft werden möglicherweise Untersuchungen wie «Next Generation Sequencing» die konventionelle Zytogenetik ersetzen. Zur Diagnose der ALL ist die Immunphänotypisierung essentiell für die Zuordnung zur B- oder T-Zell-Linie sowie um das Ausmass der Ausreifung festzustellen. Etwa ein Drittel der Erwachsenen mit ALL weisen ein Philadelphia-Chromosom auf, was prognostisch ungünstig ist.

Prognose

Das 5-Jahres-Überleben für jüngere AML-Patienten mit intensiver Therapie beträgt etwa 50-75% für Leukämien mit niedrigem Risiko, 30-45% für Leukämien mit intermediärem Risiko und 5-15% für Hochrisikoleukämien. Die Resultate bei der ALL sind etwas weniger gut, haben sich in den letzten Jahren aber verbessert; Gründe dafür sind die Anpassung der Behandlungsstrategien bei pädiatrischen Patienten und die Einführung von Tyrosinkinase-Hemmern bei der Therapie der ALL mit positivem Philadelphia-Chromosom.

Therapie

Die Notfallbehandlung bei einem eintretenden Patienten mit einer akuten Leukämie besteht aus Hydrierung, Allopurinol, um die Harnsäurebildung zu vermindern, und Infektbehandlung falls angezeigt. Insbesondere eine eventuell bestehende disseminierte intravasale Gerinnung (DIC) muss aggressiv und rasch angegangen werden. Auch Transfusionen sind angezeigt; diese können bei bestehender Leukostase mit Durchblutungsstörungen aber gefährlich sein, deshalb ist bei Patienten mit sehr hohen Leukozytenwerten Vorsicht nötig.

Die Behandlungsstrategien hängen bei der AML vom Alter der Patienten ab: Jüngere werden eher mit aplasierender Chemotherapie behandelt, ältere über 70 eher mit palliativer Chemotherapie (Luger, 2010, Kantarjian et al., 2006). Im grossen und ganzen sind die Behandlungsstrategien bei der AML standardisiert und bei allen Formen der AML ähnlich. Eine Ausnahme bildet die Promyelozytenleukämie, bei der mit gezielten Therapien, die den genetisch veränderten Vitamin-A-Rezeptor beeinflussen, hohe Heilungsraten erreicht werden (Lo-Coco et al., 2013).

Im Gegensatz zur Behandlung von soliden Tumoren, wo die Knochenmarkfunktion soweit wie möglich erhalten bleibt, ist bei der leukämischen Infiltration des Knochenmarks die Knochenmarkaplasie das Ziel.

Die Initialbehandlung bei jungen Patienten besteht aus einer aplasierenden Chemotherapie mit einer Kombination aus einem Antracyclin (3 Tage) und Cytosin-Arabinosid (7 Tage) (Tallman, 2005). Eine solche Chemotherapie führt bei 60–80% der Patienten zu einer kompletten Remission. Das Ziel ist die rasche Wiederherstellung der Knochenmarkfunktion (Induktionsbehandlung). Weitere Zyklen konsolidierender Chemotherapie oder eine Stammzelltransplantation können zu einer dauerhaften Remission führen. Die in der Schweiz üblichen Behandlungsprotokolle sehen vor, dass bei Patienten mit Niedrigrisiko-AML eine reine Chemotherapie erfolgt und bei Patienten mit Intermediär- und Hochrisiko-AML eine autologe oder allogene hämatopoetische Stammzelltransplantation (HSZT) geplant wird.

Die aplasierende Chemotherapie ist stark toxisch. Im Gegensatz zur Behandlung von soliden Tumoren, wo die Knochenmarkfunktion soweit wie möglich erhalten bleibt, ist bei der leukämischen Infiltration des Knochenmarks die Knochenmarkaplasie das Ziel. Die Chemotherapie ist meist mit einer erheblichen Mukositis assoziiert, die eine erhebliche Gefahr für bakterielle Infekte oder Pilzinfektionen bedeutet.

Die autologe HSZT ist abhängig von der Möglichkeit, beim Patienten Stammzellen zu sammeln. Die allogene HSZT ist nur möglich, wenn ein HLA-identisches Geschwister oder ein unverwandter Spender vorhanden ist (Suciu et al., 2003). Die allogene HSZT hat den Vorteil, dass sie wegen des immunologischen Graft-versus-Leukämie-Effekts mit den niedrigsten Rezidivraten assoziiert ist, andererseits besteht die Gefahr der Graft-versus-host-Erkrankung mit erhöhter Mortalität. Deshalb wird diese Therapiemodalität bei AML mit niedrigem Risiko nicht als erste Therapiemodalität empfohlen (Passweg et al., 2014).

Die Behandlung der ALL unterscheidet sich einerseits in der Wahl der Substanzen, andererseits in der Dauer der Behandlung, da an die Induktions- und Konsolidationschemotherapie eine zweijährige Erhaltungstherapie

SCHWEIZER
ONKOLOGIEPFLEGE
KONGRESS

17. Schweizer Onkologiepflege Kongress
26. März 2015 – Bern

KREBS
UND DANN?

Auswirkungen
auf Betroffene
und Pflegende

Onkologiepflege Schweiz
Hirstigstrasse 13 – CH-8451 Kleinandelfingen
www.onkologiepflege.ch

angeschlossen wird (Thomas et al., 2004, Boissel et al., 2003). Bei der ALL hat sich die Messung der minimalen Resterkrankung gut etabliert; diese Messung wird in den aktiven Protokollen zur Therapieentscheidung beigezogen. Die Behandlung der ALL mit Philadelphia-Chromosom ist durch die Tyrosinkinase-Hemmer modifiziert worden, hier kann die Intensität der Behandlung zugunsten einer gezielteren Therapie reduziert werden (Pui et al., 2006).
Die palliative Chemotherapie kommt bei Patienten zum Zug, bei denen wegen des Alters oder Begleiterkrankungen auf eine intensive Chemotherapie verzichtet wird. Die eingesetzten Substanzen sind Hydroxyurea, niedrig dosiertes subkutanes Cytosin-Arabinosid und hypomethylierende Substanzen wie Azacitidin oder Decitabine (Fenaux et al., 2010). Ziel der Therapie ist nicht die komplette Remission, sondern eine Linderung der Symptome und temporäre Kontrolle der Krankheit. Zur Supporttherapie gehören auch Transfusionen sowie Infektprophylaxe und -behandlung.

Ausblick

In den letzten Jahren ist das Verständnis der Gen-Mutationen, welche Leukämie induzieren können, richtiggehend explodiert. Jedoch haben sich bis anhin daraus nur wenige neue Therapien ergeben. Dennoch besteht berechtigte Hoffnung, dass die beeindruckenden neuen Erkenntnisse zukünfig für die Patienten einen Benefit erzielen werden.

> PD Dr. Michael Medinger
Oberarzt
Innere Medizin
Universitätsspital Basel

> Korrespondenz
Prof. Jakob R Passweg MS
Klinik für Hämatologie, Universitätsspital Basel
Petersgraben 4, 4031 Basel
jakob.passweg@usb.ch

> *Literatur: www.onkologiepflege.ch*

KEYNOTES

Article chimiothérapie et transplantation de cellules souches
Les stratégies de traitement dans les leucémies aiguës

Sujet La majorité des leucémies aiguës de l'âge adulte sont de pronostic défavorable. Grâce à une chimiothérapie intensive, la transplantation de cellules souches hématopoïétiques, et l'amélioration des mesures de soutien, le pronostic des patients atteints de leucémie aiguë s'est toutefois nettement amélioré au cours des dernières années.

Apport de connaissances
> Les leucémies aiguës sont dans l'ensemble rares; leur fréquence augmente avec l'âge.
> Le diagnostic repose sur la morphologie cellulaire, la cytochimie, l'histologie, l'immunophénotypage des blastes, la cytogénétique et, de plus en plus, sur la génétique moléculaire.

Dans la pratique
> Le traitement d'urgence d'un patient atteint de leucémie aiguë repose sur l'hydratation, l'allopurinol et, le cas échéant, le traitement des infections.
> Toute éventuelle coagulation intravasculaire disséminée doit être combattue rapidement et de manière agressive.

Articolo chemioterapia e trapianto di cellule staminali
Strategie terapeutiche nelle leucemie acute

Argomento La maggior parte delle leucemie acute in età adulta hanno una prognosi sfavorevole. Attraverso chemioterapie intensive, trapianto di cellule staminali ematopoietiche e misure di sostegno adeguate, la prognosi dei pazienti con leucemia acuta negli ultimi anni è migliorata in modo significativo.

Acquisire conoscenze
> Le leucemie acute in linea generale sono rare; L'incidenza aumenta con l'avanzare dell'età.
> La diagnosi si basa su: morfologia cellulare, citochimica, istologica, immunofenotipizzazione dei blasti, citogenetica e sempre di più sulla genetica molecolare.

Contesto nella pratica clinica
> Il trattamento d'emergenza in un paziente con leucemia acuta consiste nell'idratazione, somministrazione di allopurinolo e nel trattamento d'infezione, se indicato.
> Un'eventuale coagulazione intravascolare disseminata deve essere affrontata in modo aggressivo e veloce.

Leucemia senza chemioterapia

Il triossido di arsenico nella leucemia acuta promielocitica

Francesca Matteazzi

Introduzione

Il trattamento della leucemia mieloide acuta promielocitica, temibile variante di leucemia, ha subito negli ultimi anni sensazionali e sbalorditive modifiche: negli stadi di rischio basso– intermedio, i citostatici sono stati sostituiti da derivati dell' arsenico e della vitamina A con benefici sul profilo di tossicità e qualità di vita.

PML

La leucemia acuta promielocitica (PML) è un particolare tipo di leucemia acuta mieloide con peculiari caratteristiche patogenetiche, molecolari, fisiopatologiche e cliniche che la rendono una entità patologica quasi a sé stante. Da un punto di vista epidemiologico, ha un'età media di insorgenza minore rispetto alle altre leucemie mieloidi, intorno ai 35–40 anni. Il decorso clinico è aggressivo, a volte fulminante, per la comparsa di una grave sintomatologia emorragica dovuta alla presenza spesso di un ridotto numero di trombociti associato ad una alterazione del meccanismo coagulativo (coagulazione intravasale disseminata): si stima che circa il 5% dei pazienti con PML vada incontro ad emorragie maggiori fatali prima di poter essere sottoposto al trattamento. Per tale motivo è importantissimo completare rapidamente le indagini diagnostiche ed iniziare una terapia specifica, l'unica in grado di correggere la coagulopatia; oltre a cio', in caso di complicanze emorragiche, è opportuno gestire il paziente da subito con un'adeguata terapia di supporto basata sulla trasfusione di concentrati piastrinici, plasma fresco congelato e di emoderivati.

L' anomalia cromosomica patognomica della PML, scoperta negli anni 90, è una traslocazione tra i cromosomi 15 e 17, t (15;17), che da' luogo alla formazione di un prodotto di fusione chiamato PML/RARalfa: coinvolge i geni che codificano per il recettore alfa dell'acido retinoico (RARalfa) ed il gene PML, presenti rispettivamente sul cromosoma 17 e 15, che vengono alterati nella loro espressione determinando un blocco maturativo della cellula staminale mieloide allo stadio di promielocita e un suo accumulo a livello midollare. Per questo motivo, la diagnosi di certezza avviene tramite l' analisi di biologia molecolare e citogenetica; la sola caratterizzazione morfologica e citochimica non è sufficiente, seppur possa indurre nel sospetto di PML.

Trattamento

Il trattamento attuale della leucemia acuta promielocitica differisce notevolmente da quello delle altre forme di leucemia: lo standard terapeutico è il frutto di una serie di studi e ricerche affrontati negli ultimi 30 anni.

Il trattamento attuale della leucemia acuta promielocitica differisce notevolmente da quello delle altre forme di leucemia: lo standard terapeutico è il frutto di una serie di studi e ricerche affrontati negli ultimi 30 anni.

Gia' alla fine degli anni 80, ricercatori cinesi pubblicavano sbalorditivi risultati ottenuti con un semplice derivato della vitamina A, l' acido transretinoico, tentando di abbattere il dogma per cui la proliferazione delle cellule maligne poteva essere inibita solo con agenti citotossici come chemioterapia e radioterapia. Benché' l'acido transretinoico fosse davvero efficace nell' ottenimento della remissione in molti pazienti, si capì ben presto che, ai fini di ottenere una risposta duratura e quindi una guarigione definitiva, era necessario comunque combinare a questa vitamina la chemioterapia (idarubicina), seppur a dosi ridotte rispetto a quelle comunemente usate nelle leucemie. Questa strategia modificava in modo straordinario la prognosi della malattia

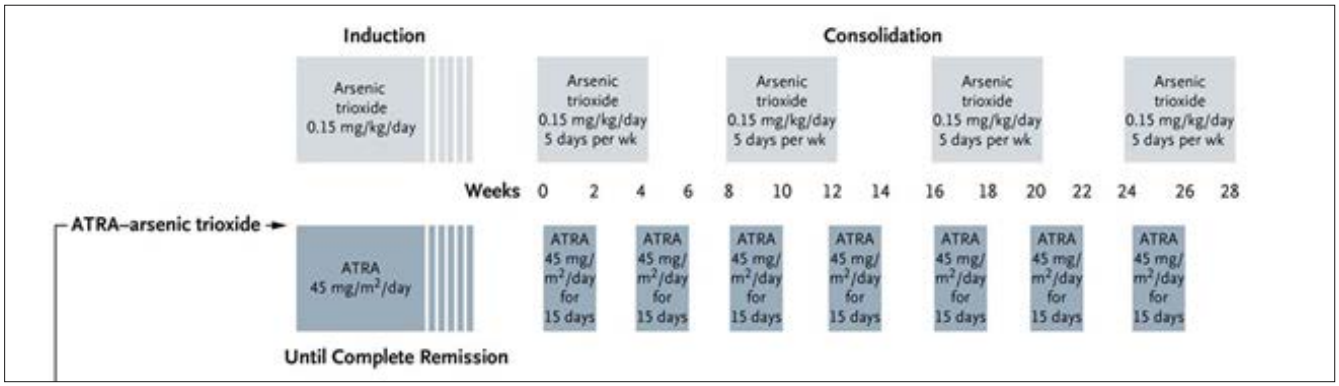


Figura 1: Schema di terapia con triossido di arsenico e acido transretinoico (Lo-Coco F et al. N Engl J Med 2013;369:111-12)

consentendo, con un pronto e corretto trattamento, di guarire circa il 75-80% dei pazienti. Permanevano tuttavia i noti effetti collaterali della chemioterapia (immunosoppressione e conseguenti complicanze infettive, perdita dei capelli, nausea, vomito, mucositi) che, seppur spesso transitori, influivano assai negativamente sulla qualità di vita dei pazienti.

Verso la fine degli anni 90, venivano resi noti i risultati ottenuti ancora una volta dalla Cina utilizzando triossido di arsenico, una sostanza naturale e popolarmente nota come un potente veleno. Molti gruppi di ricerca nel mondo iniziarono a sperimentare questa sostanza con risultati brillanti, in particolare in associazione all' acido transretinoico. Solo nel 2006 una collaborazione italo-tedesca dava vita a uno studio di confronto, randomizzato, per paragonare il regime privo di chemioterapici (arsenico ATO e acido transretinoico ATRA) al tradizionale schema di terapia (chemioterapia e acido transretinoico) in pazienti affetti da leucemia mieloide acuta promielocitica a rischio intermedio- basso (alla diagnosi leucociti< 10x 10e9/L); i risultati preliminari, presentati a dicembre 2012, documentavano una sopravvivenza a 2 anni del 98% per pazienti che avevano assunto arsenico contro 91% per i pazienti che avevano ricevuto terapia convenzionale. ATO e ATRA quindi dimostravano un effetto sinergico nella clearence della cellula tumorale portatrice del trascritto patologico PML/RARalfa con risultati non inferiori, forse superiore, alla chemioterapia convenzionale e comportando minor tossicità gastrointestinale, ematologica e minor complicanze infettive conseguenti alla citopenia.

Lo schema di trattamento ATO/ATRA prevede una fase di induzione, mediamente della durata di 32 giorni, in cui il paziente rimane ospedalizzato (principalmente per monitoraggio di eventuali complicanze o tossicità) e in cui riceve quotidianamente triossido di arsenico (0.15 mg/ Kg/ die ev) e acido transretinoico (45 mg/ m2/day per os); una volta ottenuta la remissione ematologica, il paziente è candidato al consolidamento durante il quale si assume comunque

> ATRA quotidianamente, al medesimo dosaggio iniziale, per periodi di 15 giorni intervallati da ulteriori 15 giorni di sospensione

> ATO 5 giorni/settimana, al medesimo dosaggio iniziale, per periodi di 4 settimane intervallati da periodi di sospensione di ugual durata.

Il trattamento di consolidamento puo' essere gestito ambulatorialmente ed ha una durata complessiva di 28 settimane; non è prevista una terapia di mantenimento ma un programma di follow up stringente per lo meno per i primi 2 anni dal termine della terapia (Fig.1).

Effetti secondari

La sindrome da differenziazione (SD), precedentemente nota come sindrome da acido retinoico, è una complicazione frequente ma non prevedibile che può presentarsi in corso di somministrazione di ATRA e/o ATO, con una incidenza riportata fra 2,5-30%. La diagnosi è spesso difficoltosa per assenza di sintomi patognomici: da un punto di vista clinico,

la sindrome va sospettata quando ci si trova in presenza di uno dei seguenti sintomi o segni: dispnea, febbre non spiegabile con altre cause, aumento ponderale, edemi periferici, ipotensione non spiegabile con altre cause, insufficienza renale acuta o scompenso cardiaco congestizio, ed in particolare quando una radiografia toracica dimostri degli infiltrati polmonari interstiziali multipli o versamento pleuropericardico,. Tale complicanza è potenzialmente letale e merita un adeguato trattamento, costituito principalmente da corticosteroidi e, in casi di SD severa (insufficienza renale acuta o sindrome da distress respiratorio), temporanea sospensione della terapia ATRA e/o ATO.
Associato all' acido transretinoico è descritto invece pseudotumor cerebri, osservato in giovani <20 anni e caratterizzato da cefalea importante associata a nausea, vomito e disturbi visivi.

Il solo triossido di arsenico ha invece un importante profilo di cardiotossicità': comporta l' allungamento del tratto QT (reperto ECG) e il rischio di sviluppare una tachicardia ventricolare potenzialmente fatale (tipo torsione di punta). Per tale motivo, si raccomanda stretto monitoraggio elettrocardiografico (a maggior ragione nel paziente cardiopatico noto) durante la terapia oltre a controlli seriati degli elettroliti e non assunzione concomitante di altri farmaci con effetto sul QT. Sono poi descritti come effetti comuni del triossido di arsenico: trombocitopenia, neutropenia, dolori ossei, piressia, mialgie, parestesie/disestesie di grado lieve e moderato e reversibili al termine della terapia.

Conclusione

Nell' arco degli ultimi 50 anni, il contributo di scienziati, ematologi e oncologi di tutto il mondo ha fatto in modo che la leucemia promielocitica oggigiorno sia considerata non solo una pericolosa forma di leucemia acuta, ma anche la più curabile con risultati duraturi. L' acido trans retinoico e il triossido d' arsenico sono i protagonisti di questo straordinario successo della medicina moderna, sempre piu' volta alla profonda comprensione della patogenesi della malattia e all' identificazioni di target molecolari su cui sviluppare farmaci scevri delle classiche tossicità da chemioterapia e in grado di intervenire in modo mirato solo sulla malattia stessa.

> Dr. Francesca Matteazzi
Medico Assistente Ematologia
Ospedale San Giovanni, Via Ospedale 1
6500 Bellinzona
Francesca.Matteazzi@eoc.ch

> *Litteratura: www.onkologiepflege.ch*

KEYNOTES

Leukämie ohne Chemotherapie
Arsentrioxid in akuter Promyelozytenleukämie

Thema Die Akute Promyelozytenleukämie (PML) ist eine seltene Variante der akuten Leukämie mit einem alternativen therapeutischen Ansatz zur herkömmlichen Chemotherapie.
Wissensgewinn Die Standardbehandlung für Patienten mit PML mit mittlerem-niedrigem Risiko besteht heute aus Transretinolsäure (ATRA) und Arsentrioxid (ATRO).
Praxisbezug Die Behandlung ist mit einer zufriedenstellenden Lebensqualität des Patienten kompatibel in Bezug auf Toxizität und fast ausschliesslicher ambulanten Behandlung.

Leucémie sans chimiothérapie
Le trioxyde d'arsenic dans la leucémie promyélocytaire aiguë

Sujet La leucémie aiguë promyélocytaire (LAP) est une variante rare de la leucémie aiguë avec une approche thérapeutique autre que la chimiothérapie conventionnelle.
Apport de connaissances Le traitement standard pour les patients atteints de LAP avec un risque bas-intermédiaire est en fait aujourd'hui constitué d'acide trans-rétinoïque (ATRA) et de trioxyde d'arsenic.
Dans la pratique Le traitement est compatible avec une qualité de vie du malade satisfaisante en termes de toxicité et de gestion presqu'entièrement ambulatoire.

Comment les infirmières peuvent-elles aider?

L'activité physique dans le cadre des maladies tumorales

Jacqueline Gräbner

Au service ambulatoire d'oncologie, je rencontre au quotidien des patients qui, avant la maladie, pratiquaient une activité physique régulière. Souvent ces patients vont mieux pendant la chimiothérapie et en phase de réadaptation, tant et si bien qu'il leur est possible de reprendre une activité physique. Les infirmières arrivent à inciter les patients peu actifs physiquement à bouger plus, par la motivation, en leur transmettant des informations et en les rendant attentifs à des offres de cours.

Mon travail de mémoire (études postgrades en oncologie) m'a permis de me pencher sur le thème de l'activité physique dans le cadre des maladies tumorales. De nombreuses études prouvent que l'activité physique pendant la chimiothérapie et en phase de réadaptation s'avère particulièrement bénéfique pour les patients (Holmes et al., 2005; Holmes et al. & Meyerhardt et al., 2006; cité d'après Baumann et al., 2008). L'activité physique permet de réduire l'intensité de la fatigue et des nausées, les patients se sentent plus dynamiques, rencontrent moins de problèmes d'ordre psychique et prennent une part active dans la maladie.

Jusqu'au milieu des années 90, il n'existait que très peu d'études sur les effets positifs et les possibilités d'activité physique chez les patients atteints d'un cancer et les recommandations se limitaient au calme et au repos. Aujourd'hui encore, beaucoup de patients, une fois le diagnostic posé et la chimiothérapie commencée, évitent tout effort ou toute charge quotidienne tels que la marche à pied ou monter des escaliers (Dimeo, 2010). Ces patients présentent ainsi une baisse de la performance et une perte de vitalité. S'installe alors un cercle vicieux constitué du manque d'activité physique, de fatigue, de perte de masse musculaire et de réduction de la performance. L'organisation du quotidien, avec tous les défis qu'il comprend, devient par la suite toujours plus dure et éprouvante. La fatigue risque alors de plus en plus de s'installer.

L'expérience prouve qu'une activité physique régulière permet d'éviter l'abattement et que les patients gagnent toujours un peu plus en force et en motivation. Une activité sportive légère 3 à 4 fois par semaine (marche nordique, randonnée, natation, vélo) peut réduire considérablement la fatigue et l'épuisement. Une fois une certaine force physique retrouvée, la volonté de vivre reprend le dessus et le rapport au corps redevient positif. La capacité de suivre un traitement s'en trouve considérablement augmentée et les dépressions dues à la maladie ainsi que l'isolement peuvent être évités (De Fries et al., 2011).

L'éducation des patients par la motivation

Il est important que l'équipe soignante du patient l'encourage et lui fasse comprendre tout l'intérêt de l'activité physique. Mais l'équipe soignante rencontre souvent des difficultés à convaincre les patients de la nécessité d'une activité physique régulière. Une fois qu'ils connaissent le diagnostic, les patients atteints d'un cancer vivent souvent dans la peur, le doute et perdent toute joie de vivre. Beaucoup se replient sur eux-mêmes et perdent confiance en eux. A cela s'ajoutent les modifications de l'image corporelle et la baisse de confiance envers leur propre corps. Les patients éprouvent alors de sérieuses difficultés pour trouver eux-mêmes la motivation nécessaire.

C'est au cours d'entretiens menés avec empathie que ce cercle vicieux peut être abordé avec le patient et ses proches. Ils permettent d'écouter et de poser des questions, de reconnaître les intérêts du patient et de l'inciter à traiter activement ses problèmes. Lorsque ce dernier réalise ses possibilités et ses forces, il dispose à nouveau d'espace pour agir par lui-même. Il reprend ses responsabilités.

L'éducation du patient fait partie des principales missions des soins infirmiers. L'usage conscient de termes valorisants et reconnaissants donne déjà de l'assurance et motive:

- « J'aime votre façon de ... »
- « C'est vraiment formidable la façon dont vous ... »
- « Vous avez beaucoup de force pour ... »
- «Je vous félicite pour ce que vous .... »
- «Je suis très impressionnée par la façon dont vous ... »
- «Je trouve super que vous ... » (Imbery, 2012)

De simples petits encouragements renforcent l'estime de soi et augmentent considérablement les chances de réussite dans l'éducation du patient.

Offres dans la pratique

Bien qu'une éducation du patient réussie et une équipe soignante motivée fassent déjà beaucoup, il est également important d'avoir à disposition une offre de groupes de sport et de cours. Souvent, les possibilités données aux patients de devenir actifs manquent. C'est pourquoi notre clinique (Hirslanden Klinik St. Anna, à Lucerne) a créé un groupe de travail «Activité physique». Ce dernier a pour mission de rassembler les diverses offres déjà existantes et d'analyser lesquelles s'avèrent les plus adaptées aux besoins de nos patients. En plus du groupe de sport pour les personnes atteintes d'un cancer, nous planifions également de proposer un cours de yoga et de la marche nordique. Les patients ne désirant pas être actifs au sein d'un groupe peuvent bénéficier de l'offre existante en entraînement thérapeutique médical (ETM). L'élaboration d'une brochure destinée aux patients avec des recommandations et des offres complètera l'offre.

La Ligue suisse contre le cancer soutient ce projet. Elle a d'ailleurs mis en place une offre très large pour les patients. La brochure «Découvrir de nouveaux horizons» propose notamment des séminaires sur l'activité physique et l'exercice (physiothérapie, entraînement thérapeutique médical, marche nordique et randonnée). En outre, la Ligue suisse contre le cancer publie une liste actualisée chaque année de tous les groupes de sport pour personnes atteintes d'un cancer en Suisse.

Le rôle de l'équipe soignante est d'attirer l'attention des patients sur cette offre et de les inciter à en profiter. A long terme, l'objectif est que les personnes concernées bougent toute leur vie et fassent du sport régulièrement.

> Jacqueline Gräbner
Infirmière dipl. EPG en oncologie
Infirmière-cheffe du centre d'oncologie
Hirslanden Klinik St. Anna, St. Anna Strasse 32
6006 Lucerne
jacqueline.graebner@hirslanden.ch

CONGRÈS
SOINS EN ONCOLOGIE
SUISSE

17ème Congrès Suisse des soins en oncologie
26 mars 2015 – Berne

CANCER
ET APRÈS ?

Signification
pour les patients,
les proches
et les professionnels
de la santé

Soins en Oncologie Suisse
Hirstigstrasse 13 – CH-8451 Kleinandelfingen
www.soinsoncologiesuisse.ch

Wie Pflegefachpersonen Patienten unterstützen können

Körperliche Aktivität bei Tumorerkrankungen

Jacqueline Gräbner

Im onkologischen Ambulatorium begegne ich in der täglichen Praxis oft Patienten, die vor ihrer Erkrankung körperlich aktiv waren. Oft geht es diesen Patienten während der Chemotherapie und in der Phase der Rehabilitation besser, so dass körperliche Bewegung möglich ist. Mit motivierenden Gesprächen, Information und Kursangeboten gelingt es Pflegefachpersonen, Patienten, die körperlich inaktiv sind, zu vermehrter Bewegung zu motivieren.

In meiner Abschlussarbeit (Nachdiplomstudium Onkologiepflege) setzte ich mich mit dem Thema «Körperliche Aktivität bei Krebserkrankungen» intensiv auseinander. Zahlreiche Studien zeigen auf, dass körperliche Aktivität während der Chemotherapie und in der Phase der Rehabilitation von grossem Nutzen für den Patienten ist (Holmes et al., 2005; Holmes et al. & Meyerhardt et al., 2006; zit. nach Baumann et al., 2008). Dank körperlicher Aktivität sind Fatigue und Nausea weniger stark ausgeprägt, die Patienten fühlen sich lebendiger, haben weniger psychische Probleme und nehmen aktiver am Krankheitsgeschehen teil.

Bis Mitte der 90er-Jahre waren die Möglichkeiten und positiven Wirkungen von körperlicher Aktivität bei Tumorpatienten noch wenig erforscht, und die üblichen Empfehlungen waren Ruhe und Schonung. Auch heute vermeiden viele Patienten nach der Diagnosestellung und mit dem Beginn der Chemotherapie weitgehend Anstrengungen und tägliche Belastungen wie zum Beispiel Spazierengehen oder Treppensteigen (Dimeo, 2010). Diese Patienten verlieren zunehmend an Leistungsfähigkeit und Vitalität. Ein Teufelskreis aus Bewegungsmangel, Müdigkeit, Muskelabbau und reduzierter Leistungsfähigkeit entsteht (Abb. 1). Die Alltagsgestaltung mit all ihren Herausforderungen wird für die Patienten immer anstrengender und mühsamer. Die Entstehung des sogenannten Fatigue-Syndroms wird dadurch immer wahrscheinlicher.

Die Erfahrung zeigt, dass regelmässige Bewegung die grosse Abgeschlagenheit lindert und Patienten wieder stärker und motivierter macht. Bereits eine leichte sportliche Aktivität 3–4x pro Woche (z.B. Walken, Wandern, Schwimmen, Velo fahren) kann die Müdigkeit und Erschöpfung stark reduzieren. Durch die Verbesserung der Körperkräfte steigt der Lebensmut und ein positives Körperempfinden kehrt zurück. Die Therapiefähigkeit der Patienten wird dadurch erheblich gesteigert, und krankheitsbedingte Depressionen und Isolation werden vermindert (De Fries et al., 2011).

Motivierende Patientenedukation

Es ist wichtig, dass das Behandlungsteam den Patienten ermutigt und ihm die Sinnhaftigkeit von körperlicher Bewegung deutlich macht. Für das Behandlungsteam ist es aber oft schwierig, Patienten von der Notwendigkeit regelmässiger Bewegung zu überzeugen. Patienten mit Tumorerkrankungen leben nach der Diagnose oft mit Ängsten, Zweifeln und dem Verlust an Lebensfreude. Viele reagieren mit Rückzug und mangelndem Selbstvertrauen. Dazu kommen Körperbildveränderungen, und das Vertrauen in den eigenen Körper schwindet. Die Patienten sind oft nicht mehr fähig, sich selbst zu motivieren.

In einfühlsamen Gesprächen sollte mit dem Patienten und seinen Angehörigen dieser Teufelskreis besprochen werden. Dabei kann man zuhören und aktiv nachfragen, die Interessen des Patienten erkennen und ihn zur aktiven Problembearbeitung motivieren. Wenn ein Patient seine Möglichkeiten und Stärken realisiert, gibt ihm das wieder Spielraum für das eigene Tun. Er übernimmt wieder Eigenverantwortung.

Die Patientenedukation ist eine der Hauptaufgaben in der Pflege. Bereits die bewusste Verwendung anerkennender und wertschätzender Worte bewirkt Zuversicht und motiviert:

- «Es gefällt mir, dass Sie ...»
- «Das ist wirklich grossartig, wie Sie ...»
- «Es gehört viel Power dazu, zu ...»
- «Ich möchte Ihnen gratulieren, dass Sie ...»
- «Besonders beeindruckt mich, wie Sie...»
- «Ich finde es einfach toll, wie Sie ...» (Imbery, 2012)

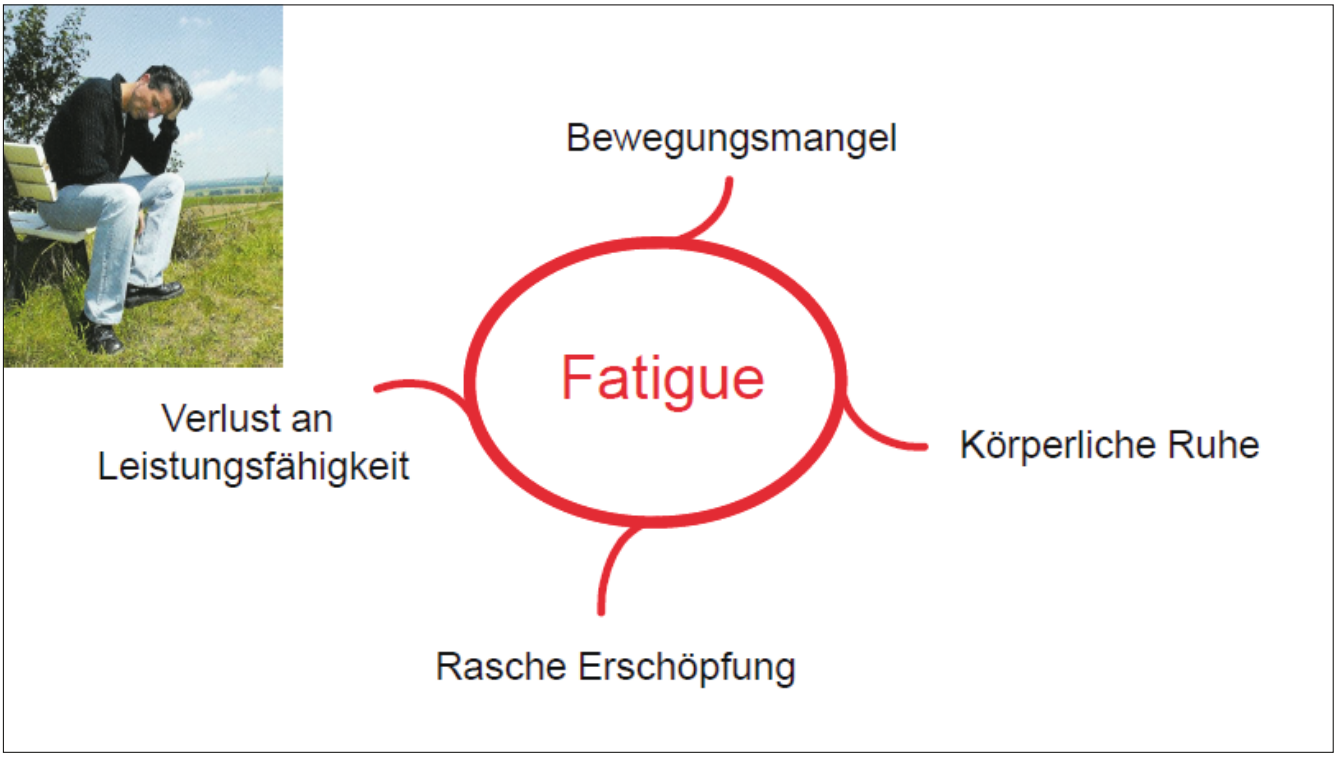


Abbildung 1: Teufelskreis Fatigue (De Vries et al, 2011)

Solche kleinen Aufmunterungen stärken das Selbstbewusstsein und erhöhen die Chancen für eine erfolgreiche Patientenedukation enorm.

Angebote in der Praxis

Nicht nur die erfolgreiche Patientenedukation und ein motiviertes Behandlungsteam sind wichtig, sondern auch ein Angebot an Sportgruppen und Kursen. Oftmals fehlt es den Patienten an Möglichkeiten aktiv zu werden. Deshalb haben wir in unserer Klinik (Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern) eine Arbeitsgruppe «Bewegung» gegründet. In dieser Gruppe möchten wir ein Kursangebot aus verschiedenen bereits bestehenden Kursen zusammenstellen und prüfen, welche sich für unsere Patienten besonders eignen. Wir planen, ergänzend zu unserer bestehenden Krebssportgruppe, einen Yoga-Kurs anzubieten. Vorgesehen ist auch ein «Onko-Walking». Patienten, die nicht gerne in einer Gruppe aktiv sind, können bei uns das bestehende Angebot der medizinischen Trainingstherapie (MTT) nutzen. Die Erarbeitung einer Patientenbroschüre mit Empfehlungen und Angeboten soll das Angebot abrunden.

Unterstützung bietet die Krebsliga Schweiz. Sie hat ein umfangreiches Angebot für Patienten erarbeitet. In der Broschüre «Neuland entdecken» werden Seminare zu körperlicher Aktivität und Bewegung angeboten (Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Nordic Walking und Wandern). Ausserdem gibt die Krebsliga Schweiz eine jährlich aktualisierte Liste aller Krebssportgruppen in der Schweiz heraus.

Die Aufgabe des Behandlungsteams muss es sein, Patienten darauf aufmerksam zu machen und sie zu motivieren, solche Angebote zu nutzen. Das langfristige Ziel ist, dass die Betroffenen sich lebenslang bewegen und Sport treiben.

> Jacqueline Gräbner
Dipl. Pflegefachfrau NDS Onkologiepflege
Teamleiterin Pflege OnkoZentrum
Hirslanden Klinik St. Anna
St. Anna Strasse 32, 6006 Luzern
jacqueline.graebner@hirslanden.ch

> *Literatur: www.onkologiepflege.ch*

Fortbildung «Gastrointestinale Tumoren» mit Aha-Effekt

Zum lebenslangen Lernen gehört auch der regelmässige Besuch von fachspezifischen Fortbildungen. Die Onkologiepflege Schweiz hat kürzlich erfolgreich eine solche zum Thema «Gastrointestinale Tumoren» – vom Screening bis zum Stoma – durchgeführt.

Seit vielen Jahren bietet die Onkologiepflege Schweiz Fortbildungen für Pflegefachpersonen an, welche die Teilnehmenden begeistern. Gerade in der Onkologie ist es aufgrund der rasanten Entwicklung des Fachgebietes nicht einfach fachlich «up to date» zu bleiben sowie sich in der Flut der Publikationen zurecht zu finden. In den Tageskursen wird ein Schwerpunkt darauf gelegt, dass die Teilnehmenden ihren Wissensstand zum Thema überprüfen und aktualisieren können. Ziel ist, dass die Teilnehmenden die erhaltenen Informationen in ihrem Praxisalltag anwenden und an Teamkolleginnen weitergeben können.

Am 28.August 2014 fand ein Tag zum Thema gastrointestinale Tumoren statt. Bei den gastrointestinalen Tumoren handelt es sich um eine der vielfältigsten Gruppen von Tumoren. Zahlreiche gastrointestinale Organe können davon befallen werden, vom Oesophagus bis zum Rektum, über die Leber, Pankreas, Gallenblase resp. -gang. Da es sich um eine häufige Tumorgruppe bei Erwachsenen handelt, haben Pflegende, ob stationär oder ambulant, oft Kontakt mit Betroffenen und Mitbetroffenen. Der Weg von der Diagnostik bis zur Therapie und Nachsorge ist vielfach lang. Die Patienten und die Angehörigen benötigen detaillierte Informationen, um mit diesem Prozess besser umgehen zu können. Viele Berufsgruppen sind involviert und alle haben eine wichtige Aufgabe, um den betroffenen Patienten die bestmögliche Therapie und Begleitung bieten zu können.

Namhafte Referenten

Das Programm wurde von der Kursleiterin Anita Margulies zusammengestellt. Sie verstand es auch diesmal einen inhaltlichen Höhepunkt an den anderen zu reihen. Wegen seiner Häufigkeit lag der Schwerpunkt auf dem Kolorektalkarzinom. Namhafte Referenten wie Prof. Dr. med. P. Bauernfeind, Leitender Arzt der Klinik für Gastroenterologie des Universitätsspitals Zürich, Prof. Dr. med. B. Gloor, Chefarzt Viszerale und Transplantationschirurgie am Inselspital Bern, und Dr. med. A. Wicki, Oberarzt Onkologie am Universitätsspital Basel, vermittelten Grundlagewissen zu Themen wie Epidemiologie, Diagnostik und Therapie. Insbesondere wurden auch die Rolle der Chirurgie (Entscheidungswege, Möglichkeiten der Eingriffe und Informationen an Patienten) sowie die Behandlungsoptionen der medizinischen Tumortherapie – unter anderem auch kombiniert mit Radiotherapie- erläutert.

Tipps von der Stoma- und Kontinenzberaterin

Brigitte Falk, Pflegefachfrau und Stoma-Kontinenzberaterin am Universitätsspital Zürich, gab Einblicke in ihren Arbeitsalltag und wichtige Tipps und Tricks im Umgang mit einem Stoma. Sie betonte, wie wichtig die Anleitung der Betroffenen ist, damit sie ihr Stoma selber versorgen können.

Vorstellung der ilco

Christine Steinmann stellte die Schweizerische Vereinigung von Stomaträgern (ilco) mit einem lebhaften, realitätsnahen Bericht über ihre eigenen Erfahrungen als langjährige Stomaträgerin vor.

Positives Feedback der Teilnehmenden

Die zwanzig Teilnehmenden gaben begeistertes Feedback zu diesem Tag. Die Fortbildung erfüllte ihre Erwartungen gut bis sehr gut. Sie hat ihr Verständnis zum Thema gastrointestinale Tumore erweitert und war informativ und verständlich. Insbesondere wurden auch die Qualität der Referenten sowie die Organisation der Fortbildung gelobt. Der pflegerische Teil am Nachmittag sowie die Präsenz von ilco erlebten die Teilnehmenden als Bereicherung für ihren Praxisalltag. Eine Teilnehmende beschrieb ihre zahlreichen «Aha»-Momente im Verlaufe des Fortbildungstages.

> Sara Häusermann

Auch im nächsten Jahr wird das Thema «Gastrointestinale Tumoren» ins Fortbildungsprogramm der Onkologiepflege Schweiz Eingang finden. Das vollständige Angebot der Fortbildungen finden Sie auf: www.onkologiepflege.ch

Ferinject®. Z: Eisencarboxymaltose. **I:** Eisenmangel, wenn orale Eisentherapie ungenügend wirksam, unwirksam oder nicht durchführbar ist. **D:** Die kumulative Gesamtdosis von Ferinject muss individuell berechnet werden. Ferinject kann als i. v. Infusion (verdünnt in 0,9 % NaCl) oder als i. v. Injektion (unverdünnt) in wöchentlichen Einzeldosen von bis zu 20 mg/kg, maximal 1000 mg, bis zum Erreichen der berechneten kumulativen Gesamtdosis verabreicht werden. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Wirkstoff oder Hilfsstoffen, Anämie ohne gesicherten Eisenmangel, Eisenüberladung, erstes Schwangerschaftstrimester. **VM:** Patienten aktiv vor jeder Applikation von Ferinject nach früheren UAW von i. v. Eisenpräparaten befragen. Nur anwenden, falls medizinisches Fachpersonal, das anaphylaktische Reaktionen bewerten und behandeln kann, sofort verfügbar ist, sowie nur in einer Einrichtung, in der alle Vorrichtungen zur Reanimation vorhanden sind. Patienten während mind. 30 Min. nach Verabreichung auf Anzeichen und Symptome einer Überempfindlichkeitsreaktion beobachten. Paravenöse Injektion kann eine braune Verfärbung und Reizung der Haut verursachen und ist deshalb zu vermeiden. Bei akuter oder chronischer Infektion nur mit Vorsicht anwenden. Natriumgehalt von bis zu 5,5 mg/ml berücksichtigen. **S/S:** KI im 1. Trimester, im 2. und 3. Trimester nur bei zwingender Indikation anwenden. **UAW:** Hypersensitivität, Kopfschmerzen, Schwindel, Parästhesien, Tachykardie, Hypotonie, Hypertonie, Erröten, gastrointestinale Beschwerden, Störung des Geschmacksempfindens, Hautausschlag, Pruritus, Urticaria, Hautrötung, Myalgie, Rückenschmerzen, Arthralgie, Muskelkrämpfe, Hämaturie, Reaktionen an der Injektionsstelle, Phlebitis, Fieber, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb, Muskelsteifigkeit, Unwohlsein, peripheres Ödem, Schüttelfrost, Schmerz, transiente Hypophosphatämie, erhöhte Alanin-Aminotransferase, Aspartat-Aminotransferase, Gamma-Glutamyltransferase, Laktatdehydrogenase und alkalische Phosphatase. **IA:** Bei gleichzeitiger Verabreichung von oralen Eisenpräparaten ist deren Absorption reduziert. **P:** 5 Stechampullen zu 100 mg (2 ml) oder 500 mg (10 ml) und 1 Stechampulle zu 500 mg (10 ml). **Liste B.** Detaillierte Informationen: www.swissmedicinfo.ch. Zulassungsinhaberin: **Vifor (International) AG, CH-9001 St. Gallen.** Vertrieb: **Vifor AG, CH-1752 Villars-sur-Glâne.**

Referenzen: 1. Wick M et al. Eisenstoffwechsel, Anämien. Diagnostik und Therapie 2002; Springer-Verlag, Wien, New York: ISBN 3-211-83802-3 **2.** Breymann C, Gliga F, Bejenariu C, Strizhova N. Comparative efficacy and safety of intravenous ferric carboxymaltose in the treatment of postpartum iron deficiency anemia. Int J Gynaecol Obstet 2008; 101(1):67–73 **3.** Anker SD, Comin CJ, Filippatos G et al. Ferric carboxymaltose in patients with heart failure and iron deficiency. N Engl J Med 2009; 361(25):2436–2448 **4.** Qunibi WY, Martinez C, Smith M, Benjamin J, Mangione A, Roger SD. A randomized controlled trial comparing intravenous ferric carboxymaltose with oral iron for treatment of iron deficiency anaemia of non-dialysis-dependent chronic kidney disease patients. Nephrol Dial Transplant (2011) 26: 1599–1607.

www.ferinject.ch **www.iron.medline.ch**

YOUR IRON PARTNER SINCE 1991 www.viforpharma.ch Vifor Pharma

KREBS
UND DANN?

Auswirkungen
auf Betroffene
und Pflegende

SCHWEIZER
ONKOLOGIEPFLEGE
KONGRESS

17. Schweizer Onkologiepflege Kongress
26. März 2015 – Bern

Programm

D = Deutsch, F = Französisch, d/f = Simultanübersetzung

09.00 D/f	**Generalversammlung Onkologiepflege Schweiz** Für Mitglieder der Onkologiepflege Schweiz
10.00 D/F	**Eröffnung Kongress** Begrüssung und Einleitung Irène Bachmann-Mettler, Lucienne Bigler-Perrotin
10.10 D/f	**Krebs und dann? Begegnungen zwischen Betroffenen und Pflegenden** theater KNOTENPUNKT
11.00 F/d	**Die Zukunft der Onkologiepflege – Chancen und Herausforderungen:** **Das Engagement der Pflegefachersonen im Laufe der Zeit …** Dr. Rosette Poletti
11.20	**Pause,** Besuch der Ausstellung
12.00	**Seminare Teil I**
13.00	**Mittagessen,** Besuch der Ausstellung
14.00	**Seminare Teil II**
15.00	**Pause,** Besuch der Ausstellung
15.20 D/f	**«Persönliches Ressourcen-Management»** **Und wie pflege ich mich selbst?** Dr. phil. Hans Kernen
16.00 D/F	**Verleihung Förderpreis 2015 – Onkologiepflege Schweiz** **Verleihung AFG Onkologie Preis – Beste Masterarbeit** Frédéric Fournier, Dr. Manuela Eicher
16.30 D/F	**Abschluss Kongress** Irène Bachmann-Mettler, Lucienne Bigler-Perrotin

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme! Anmeldung: www.onkologiepflege.ch

CANCER
ET APRÈS?

CONGRÈS
SOINS EN ONCOLOGIE
SUISSE

Signification
pour les patients,
les proches et
les professionnels de la santé

17ème Congrès Suisse des soins en oncologie
26 mars 2015 – Berne

Programme

D = allemand, F = français, d/f = traduction simultanée

09.00 D/f	**Assemblée générale de Soins en Oncologie Suisse** Pour les membres de Soins en Oncologie Suisse
10.00 D/F	**Ouverture du congrès** Accueil et modération Irène Bachmann-Mettler, Lucienne Bigler-Perrotin
10.10 D/f	**Le cancer, et après ? Rencontres entre patients et soignants** théâtre KNOTENPUNKT
11.00 F/d	**Avenir des soins en oncologie, enjeux et défis :** **des professionnels de la santé engagés au fil du temps …** Dr. Rosette Poletti
11.20	**Pause,** Visite de l'exposition
12.00	**Séminaires, partie I**
13.00	**Repas du midi,** Visite de l'exposition
14.00	**Séminaires, partie II**
15.00	**Pause,** Visite de l'exposition
15.20 D/f	**« Gestions des ressources personnelles »** **Et comment prendre soin de soi-même ?** Dr. phil. Hans Kernen
16.00 D/F	**Remise du prix d'encouragement 2015 de Soins en Oncologie Suisse** **Remise du prix de la société scientifique des soins en oncologie.** Frédéric Fournier, Dr. Manuela Eicher
16.30 D/F	**Conclusion et fin de la journée** Irène Bachmann-Mettler, Lucienne Bigler-Perrotin

Nous nous réjouissons de votre participation! Inscription: www.soinsoncologiesuisse.ch

Hämatologie

Der Begriff «Hämatologie» stammt aus dem Griechischen (Haimatos für Blut, Logos für Lehre). Es handelt sich um ein Teilgebiet der «Inneren Medizin». Die Hämatologie beschäftigt sich mit der Physiologie und Pathophysiologie des Blutes und der blutbildenden Organe. Hämatologische Diagnostik kann sowohl quantitative wie auch qualitative Veränderungen der Blutbestandteile erkennen.

Neben der Hämato-Onkologie (Leukämien, myelodysplastische Syndrome, Lymphome, Myelom) befasst sich die Hämatologie unter anderem auch mit Bildungsstörungen des Knochenmarks (z.B. Anämie), Blutveränderung durch immunologische Prozesse, Gerinnungsstörungen (hämorrhagische Diathesen, Hämophilie) oder Übergerinnbarkeit des Blutes (Thrombophilie) sowie mit Speicherkrankheiten (z.B. Hämochromatose).

> Sara Häusermann

ONCOMEDICAL

AutoFuser® – „ä rundi Sach“

Die AutoFuser® ist eine Ballon-Einwegpumpe für die kontinuierliche Gabe von Zytostatika, Antibiotika und Medikamente zur postoperativen und palliativen Schmerztherapie.

Die Vorteile der AutoFuser® liegen auf der Hand:

- kleines, flaches Reservoir
- überaus stabiles Gehäuse
- sehr leicht zu befüllen

Die Pumpe bietet eine grosse Sicherheit in der Verabreichung von Zytostatika und Analgetika sowie einen hohen Tragekomfort für den Patienten.

Reservoir: 100ml, 150ml, 275ml
Flussraten: 1 und 2 Tage,
weitere Modelle auf Anfrage.

AutoFuser® – „ça roule“

La pompe AutoFuser® est un produit à usage unique, destiné à l'administration continue des cytostatiques, des antibiotiques et des médicaments pour l'analgésie postopératoire et palliative.

Les avantages de la pompe AutoFuser® sont évidents :

- petit réservoir plat
- boîtier rigide et transparent
- très facile à remplir

La pompe offre un haut standard au niveau du confort et de la sécurité en oncologie et pour le traitement de la douleur.

Réservoir: 100ml, 150ml, 275ml
Débits: 1 ou 2 jours, d'autres modèles sur demande.

OncoMedical AG, CH-4800 Zofingen, Phone 0840 600 800, www.oncomedical.ch

Der Vorstand der Onkologiepflege Schweiz (OPS) setzt sich nach wie vor mit dem Berufsbild Expert/in Onkologiepflege und dem Positionspapier der Onkologiepflege Schweiz auseinander. Ziel ist es, das Berufsbild an der Mitgliederversammlung 2015, vorgängig zu einer Vernehmlassung, zu verabschieden. Es stellen sich bei einem Berufsbild viele Fragen, wie beispielsweise, wo die Schwerpunkte der Spezialisierung und das Niveau der Ausbildung/Weiterbildung und der Kompetenzen gesetzt werden. Eine intensive Auseinandersetzung mit diesen Themen ist im Vorstand im Gange.
Am Pilotprojekt der Arbeitsgruppe Adhärenz und Sicherheit bei oraler Tumortherapie der OPS und SGMO haben bis heute 11 Institutionen in der Deutschschweiz teilgenommen. Dabei werden Schulungen der Fachpersonen in den Institutionen kostenlos angeboten, damit eine zielgerichtete und strukturierte Anleitung der Patienten zusammen mit der Abgabe der Medikamenten-Merkblätter ermöglicht wird (siehe www. oraletumortherapie.ch). Aktuell stehen 56 Medikamenten-Merkblätter zur Verfügung. Deren Übersetzung in die französische Sprache ist ebenfalls gut angelaufen. Institutionen in der Deutschschweiz können sich für die Teilnahme am Projekt weiterhin anmelden. Die OPS engagiert sich nun ebenfalls zusammen mit der SGMO für die eine verbesserte Information der Patienten bei unerwünschten Wirkungen von Tumortherapien. Die Lindenhofgruppe hat dazu gut verständliche Flyers für Patienten entwickelt. Um eine individuelle Information und die Förderung von Selbstpflegefähigkeiten zu gewährleisten, werden die OPS und die SGMO auch zu diesem Thema zukünftig Schulungen für Fachpersonen anbieten. Die Flyers werden nächstens auf unserer Webseite in deutscher Sprache aufgeschaltet.
Das Jahr 2014 war für die OPS ein bewegtes und bereicherndes Jahr. Insbesondere freut uns die rege Teilnahme unserer Mitglieder an den Fortbildungen und weiteren Angeboten. Für diese Treue und das Interesse an unseren Aktivitäten möchten wir uns an dieser Stelle bei Ihnen sehr herzlich bedanken. Wir wünschen Ihnen ruhige und besinnliche Weihnachten und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit im neuen Jahr!

> **Irène Bachmann-Mettler**
Präsidentin

Le Comité de Soins en Oncologie Suisse (SOS) poursuit comme au préalable avec d'une part le profil d'expert-e professionnel-le en soins en oncologie, et la prise de position de Soins en Oncologie Suisse d'autre part. L'objectif est d'adopter le profil professionnel à l'Assemblée générale 2015, précédé d'une consultation. De nombreuses questions se posent par rapport à un profil professionnel, telles que par exemple où sont définis les points importants de la spécialisation et le niveau de la formation initiale / formation permanente, et les compétences. Un examen approfondi de ces questions est en cours au sein du Comité.
A ce jour, 11 établissements de Suisse alémanique ont participé au projet pilote du groupe de travail de SOS et SSOM (Société Suisse d'Oncologie Médicale) sur l'adhésion et la sécurité lors de traitement antitumoral par voie orale. Cette formation de spécialistes est offerte gratuitement dans les institutions, afin qu'un accompagnement ciblé et structuré du patient soit rendu possible avec la délivrance de fiches informatives sur les médicaments (voir www.oraletumortherapie.ch). Actuellement, 56 fiches informatives sur les médicaments sont disponibles. Leur traduction en français est également en bonne voie (www.anticancereuxoraux.ch). Les institutions de la Suisse allemande peuvent s'annoncer pour prendre part au projet. SOS est désormais impliqué avec la SSOM pour une meilleure information des patients sur les effets indésirables des traitements anticancéreux. Le groupe du Lindenhof a développé des flyers facile à comprendre pour les patients. Pour assurer une information individuelle et la promotion des compétences d'auto-soins, SOS et la SSOM offriront également une formation sur ce sujet dans le futur cursus des professionnels. Les Flyers seront bientôt accessibles en allemand sur notre site Web.
L'année 2014 a été pour SOS une année mouvementée et enrichissante. Nous sommes particulièrement heureux de la participation active de nos membres à la formation permanente et autres offres. Nous tenons à ce stade à vous remercier très chaleureusement pour votre fidélité et intérêt pour nos activités,
Nous vous souhaitons un Noël calme et paisible et nous nous réjouissons d'une bonne coopération dans la nouvelle année!

> **Irène Bachmann-Mettler**
Présidente

Erster Schweizer Krebskongress

swiss cancer **congress**

Ein Netzwerk ist nur so tragfähig wie die einzelnen Knoten und Verbindungen. Die Onkologieszene der Schweiz ist sich dessen bewusst und der Gedanke, sich besser zu vernetzen nicht neu. Die Einladung der Leistungserbringerorganisationen zum ersten Schweizer Krebskongress fiel daher auf vorbereiteten Boden. Mehr als 230 Teilnehmer aus verschiedenen Fachgesellschaften und –verbänden, die in der Onkologie Leistungserbringer sind, folgten ihr nach Bern. Im Bewusstsein, dass die anstehenden Probleme in der Krebsmedizin nur gemeinsam gelöst werden können, schworen sich die Teilnehmer auf noch bessere und strukturiertere Zusammenarbeit ein.

Am 4. September 2014 fand im Zentrum Paul Klee in Bern der erste Schweizer Krebskongress statt. Der Kongress wurde von acht Fachgesellschaften und Berufsverbänden organisiert. Die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen, pflegerischen und weiteren Fachpersonen der Onkologie, Radioonkologie, Chirurgie, Psychoonkologie, onkologischen Rehabilitation, Palliativmedizin, etc. ist seit jeher eng und wird künftig noch stärker gefordert. Der erste gemeinsame Kongress hatte das Ziel, alle beteiligten Leistungserbringer einzubeziehen und diente der Standortbestimmung.

Think Tank

In der Eröffnungsrede verwies der Präsident der Schweizer Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGMO) Dr. med. Jürg Nadig, darauf, dass schweizweit bereits tragfähige Netzwerke aller Leistungserbringer in der Onkologie geknüpft werden. Eingeladen waren Patientenvertreter, Ärzte, Pflegende, und alle Fachpersonen, die an der Behandlung von Krebspatienten beteiligt sind, von der Diagnosestellung bis in die palliative Phase. Alle Landesteile der Schweiz waren vertreten. Auch die junge Generation von Ärzten, Pflegenden, Politik und Gesundheitsforschung nahm aktiv teil und stellte ihre Projekte vor. «Der erste Schweizer Krebskongress versteht sich als Think Tank für die Gesamtheit. Ausdruck dafür ist, dass es keinen Kongresspräsidenten gibt, sondern ein wissenschaftliches Komitee», führte Nadig aus.

Vom Löcher stopfen

Dr. Philippe Perrenoud, Direktor der Gesundheitsdirektorenkonferenz der Kantone, unterstrich, dass die anstehenden Probleme in der Krebsmedizin nicht von der Politik alleine, sondern nur gemeinsam mit den Fachleuten bewältigt werden könnten. Die «Nationale Strategie gegen Krebs» sei ein wichtiger Schritt, auch wenn es von der Idee zur Ausführung ein weiter Weg sei. 2013 habe man drei Bereiche und sieben Handlungsfelder definiert, die nun bearbeitet werden. «Vorsorge, Betreuung und Forschung in der Onkologie sind vorrangig, da man nicht alle «Löcher auf einmal stopfen könne», sagte Perrenoud plakativ. Kooperation, Koordination, Organisation und Priorisierung sind Schlagworte, die nun bei der Umsetzung der Strategie gegen Krebs mit Leben gefüllt werden müssen.

Angebot und Nachfrage

Anhand eines Patientenfalles mit einem Rektumkarzinom ohne Metastasen wurde es dann bereits konkreter: je ein Vertreter der Fachgesellschaften* SGG, SGC, SGMO, SRO, OPS, SGPO, oncoreha.ch und palliativ.ch trat ans Rednerpult und führte aus, was seine Fachgruppe für so einen Patienten mit ihrer Expertise mache und welche Zuarbeit von den Kollegen der anderen Disziplinen erwartet würden (Abb.1). Die Pflegenden sind im gesamten Ablauf zusammen mit den übrigen Fachkräften zuständig für das körperliche Wohlbefinden, sie koordinieren bei Bedarf weitere Unterstützung durch

*SGG: Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, fmCh: Dachverband von 16 chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften, SGMO: Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie, SRO: Schweizer Gesellschaft für Radioonkologie, OPS: Onkologiepflege Schweiz, SGPO: Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie, oncoreha.ch: Onkologische Rehabilitation, palliative.ch: Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung.

Psychologen, Sozialberater. Möglichst früh sollen in fortgeschrittenen Situationen palliativmedizinische Möglichkeiten in den Therapieplan integriert werden.

Behandlungspfad Kolonkarzinom

Damit bei all den beteiligten Fachgruppen und ihrem sich teilweise überschneidendem Leistungsangebot nicht doch jemand durchs Netz fällt, soll nun ein sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolonkarzinom Klarheit schaffen. Federführend für die Ausführung dieses Projektes ist die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin – SAQM. Sie arbeitet eng mit der European Pathway Association zusammen. Varja A. Meyer berichtete über den Stand der Dinge. Ziel ist, dass Patienten mit einem Kolonkarzinom überall in der Schweiz eine qualitativ hochstehende, standardisierte und optimal koordinierte Behandlung erhalten. Seit November 2013 sind 20 Berufsgruppen an der Erarbeitung beteiligt. In einem Modell-Behandlungspfad soll klar festgelegt sein, was in welcher Phase der Erkrankung gemacht werden soll. Meyer räumte ein, dass das Projekt anspruchsvoll, aber trotzdem auf gutem Wege sei. Ziel sei, den Modellpfad im Dezember 2015 vorstellen und anschliessend in zwei Pilotregionen testen zu können.

Berufsbilder im Wandel

Die Akademisierung der Pflegeberufe stellt eine Entwicklung dar, die noch der Akzeptanz und der Definition neuer

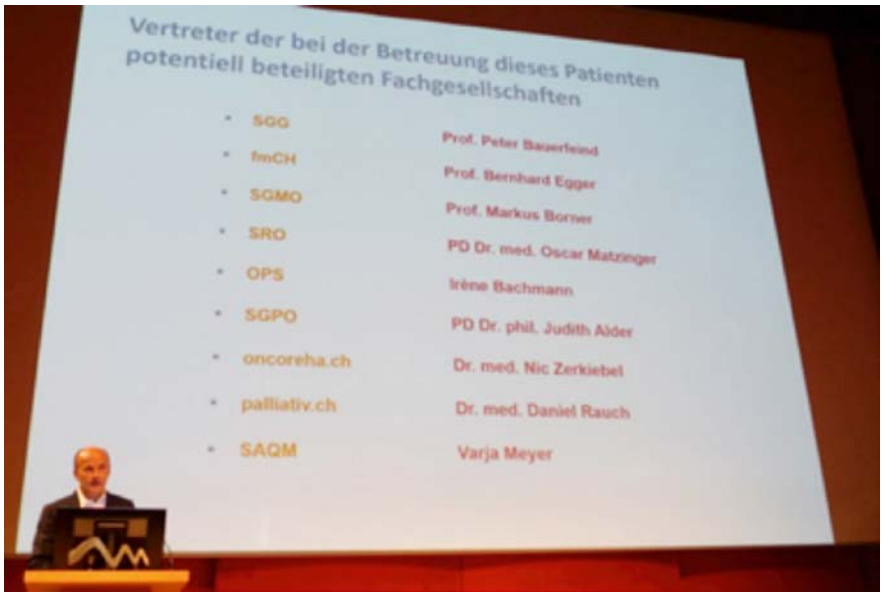


Abbildung 1: Prof. Dr. med. Markus Borner, Spitalzentrum Biel, bei der Vorstellung der an der Betreuung von Kolonkarzinomen beteiligten Fachgesellschaften.

Rollenbilder bedarf. Die Diskussion im Workshop «Berufsbilder im Wandel» war darum auch besonders lebhaft. Prof. Dr. Reto Obrist als Onkologe der alten Schule, Patrick Jermann von der Kalaidos Fachhochschule Schweiz, Airelle Buff von der Gesetzgeberseite und Irène Bachmann-Mettler als Onkologie-Pflegefachfrau der ersten Stunde diskutierten den Ist- und Soll-Zustand der Ausbildung von Pflegenden. Fakt sei, dass immer mehr Absolventen mit einem grossen akademischen Wissen aber wenig praktischer Erfahrung in die Pflege einsteigen. Spannungen zwischen den erfahrenen, praktisch pflegerisch Tätigen und den «Kopfmenschen» seien vorprogrammiert.

Prof. Obrist stellte die provokante Frage, wozu es denn derart viele neue Ausbildungswege gebe, das alte System sei doch gar nicht so schlecht gewesen. Jermann hielt dem entgegen, dass die neuen Fähigkeiten der Studierten noch nicht abgefordert würden. Sie hätten zum Beispiel die Kompetenz, dem Arzt die körperliche Untersuchung und die Anamnese abzunehmen. Akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen sind in grossen Kliniken, der Forschung und in der Ausbildung wichtig. Noch sind die universitären Pflegeberufe aber gewöhnungsbedürftig und die Kultur der Interprofessionalität beginnt in den eigenen Reihen.

Mutiges Unterfangen

Im letzten Teil orientierten die Mitglieder der Kerngruppe der Nationalen Strategie gegen Krebs NSK sowie eine Vertreterin des Auftraggebers (SvG) über den Stand der Projekte der NSK. Von Bundesseite zeigte Dr. pharm. Salomé von Greyerz auf, wie im Dialog die Strategie gegen Krebs erarbeitet wurde und was sich die Politik erhofft. Dass für die Strategie vom Bund und den Kantonen keine finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, habe den Vorteil, dass diese beiden politischen Organisationen nicht in den Prozess eingreifen. Frau Dr. Kathrin Kramis von der Krebsliga Schweiz, die mit der Umsetzung beauftragt worden ist, räumte ein, dass dies «ein mutiges Unterfangen sei». Aus 140 Zielen des Nationalen Krebsprogramms II wurden die vorrangigen zehn Bereiche ausgewählt und in Projektgruppen aufgegleist. Da kaum zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, erhofft sich die Projektleitung einen Mehrwert durch Zusammenarbeit zu schaffen, damit so ein «Wir-Gefühl» über die Fachgrenzen hinaus entsteht.

Dr. med. Jürg Nadig zeigte, dass die Leistungserbringer in den Bereichen der Prävention und dem Behandlungspfad Kolonkarzinom auf bestem «Bottom up Kurs» seien. Fazit: Mit dem ersten Schweizer Krebskongress haben die Leistungserbringerorganisationen ein Zeichen wachsender Gemeinsamkeit gesetzt.

> Susanne Schelosky

> *Quelle: Erster Schweizer Krebskongress am 4. September 2014 im Zentrum Paul Klee, Bern.*

> Save the Date

Der nächste Schweizer Krebskongress findet am 27. August 2015 statt.

Bitte notieren Sie sich den Termin. Einladung folgt. Weitere Informationen zum Schweizer Krebskongress finden Sie unter www.swisscancercongress.ch inklusive Livestreams zum ersten Schweizer Krebskongress.

5ème journée romande de formation continue à Sion

La 5ème journée romande de formation continue en oncologie s'est déroulée à Sion le 5 septembre 2014. Organisée par le comité de la section VD/VS de soins en oncologie suisse elle a accueilli plus de 90 personnes de toute la suisse romande à l'hôpital de Sion Des praticiens en médecines complémentaires, des patients, des médecins oncologues ont animé cette journée.

Le Dr Mauro Figeri a parlé sur « Le jeûne de courte durée en concomitance de la chimiothérapie » : Les cellules cancéreuses supporteraient moins bien et s'affaibliraient sous l'effet du jeûne extrême alors que les cellules normales seraient protégées de la toxicité des chimiothérapies.

A l'heure actuelle cela n'a pas pu être vérifié chez l'être humain. Des essais cliniques sont en cours à plus grande échelle et devront prouver si le jeûne est réellement bénéfique pour les patients ou s'il n'affaiblissent pas l'organisme.

Le Dr Hongguang DONG a démontré qu'en Chine les médecines complémentaires font partie intégrante de la médecine traditionnelle. Dans le diagnostic et le traitement des tumeurs, la médecine traditionnelle chinoise considère l'état général du patient plutôt que de se focaliser sur le cancer lui-même ou les symptômes particuliers. La médecine occidentale et chinoise ont la même cible: l'être humain avec comme objectif l'amélioration de la qualité de vie des patients. L'important est de ne pas sé-parer les deux médecines.

La naturopathe Martine Le Coustumer a défini le régime Vegan durant le traitement anticancéreux. Seul, le régime peut provoquer des déséquilibres et n'est pas conseillé sans complément. Elle propose de s'interroger sur notre hygiène de vie, notre alimentation. Mr Chételat Martial en traitement actuellement, nous a fait part de sa pratique en étant actif dans la lutte contre sa maladie. Par ses nombreuses recherches, il s'est établi un programme qui le protège des effets secondaires aux traitements et a précisé que sa manière de faire ne peut être généralisée. Il a impressionné les participants par l'énergie qu'il a déployée en étant très actif tout au long de son parcours, malgré un régime astreignant et exigeant, pour lui et son entourage.

Mme Véronique Eckert s'est penchée sur la sexualité lors de cancer et a présenté les difficultés rencontrées par les professionnels comme la gêne, la peur d'être intrusif, de faire faux, d'utiliser un langage adapté. Mme Eckert a transmis quelques pistes sur la manière d'être, en se questionnant sur sa sexualité, sa vie privée et professionnelle et sur le contexte professionnel. Quels sont les outils à disposition en sachant que le soin relationnel doit se planifier pour pouvoir entrer dans l'intimité de la personne. Il doit être mené avec un

Dr Hongguang DONG

Dresse Guillemin

Dr Mauro Figeri

vocabulaire simple et non technique, favorisant les confidences.

Barbara Poggioli et Lucie Carnei-ro nous ont présenté les cafés sexologiques lors du thème Sexualité et cancer en chemin avec le patient. Soirées d'information et d'échanges destinées aux patientes touchées par un cancer gynécologique et leur conjoint et animées par des infirmières de gynécologie et d'oncologie ainsi qu'une sexologue. «OSEZ» tel était le message diffusé par des ballons rouges distribué à tous les participants au congrès, qui, à la demande des intervenantes, les ont fait exploser pour trouver un sachet de graines. Belle symbolique pour stimuler à parler plus facilement des problèmes de sexualité.

La Dresse Guillemin radio-oncologue a partagé son expérience d'une médecine prenant en compte toute les dimensions de l'être, du corps, de la tête et de l'esprit. Elle intègre les meilleurs soins des médecines occidentales et des approches complémentaires.

Il n'existe pas une seule et bonne manière de soigner. Chaque personne est unique de par son éducation, sa formation, son envie d'être actif ou non dans la voie de la guérison. Etre très à l'écoute de ses patients en établissant une relation de confiance est le plus important. Elle se voit comme un guide qui conseille, propose mais au final, les patients sont maîtres de leur décision et savent ce qui est bon pour eux.

En fin de journée deux patientes en fin de traitement ayant utilisé l'une l'homéopathie et l'autre le magnétisme et la relaxation pour atténuer voir supprimer les effets secondaires des traitements ont raconté leurs expériences. Journée riche en échanges, tout le monde se réjouit de la journée en 2015 qui aura lieu à Neuchâtel.

> Isabelle Crettol
Vice-présidente
Section SOS VD/VS

6. Tagung Psychoonkologie: Schmerz, Verlust und Hoffnung

Bereits zum sechsten Mal führen die Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie SGPO und die Klinik Schützen Rheinfelden gemeinsam eine Psychoonkologie-Tagung durch. Die Veranstaltung, die am 29. Januar 2015 stattfindet und den Themen Schmerz, Verlust und Hoffnung gewidmet ist, steht unter dem Patronat der Krebsliga Schweiz.

Schmerz tritt bei einer Krebserkrankung mit verschiedenen Gesichtern auf. Er manifestiert sich als somatisches Leiden krankheits- oder behandlungsbedingt. Kaum eine andere Krankheit geht aber gleichzeitig mit so vielseitigen emotionalen Schmerzen einher. Die Tagung unter dem Titel «Schmerz, Verlust und Hoffnung» ist damit einem Thema gewidmet, welches alle in die onkologische Behandlung einbezogenen Fachkräften gleichermassen in der täglichen Arbeit beschäftigt. Ziel der Fachtagung ist es, durch Referate und Workshops das Wissen und die Fachkompetenz eines heterogenen, interdisziplinären Publikums zu erweitern und zu vertiefen. Ein Update zur Schmerztherapie in der Onkologie und Überblicksreferate zu den biopsychosozialen Dimensionen von Schmerz, Verlust und Hoffnung führen in die existentielle Dimension einer Krebserkrankung ein. In Workshops werden diese Inputthemen aus verschiedenen Perspektiven vertieft und aufgezeigt, wie die Instrumente der Beratung und Therapie zur Neukonstruktion von Hoffnung beitragen können. Diesen Aspekt greift auch das Abschlussreferat nochmals auf und setzt sich kritisch mit den Hoffnungen und Enttäuschungen der modernen Krebstherapie auseinander. (ald)

Programm und Anmeldung:
www.klinikschuetzen.ch

«Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie»

In folgenden Einzel-Workshops hat es freie Plätze:

22.01.2015: Klinik Hirslanden in Zürich
Vormittag: Psychische Belastungen der Patienten in der Radioonkologie
Nachmittag: Einblick in die Radiotherapie inkl. Führung

19.03.2015: Inselspital, Wirtschaftsgebäude, Bern
Vormittag: Onkologische Behandlung (Prostata CA / Lymphome, Nieren CA)
Nachmittag: Männerbetreuung

23.04.2015: Haus der Krebsliga, Bern
Nachmittag: Genetische Prädisposition: Wie beraten?

21.05.2015: Inselspital, Wirtschaftsgebäude, Bern
Vormittag: Hämatologie
Nachmittag: Folgen der Isolation

18.06.2015: Inselspital, Wirtschaftsgebäude, Bern
Vormittag: Coping, Lebensqualität (kognitive Störungen, Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen)
Nachmittag: Hirntumoren

Information und Anmeldung: Loredana Palandrani, Krebsliga Schweiz, Kursadministration, Tel. 031 389 93 27
psychoonkologie@krebsliga.ch. Weitere Workshops: www.krebsliga.ch/wb_psychoonkologie

«Kommunikationstraining»

Seminar für Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachleute von Krebskranken
Teilnehmende sind onkologisch erfahrene Fachkräfte, die ihre Kommunikationstechniken verbessern möchten.

– Nr. 147: 26. – 27.02.2015, Bildungszentrum 21, Basel

– Nr. 148: 04. – 05.06.2015, Hotel Olten, Olten

– Nr. 149: 22. – 23.10.2015, Hotel Aarauerhof, Aarau

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

Information und Anmeldung: Loredana Palandrani, Krebsliga Schweiz, Kursadministration, Tel. 031 389 93 27
kurse-cst@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch/cst_d

Die neuen «Seminare 2015» sind da

Angebote in Form von Seminarwochen verbessern bei vielen Krebsbetroffenen den Gesundheitsprozess. Im Kontakt mit anderen Menschen, welche die Erfahrung «Krebs» teilen, bietet sich die Gelegenheit, dem Alltag den Rücken zu kehren und neue Impulse zu erhalten.

Insgesamt zwölf Wochen- oder Wochenendseminare stehen im kommenden Jahr bei der Krebsliga auf dem Programm. Acht davon richten sich ausschliesslich an Menschen mit Krebs und zielen mit einer Kombination aus Austausch, Entspannung und Bewegung darauf ab, den Betroffenen Wohlbefinden und Vertrauen in sich zu vermitteln. Schon Mitte März 2015 startet die Krebshilfe Liechtenstein mit dem Seminar «Eine Woche aufatmen» im Kur- und Bildungszentrum Sunnehus in Wildhaus, Toggenburg. Krebsbetroffene Menschen erhalten dort die Möglichkeit, sich während einer Woche ganzheitlich mit ihrer Lebenssituation auseinanderzusetzen.

Neu im Programm ist ein Angebot der Krebsliga Ostschweiz. Sie bietet explizit Männern mit abgeschlossener Krebstherapie und in stabiler physischer und psychischer Situation die Möglichkeit, im Rahmen einer Segelwoche im holländischen Wattenmeer Ruhe und Raum für die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sein zu finden.

Zu den bewährten Angeboten, die auch 2015 wieder dabei sind, gehören u.a. die Wochenende-Oase für Familien sowie das Kletterlager für Kinder krebskranker Eltern und ihre Freunde, die von der Krebsliga Aargau, respektive der Krebsliga Schweiz angeboten werden.

Mit ihren Seminaren möchte die Krebsliga Betroffene wie Angehörige in allen Landesteilen dabei unterstützen, Kraft zu tanken, um mit den neuen Herausforderungen, die eine Krebserkrankung mit sich bringt, besser umgehen zu können. Die Seminare werden von Fachpersonen geleitet.

> Die Broschüre «Seminare 2015»
kann kostenlos per Mail: shop@krebsliga.ch, oder im Shop unter Tel. 0844 85 00 00 bestellt werden. Sie kann auch bei den kantonalen und regionalen Krebsligen bezogen oder im Internet heruntergeladen werden. Mehr Informationen und Online-Anmeldungen unter:
www.krebsliga.ch/seminare

Pleins feux sur les stages 2015

Des offres de soutien sous forme de stages sont bénéfiques pour bien des personnes touchées par le cancer. Au contact d'autres participants qui partagent la même expérience, à savoir un cancer, elles ont la possibilité de tourner le dos au quotidien pour trouver un nouvel élan.

Au total, la Ligue contre le cancer propose douze stages organisés sur une semaine ou un week-end. Huit s'adressent exclusivement aux personnes atteintes de cancer et visent, en associant discussions, relaxation et activité physique, à améliorer le bien-être des participants et à leur redonner confiance en eux. La Ligue liechtensteinoise contre le cancer ouvrira les feux à la mi-mars déjà avec le stage «Eine Woche aufatmen». Organisé au centre de cure et de formation Sunnehus à Wildhaus dans le Toggenbourg, celui-ci donne aux personnes touchées par le cancer la possibilité de se pencher sur leur situation de vie une semaine durant à travers une approche globale.

Parmi les nouvelles offres au programme, mentionnons celle de La Ligue contre le cancer de Suisse orientale. Réservée aux hommes qui ont terminé leur traitement anticancéreux et dont la situation est stable sur le plan physique et psychique, elle les invite à mettre le cap sur la mer des Wadden, aux Pays-Bas, pour une semaine de voile. Ils devaient y trouver le calme et l'espace propices à une réflexion sur eux-mêmes.

Parmi les offres éprouvées reprises en 2015, citons le week-end destiné aux familles et le camp d'escalade pour les enfants dont les parents ont un cancer et leurs amis, organisés respectivement par la Ligue argovienne contre le cancer et la Ligue suisse contre le cancer.

A travers ces stages dirigés par des professionnels, la Ligue contre le cancer souhaite aider les personnes touchées et leurs proches dans les différentes régions du pays à faire le plein de force et d'énergie pour mieux faire affronter les défis qu'entraîne un cancer.

> La brochure «Stages 2015»
peut être commandée gratuitement par courriel à l'adresse boutique@liguecancer.ch ou par téléphone au 0844 85 00 00. Elle est également disponible auprès des ligues cantonales et régionales contre le cancer ou peut être téléchargée sur Internet. Compléments d'information et inscriptions en ligne à la page: www.liguecancer.ch/stages

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

Lymphom? Haben Sie Fragen? Wir sind da, um Ihnen zuzuhören.

ho/noho schweizerische patientenorganisation für lymphombetroffene und angehörige

Eine Krebsdiagnose kann das Leben eines Menschen über Nacht verändern, speziell, wenn unverzüglich mit einer Behandlung begonnen werden muss. Patienten werden oft konfrontiert mit komplexen Informationen zur Diagnose und Behandlung. Vielfach haben sie vorher noch nie von einem Lymphom gehört. Im Schockzustand kann es für Betroffene manchmal schwierig sein, alle Informationen und Begriffe zu verstehen und zu verarbeiten.

Patientensupport und Drehscheibe ho/noho

ist eine gemeinnützige Organisation, 2001 von Patienten für Patienten gegründet. Wir sehen unsere Kernaufgabe in erster Linie darin, durch Beratung und Begleitung, sowie Vermittlung von Informationen und neuen Erkenntnissen aus der Lymphomforschung, das Bewusstsein von Patientinnen und Patienten mit einem Lymphom zu fördern, aber auch die Öffentlichkeit für die Symptome der Lymphomerkrankung zu sensibilisieren. Wir verstehen uns als Anlaufstelle und Drehscheibe für Menschen, die von einem Lymphom direkt oder indirekt betroffen sind.

Information und Beratung

Neben dem Versand unserer Broschüren «Lymphome – Leitfaden für Betroffene und Angehörige» und «Fragen rund um mein Lymphom», welche in deutscher, französischer und italienischer Sprache erhältlich sind,

pfmmedical

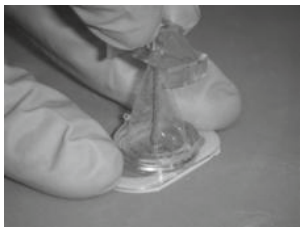
ONCOMEDICAL

JETCAN Safe II – Schutz auf höchstem Niveau

Unsere **JETCAN Safe II** Portnadel geht einen Schritt weiter und schützt Sie als Anwender in zweifacher Hinsicht:

1. Schutz vor ***Stichverletzungen*** durch den integrierten Mechanismus beim Ziehen der Nadel.
2. Schutz vor ***Kontamination*** durch das Kunststoff Zelt, welches die Nadel, nach dem Ziehen, völlig von der Umwelt isoliert.

Die Nadel bleibt nach dem Ziehen hinter einem durchsichtigen „Zelt“ aus festem Kunststoff verborgen. Dieser Mechanismus verhindert Stichverletzungen aber auch die Übertragung von Keimen.



- ✓ Sehr einfach in der Handhabung
- ✓ Integrierter Schutz vor Nadelstichen und Kontamination
- ✓ Nadel ist nach dem Ziehen vollständig isoliert
- ✓ Für die Hochdruckinjektion von Kontrastmitteln konzipiert
- ✓ MRI kompatibel

Die **JETCAN Safe II** ist mittlerweile die am meist verkaufte Portnadel mit Stichschutz in der Schweiz. Ferner ist sie für die Hochdruckinjektion von Kontrastmitteln konzipiert und MRI kompatibel.

OncoMedical AG, Hintere Hauptgasse 9, 4800 Zofingen, www.oncomedical.ch, Telefon 0840 600 800

stellen wir umfangreiches, laienverständliches Informationsmaterial über die Erkrankung, den Therapieverlauf und den Umgang mit Therapienebenwirkungen zur Verfügung. Wir möchten Betroffenen durch unsere Gesprächsgruppen, unser Informationsmaterial, unsere Website und per Telefon die benötigte Unterstützung geben, sei es nach der Diagnose, während oder nach einer Behandlung oder bei einem Rückfall. Dabei stehen Fragen wie – Was bedeutet die Krankheit für mich und meine Familie? Wie geht es weiter? Kann ich geheilt werden? Wo kann ich mich informieren? Wo finde ich einen Spezialisten? Bin ich beim richtigen Arzt? Welche Behandlungen sind möglich? Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen? Bin ich weiterhin arbeitsfähig? – im Vordergrund. Manche Personen melden sich erst nach Abschluss der Therapie, oft weil es ihnen schwer fällt, den Weg in den Alltag zurückzufinden. Wir versuchen, Patienten und Angehörige bei der Krankheitsverarbeitung und in ihren Entscheidungsprozessen emotional zu unterstützen und leiten Patienten je nach Situation auch an Fachstellen weiter.

Wir betreiben eine Website www.lymphome.ch und versenden 2 x jährlich einen Newsletter mit aktuellen Informationen. Wir organisieren Patientensymposien mit Fachvorträgen, Workshops und Podiumsdiskussionen, im Frühjahr 2015 zum ersten Mal in der Westschweiz, in Genf.

ho/noho – Gesprächsgruppen

Das Leben geht weiter – *aber nicht immer wie vorher:* Gesprächsgruppen fördern eine aktive und konstruktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung und ein besseres Verständnis für die Krankheit. Auf Wunsch vermitteln wir auch telefonischen oder Email-Kontakt zu Gleichbetroffenen. Selbsthilfe erachten wir als eine wichtige und notwendige Ergänzung zu professionellen Gesundheitseinrichtungen. Sie ist geprägt durch gegenseitige Unterstützung und trägt wesentlich dazu bei, Kompetenz und Eigenverantwortung der Betroffenen zu stärken. Der Erfahrungs- und Informationsaustausch in einer geschützten und vertrauensvollen Umgebung sehen wir als aktive Hilfe zur Selbsthilfe.

Für uns zählt das Motto: Der informierte Patient ist der bessere Patient.

Vernetzung – Zusammenarbeit

Onkologen, Pflegedienste, Krebsliga Schweiz, kantonale Krebsligen. Nationale und internationale Organisationen im Bereich maligner Bluterkrankungen. Mitglied der weltweiten Lymphoma Coalition, www.lymphomacoalition.org, Partner des European Waldenstroem's Macroglobulinemia network.

> *ho/noho – Schweizerische Patientenorganisation für Lymphombetroffene und Angehörige*

Verein Lymphome.ch
Romarie Pfau, Präsidentin
Weidenweg 39, CH – 4147 Aesch BL
Tel. +41 61 421 09 27, info@lymphome.ch

Weitere Informationen: www.lymphome.ch
Facebook: «Morbus Hodgkin – below 30»
Kontakt: b.zahnd@lymphome.ch

> Save the dates!

19.03.2015, 18.00 – 20.30 h
Comprendre les lymphomes
Colloque à Geneve
Pour les patients, leurs proches et personnes interessées avec Prof. P.-Y. Dietrich et son team du Centre d'Oncologie, Hôpitaux Universitaires de Genève. Informez-vous sur la forme de cancer fréquente mais peu connue qu'est le 'lymphome'. En plus des conférences, vous aurez la possibilité de poser vos questions aux orateurs, d'échanger vos expériences personnelles et de nouer des contacts.
Informations ultérieures à suivre voir www.lymphome.ch/agenda

12.09.2015, 13.00 – 17.00 Uhr
WLAD 2015 (World Lymphoma Awareness Day)
Patientensymposium anlässlich des 12. Welt-Lymphom-Tages
Fachreferate, Workshops, Podiumsdiskussion
sich informieren – Fragen stellen – Kontakte knüpfen
Unser Ziel: Vermittlung von Informationen und neuen Erkenntnissen
Sensibilisieren der Öffentlichkeit für die Lymphomerkrankung
Weitere Angaben folgen baldmöglichst auf www.lymphome.ch/agenda

Neue orale Tumortherapeutika – Update Mitteilung von Cancerdrugs

Seit der Einführung des ersten modernen oralen Tumortherapeutikums Imatinib im Jahre 2001 erhielten jährlich zahlreiche weitere orale Tumortherapeutika die Zulassung. www.cancerdrugs.ch fasst diese sowie die wichtigsten, im Rahmen der Therapie auftretenden unerwünschten Wirkungen, entsprechende Behandlungsvorschläge, Interaktionen und Red Flags zusammen. Das Online-Tool startete 2009 mit Informationen zu 9 verschiedenen Wirkstoffen und wurde kontinuierlich auf 34 ausgebaut. Die neusten fünf Wirkstoffe werden hier kurz vorgestellt.

In den letzten Jahren wurden verschiedene, das Tumorwachstum regulierende Signalwege entdeckt. Seitdem ist es das Ziel der Forschung, Substanzen zu entwickeln, die entsprechende Signalwege inhibieren, um so die Kanzerogenese zu stoppen. Die meisten der bis anhin zugelassenen oralen Substanzen gehören zu den Tyrosinkinasen-Inhibitoren, deren Vorreiter Imatinib war.
Seit Kurzem wurde die Website mit Informationen zu Afatinib, Bosutinib, Dabrafenib, Enzalutamid und Ponatinib ergänzt.

Neue Substanzen

Afatinib ist ein selektiver, irreversibler Blocker der Mitglieder der ErbB-Familie EGFR, HER2 und verhindert somit deren Signalübertragung. Der Tyrosinkinase-Inhibitor erhielt die Zulassung für die Behandlung des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC, Stadium IIIb/IV) mit aktivierenden Mutationen des EGFR [1].
Zwei weitere Tyrosinkinase-Inhibitoren, **Bosutinib** und **Ponatinib,** wurden kürzlich zugelassen. Die Indikation von Bosutinib erstreckt sich auf die Behandlung von erwachsenen Patienten mit Ph+ CML, nach Vorbehandlung mit einem oder mehreren c-ABL-TKI, wenn eine Behandlung mit Imatinib, Dasatinib oder Nilotinib nicht in Frage kommt. Ponatinib kann bei erwachsenen Patienten mit Ph+CML oder mit Ph+ ALL, bei denen eine T315I-Mutation vorliegt oder bei denen eine Behandlung mit anderen c-ABL-TKI nicht in Frage kommt, eingesetzt werden.[1]
Wie schon Imatinib, Nilotinib und Dasatinib sind auch Bosutinib und Pontatinib BCR-ABL-InhibitorenAls nicht-steroidales Antiandrogen unterbindet Enzalutamid die Bindung von Androgenen an den Androgenrezeptor und an die DNA und reduziert die Translokation der Androgenrezeptoren in den Zellkern. In Kombination mit

Dabrafenib: Interaktionen mit anderen Medikamenten
Analgetika (z.B. Fentanyl, Methadon)
Antibiotika (z.B. Clarithromycin, Doxycyclin)
Antineoplastische Arzneimittel (z.B.Cabazitaxel)
Antikoagulanzien (z.B. Acenocoumarol, Phenprocoumon, Warfarin)
Antiepileptika (z.B. Carbamazepin, Phenytoin, Primidon, Valproinsäure)
Antipsychotika (z.B. Haloperidol)
Kalziumkanalblocker (z.B. Diltiazem, Felodipin, Nicardipin, Nifedipin,)
Herzglykoside (z.B. Digoxin)
Kortikosteroide (z.B. Dexamethason, Methylprednisolon)
Antivirale Mittel gegen HIV (z.B. Amprenavir, Atazanavir, Darunavir,)
Hormonelle Kontrazeptiva
Hypnotika (z.B. Diazepam, Midazolam, Zolpidem)
Immunsuppressiva (z.B. Cyclosporin, Tacrolimus, Sirolimus)
Statine mit Metabolisierung über CYP3A4; z.B. Atorvastatin, Simvastatin)

Tabelle 1: Dabrafenib: Interaktionen mit Medikamenten

LHRH-Agonisten ist **Enzalutamid** bei Patienten mit metastasierendem kastrationsresistentem Prostatakarzinom zugelassen.[1]
Dabrafenib greift als Regulator der RAF-Kinase in die RAS/RAF/MEK/ERK-Signaltransduktionskette ein. Die Indikation von Dabrafenib erstreckt sich auf das nicht resezierbare oder metastasierende Melanom mit einer BRAF-V600E-Mutation.[1]

Interaktionen und unerwünschte Wirkungen

Eine Interaktion anti-tumoraler Medikamente mit anderen Wirkstoffen kann generell nicht ausgeschlossen werden. So kann beispielsweise die Komedikation mit Protonenpumpeninhibitoren, H2-Blockern oder Antazida die Bioverfügbarkeit von oralen Tumormedikamenten wie Bosutinib, Dabrafenib und Ponatinib negativ beeinflussen (Tab. 1). Neben Interaktionen sind unerwünschte Wirkungen des anti-tumoralen Wirkstoffes eine Herausforderung des medizinischen Alltages: Diese zeigen sich am häufigsten als allgemeine und gastrointestinale Störungen, Stoffwechselstörungen, das Nerven- und Muskelskelettsystems betreffende Störungen, (Atemwegs-) Infektionen und Erkrankungen der Haut. Insbesondere bei Diarrhö, Flüssigkeitsretention, Myelosuppression, arteriellen/venösen Thrombosen, Augentoxizitäten, Veränderung des QT-Intervalls (kardialen Systems) oder Transamiasenerhöhungen müssen nach Evaluation der Ursache spezifische Massnahmen eingeleitet werden. Die wichtigsten Informationen sowie weitere Details dazu können auf www.cancerdrugs.ch jeweils unter den Red Flags der entsprechenden Substanz eingesehen werden.

Merkblätter für Patienten

Für die meisten unerwünschten Wirkungen existieren Vorschläge zum Management, die vom Patienten selbst umgesetzt werden können. Dazu wurden unter fachlicher Leitung der Arbeitsgruppe «Adhärenz bei oraler Tumortherapie» der OPS und SGMO, und in Zusammenarbeit mit cancerdrugs.ch Merkblätter erarbeitet. Die Merkblätter können kostenlos unter www.oraletumortherapie.ch und www.cancerdrugs.ch heruntergeladen werden. Gegenwärtig stehen Merkblätter zu zahlreichen Substanzen und ihren Generika zur Verfügung.

> *Quellen*
1. Swissmedic SH (2014) Swissmedicinfo.
www.cancerdrugs.ch

B. Braun Pflegepreis 2014 geht an innovatives Praxisprojekt in der Onkologiepflege

Der 1. Preis ging an Susanne Kropf, Onkologie – Pflegefachfrau des Lindenhofspitals Bern. Sie hat neuartige Informationsblätter entwickelt, mit denen onkologische Patienten Nebenwirkungen kompetent einschätzen und einordnen können. Die Fachjury des B. Braun Pflegepreises, bestehend aus Ärzten, Pflegedienstleitern und Pflegewissenschaftlern aus verschiedenen Bereichen und Gesundheitsinstitutionen der Schweiz, begründet den 1. Rang folgendermassen: «Susanne Kropfs Arbeit ist für viele Betroffene von unmittelbarem Nutzen und unterstützt die Pflege in einer ihrer wichtigsten Aufgaben im Chronic Care Management: dem Unterstützen und Fördern von Selbstmanagement.» Die Onkologiepflege Schweiz gratuliert Susanne Kropf sehr herzlich zu dieser Auszeichnung! Die Informationsblätter werden demnächst auf der Webseite www.onkologiepflege.ch aufgeschaltet. Ein Praxisprojekt für den Einsatz der Informationsblätter wird von der OPS demnächst lanciert.

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

zh
aw

Gesundheit
Institut für Pflege

CAS Klinische Kompetenzen in Onkologischer Pflege

Menschen mit einer onkologischen Erkrankung müssen mit ihren Therapien oder chronischen Symptomen im Alltag zurechtkommen. In der Weiterbildung CAS Klinische Kompetenzen in Onkologischer Pflege erweitern Pflegefachpersonen ihre klinischen Kompetenzen, um onkologische Patientinnen und Patienten sowie deren pflegende Angehörige gezielt und umfassend in ihrem Alltagsmanagement zu unterstützen.

Aufbau
Das CAS dauert 1 bis 1.5 Jahre und besteht aus drei Weiterbildungskursen / Modulen, deren Inhalte aufeinander aufbauen.
– Klinisches Assessment in Onkologischer Pflege (Start: 19. Januar 2015)
– Supportive Care I in Onkologischer Pflege (Start: 1. Oktober 2015)
– Supportive Care II in Onkologischer Pflege (Start: 3. Oktober 2016)

Weitere Informationen
www.gesundheit.zhaw.ch/pflege oder Telefon 058 934 63 88

Zürcher Fachhochschule

4 Eintritte für eine Fortbildung der OPS zu gewinnen!
4 entrées pour une formation continue de SOS à gagner!

Körperliche Aktivität bei Tumorerkrankungen

1. Wie lange soll man pro Woche sportlich leicht aktiv sein?

A = 3 bis 4 mal **F** = je nach Zustand

2. Seit wann sind die positiven Wirkungen von körperlicher Aktivität bei Tumorpatienten besser erforscht?

D = Ab den 90er Jahren **U** = seit 2000

Von Käfern und fiesen Keimen

1. Bei der Neubildung des Immunsystems werden drei Phasen unterschieden. Wie lange dauert die Mittelphase?

N = 51bis 70 Tage **V** = 31 bis 100Tage

2. Wie oft sollte die Bettwäsche gewechselt werden?

K = Täglich **E** = wöchentlich

Behandlungsstrategien bei akuten Leukämien

1. Bei wieviel Prozent Blasten im Blut steht die Diagnose akute Leukämie fest?

N = 20% **E** = 30%

2. Wie hoch ist das 5-Jahres-Überleben für jüngere AML-Patienten mit intensiver Therapie?

T = 50-75% **N** = 75-80%

Lösungswort:

1	2	3	4	5	6

Ermitteln Sie für jede Frage den richtigen Lösungsbuchstaben. Der Reihe nach in die Lösungsfelder eingetragen, ergibt sich die richtige Lösung.

Senden Sie das Lösungswort bis 12.01.2015 an:
info@onkologiepflege.ch oder per Post an
Onkologiepflege Schweiz
Hirstigstr. 13, 8451 Kleinandelfingen

Rätsel Nr. 3/2014
Lösungswort: ENGADIN

Gewinner:
E. Brogle, Walkringen
G. Coluccello, Ilanz
S. Embacher, Effretikon

Activité physique en cas de maladie cancéreuse

1. Combien de temps par semaine doit-on avoir une activité sportive légère?

A = 3 à 4 fois **F** = en fonction de l'état

2. Depuis quand y-a-t-il plus de recherche sur les effets positifs de l'activité physique chez les patients atteints de cancer?

D = dès les années 90 **U** = depuis 2000

De coléoptères et vilains germes

1. Dans la formation du système immunitaire trois phases peuvent être distinguées. Combien de temps dure la phase intermédiaire?

N = 51 à 70 jours **V** = 31 à 100Tage

2. A quelle est la fréquence de la literie doit être changée?

K = Chaque jour **E** = Chaque semaine

Les stratégies de traitement dans les leucémies aiguës

1. A partir de quel pourcentage de blastes dans le sang le diagnostic de leucémie aiguë est posé?

N = 20% **E** = 30%

2. 2 Quelle est la survie à 5 ans pour les jeunes patients atteints de LMA avec une thérapie intensive

T = 50 à 75% **N** = 75 à 80%

Mot/Solution:

1	2	3	4	5	6

Trouvez pour chaque question la lettre qui correspond à la bonne réponse. Entrez successivement chaque lettre dans la case correspondante pour découvrir le mot/la solution.

Envoyer la solution sous forme du mot découvert jusqu'au 12.01.2015 à:
info@onkologiepflege.ch, ou bien par courrier à Soins en Oncologie Suisse
Hirstigstr. 13, 8451 Kleinandelfingen

Quizz No 3/2014
Solution: GYNÉCÉE

La gagnante :
N. Beyeler, Riaz

Le Paradigme Humaindevenant : Une Vision du Monde Transformationnelle

Quelques mois après la sortie du dernier ouvrage de Dr Rosemarie Rizzo Parse, RN, PhD, FAAN The Humanbecoming Paradigm : A Transformational Worldview, les Editions Aquilance ont traduit ce livre de référence pour en faciliter l'accès et la compréhension à la communauté francophone. Un ouvrage de référence à découvrir pour qui souhaite guider son engagement professionnel en regard d'une théorie de soins infirmiers consistante et novatrice, et s'enrichir d'une contribution unique.

Continuer à favoriser l'idée du nursing fondé dans les sciences humaines en l'an 2014 est continuer à rendre explicite une alternative à la pratique traditionnelle du nursing en tant que modèle médical fondé dans les sciences naturelles. Dans Le Paradigme Humaindevenant : Une Vision du Monde Transformationnelle, Dr Rosemarie Rizzo Parse annonce une perspective différente pour engager des membres de disciplines variées qui sont concernés avec dignité humaine et vivant qualité.

Membre de l'Académie Américaine du Nursing, fondatrice et éditrice du périodique Nursing Science Quarterly, Dr Rosemarie Rizzo Parse est professeure émérite distinguée de l'Université Loyola de Chicago et professeure associée au Collège Universitaire de Nursing de New York. Au cours de sa carrière, Dr. Parse fit des contributions remarquables à la discipline et à la profession infirmière par son leadership progressif en développement de la connaissance infirmière, en recherche, formation et pratique.

Conférencière engagée à partager ses connaissances et sa passion, elle a été sollicitée dans plus de 35 pays sur cinq continents pour présenter les neuf livres et plus de 300 articles et éditoriaux qu'elle publia au sujet de matières pertinentes au nursing et autres disciplines reliées à la santé. Elle reçut en 2008 le prix de l'Infirmière Éducatrice de l'année par le New York Times et, en 2012, la Médaille d'Honneur de l'Université de Lisbonne au Portugal.

Cet ouvrage de référence illustre l'évolution de la théorie depuis son livre original Man-Living-Health: A Theory of Nursing écrit en 1981 jusqu'à ce jour. Au travers de ces pages, Dr. Parse rend explicite la notion de humainunivers en tant qu'indivisible, imprévisible, toujours changeant et illumine l'émergence de la connaissance humaindevenant en tant que cocréation pour le 21e siècle. Elle présente le paradigme humaindevenant au travers de son évolution, de ses principes et concepts, de ses modèles, d'exemples, en tant que fondation à partir de laquelle de nouvelles questions peuvent être soulevées au sujet de phénomènes concernant des disciplines qui se centrent sur des expériences humaines.

Traduit à partir de l'anglais par Dr Françoise Maillard Strüby, IL, PhD, ce livre offre aux professionnels de langue française, appartenant à une variété de disciplines, l'opportunité d'étudier les dernières avancées en conceptualisations créatives et en scientifisant humaindevenant.

Que ce soit comme infirmier-ère praticien-ne, étudiant-e, chargé-e de cours ou d'enseignement, praticien-ne formateur, clinicien-ne, professeur-e, chercheur-e, cadre de gestion ou tout simplement intéressé-e…, cet ouvrage sert d'appui et de contribution unique à l'exercice de notre discipline et profession infirmière, en regard avec dignité humaine et vivant qualité. Il est offert par Dr Rosemarie Rizzo Parse en tant que quête continue pour l'amélioration de l'humanité.

> Frédéric Fournier, MA
Infirmier de santé publique avec spécialisation en oncologie et soins Palliatifs, administrateur, Les Editions Aquilance
Marly

Rosemarie Rizzo Parse
Le Paradigme Humaindevenant :
Une Vision du Monde Transformationnelle
Les Editions Aquilance (2014), 214 pages,
ISBN 978-2970072010

> *A découvrir et commander auprès des Editions Aquilance*
079 271 12 19
www.aquilance.ch / info@aquilance.ch

Das UniversitätsSpital Zürich ist eines der führenden Spitäler in der Schweiz und macht seinen Wissensvorsprung für alle Menschen nutzbar. Unsere über 8000 Mitarbeitenden begegnen jährlich mehr als 35 000 stationären und 134 000 ambulanten Patientinnen und Patienten mit Wertschätzung und Menschlichkeit. Bei uns finden Sie ein inspirierendes Umfeld für Ihr Wissen und Können.

Dipl. Pfegefachfrau/-mann (80 – 100%) für die Abteilung Knochenmark- und Stammzellentransplantation

Ihre Hauptaufgaben
Im Mittelpunkt steht bei uns immer die interdisziplinäre und ganzheitliche Pfege und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen. Der Schwerpunkt Ihrer Arbeit liegt in der anspruchsvollen Pfege und Betreuung von Patienten mit Knochenmark und Stammzellentransplantation in unterschiedlichen Isolationsformen sowie Patientinnen und Patienten mit den verschiedensten komplexen Chemotherapien. Die Beratung, Anleitung und Begleitung in allen Phasen der Erkrankung wird durch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit sichergestellt. Sie arbeiten in allen drei Schichten und sind verantwortlich für die komplexe und individuelle Pfege von Patienten im Bezugspfegesystem.

Ihr Profl
Sie sind eine diplomierte Pfegefachperson mit Berufserfahrung in einem Akutspital. Neben fundierten Fachkenntnissen im Bereich HämatoOnkologie bringen Sie insbesondere technisches Geschick, Teamfähigkeit und die Bereitschaft zur konstruktiven interdisziplinären Zusammenarbeit mit. Zudem sind Sie belastbar, fexibel, kommunikativ und engagieren sich gerne in einem onkologischen Bereich. Sie fühlen sich wohl in einem lebhaften Spitalalltag mit vielen herausfordernden Situationen.

Unser Angebot
Wir bieten Ihnen interessante, vielseitige und verantwortungsvolle Aufgaben und die Möglichkeit, aktiv an Entwicklungsprozessen mitzuwirken. Sie werden gründlich in das Aufgabengebiet eingeführt und erhalten die Unterstützung eines hoch motivierten Teams. Regelmässige Mitarbeiterschulungen, Fallbesprechungen sowie die vielen Möglichkeiten der internen und externen Fortbildungen gewährleisten die Qualitätssicherung. Wir arbeiten in einem multiprofessionellen Team aus Ärzten, Physiotherapeuten, Psychologen, Ernährungsberatung, Sozialdienst und Seelsorgern, um die Patienten so gut wie möglich zu unterstützen.

Wir freuen uns auf Ihre BeWerbung. Mit Ihrem und unserem Wissen erreichen Wir gemeinsam das Beste für unsere Patientinnen und Patienten.

Für nähere Auskünfte wenden Sie sich an Esther Linka, Leiterin Pfegedienst Innere Medizin – Onkologie, Tel. 044 255 54 10 oder esther.linka@usz.ch

Ihre vollständigen Unterlagen senden Sie bitte an das UniversitätsSpital Zürich, Human Resources Management, Herr Ralph Weller, Schmelzbergstrasse 24, 8091 Zürich oder per EMail an **willkommen@usz.ch.**

UniversitätsSpital Zürich

www.usz.ch

03	26.03.2015	**17. Schweizer Onkologiepflege Kongress** **Bern, www.onkologiepflege.ch** **17è Congrès Suisse des soins en oncologie** **Berne, www.soinsoncologiesuisse.ch**
04	24.–25.04.2015	**22. Frühjahrstagung der Arbeitsgemeinschaft hämato-onkologischer Pflegepersonen in Österreich (AHOP)** Salzburg, www.ahop.at
05	06.–08.05.2015	**SBK Kongress** Montreux, www.sbk.ch
07	08.–11.07.2015	**CDN ICCN 2015** Vancouver, www.issncc.org
08	25.08.2015	**2. Schweizer Krebskongress** www.swisscancercongress.ch
10	09.–03.10.2015	**Jahrestagung DGHO, OeGho, SGH, SGMO** Basel, www.haematologie-onkologie-2015.com

18. Internationales Seminar

Onkologische Pflege – Fortgeschrittene Praxis

03. – 04. September 2015, Universität, CH-St. Gallen

deso Deutschsprachig-Europäische Schule für Onkologie

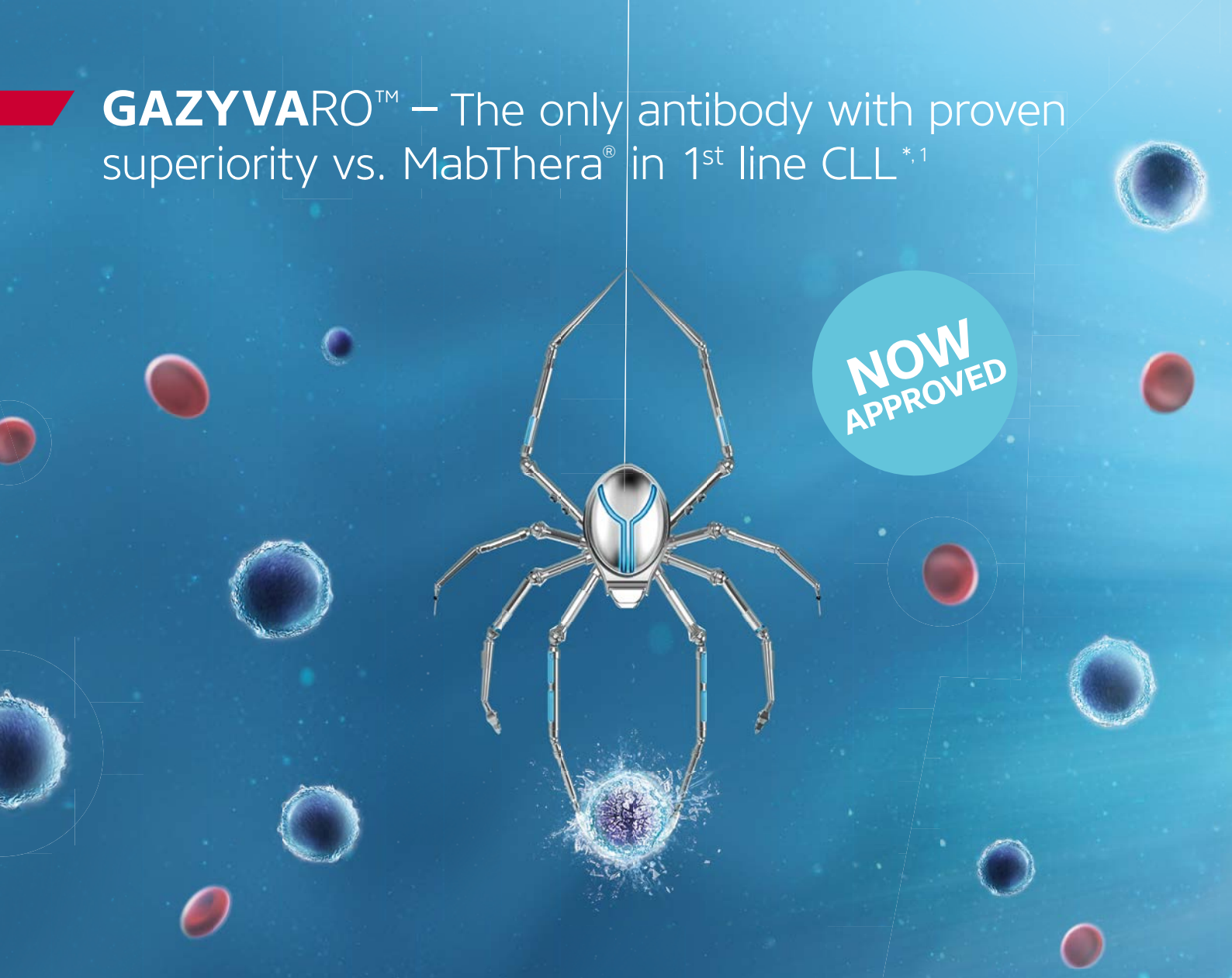
Ziel: Reflexion, Motivation und fachliches Update wissenschaftlicher Erkenntnisse für Pflegefachpersonen aus der onkologischen Praxis, Führung und Lehre.

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

Methoden: Plenumsvorträge, Diskussion, Workshops und persönlicher Austausch.
Leitung: Dr. A. Glaus PhD (CH); M. Fliedner MSN (CH); E. Irlinger MHSc (DE); Mag. I. Achatz (AT) EONS-Akkreditierung

Infos + Anmeldung (Frühbuchungsrabatt bis 31.5.2015)
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 0032, Fax: +41-(0)71-245 6805
deso@oncoconferences.ch, www.oncoconferences.ch (Rubrik deso)

GAZYVARO™ – The only antibody with proven superiority vs. MabThera® in 1st line CLL*,1



When it's time for 1st line CLL treatment – Start with GAZYVARO.[1]

* In the pivotal study CLL11 GAZYVARO was compared head-to-head vs. MabThera (Rituximab) in combination with chlorambucil and has shown superiority regarding PFS (26.7 months vs. 15.2 months), ORR (78.4% vs. 65.1%), CR (20.7% vs. 7%) and MRD negativity rates (37.7% vs. 3.3%, $p<0.001$ for all parameters).

References:
1. Goede V, Fischer K, Busch R, et al. Obinutuzumab plus chlorambucil in patients with CLL and coexisting conditions. N Engl J Med 2014. 370 (12):1101–1110.

Gazyvaro™ (GA101, Obinutuzumab): Humanized monoclonal type II antibody against the CD20 antigen. **Indication:** Treatment of patients with previously untreated chronic lymphocytic leukaemia (CLL) and additional comorbidities in combination with chlorambucil (Clb). **Dosage:** Independent of weight for 6 treatment cycles (28 days per cycle): In the 1st cycle, 3 × 1000 mg Gazyvaro is administered (day 1/day 2, 8 and 15), in cycles 2–6, 1000 mg Gazyvaro is administered per cycle; always as an intravenous infusion; the solution for infusion (manufactured with 0.9% NaCl solution) may not be applied as an intravenous bolus infusion. **Counterindications:** Known (IgE-mediated) oversensitivity to the active ingredient or one of the excipients. **Precautionary measures:** In the case of pre-existing cardiac or pulmonary disease, active infections, lymphocyte count > 25 × 109/l. For prophylaxis against infusion related reactions (IRR), premedication with an analgesic/antipyretic p.o., antihistamine p.o. and glucocorticoid i.v. is recommended. Since hypotension can occur, discontinuation of antihypertensive treatment should be considered. Patients with acute life-threatening respiratory symptoms, grade 4 IRR, or grade 3 IRR occurring twice should discontinue Gazyvaro therapy permanently. Examination of all patients for hepatitis B before treatment is recommended. **Adverse effects:** Infusion-related symptoms, neutropenia, thrombocytopenia, infections. **Packaging:** One 40 ml vial contains 1000 mg Gazyvaro. List A. Detailed information especially about adverse events can be found in full Prescribing Information at www.swissmedicinfo.ch. As of May 2014.
08/2014

Roche

Roche Pharma (Schweiz) AG

4153 Reinach

GAZYVARO™
obinutuzumab