

Conclusio for Therapy:

Supportivtherapie in der Onkologie – Aktuelle Herausforderungen und Strategien

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Ralf-Dieter Hofheinz
Fortschreibung am 25. September 2025

**Prof. Dr. Karin Jordan,
Klinikum Ernst von Bergmann
Therapie-Update: Onkologische Patienten mit
Neutropenie**



- Fieber in der Neutropenie erfordert den sofortigen Therapiebeginn
- Erhöhtes Mortalitätsrisiko bei Febriler Neutropenie
- Vorbeugendes Infektionsmanagement: Hygiene, Desinfektion
- Keimarme Ernährung wird generell nicht empfohlen
- Prophylaktischer G-CSF Einsatz zur Reduktion der Inzidenz der FN
- Inzidenz der Neutropenie in Abhängigkeit der Therapie und individueller Risikofaktoren
- Primäre Prophylaxe mit G-CSF:
 - FN-Risiko der Therapie $\geq 20\%$
 - FN-Risiko der Therapie 10-20 % und individuelle Risikofaktoren
- Keine G-CSF Gabe bei afebriler Neutropenie
- Therapeutische Gabe von G-CSF bei FN kann erwogen werden
- Prophylaktische Gabe von kurz-wirksamen G-CSF: frühestens 24 h, nicht später als 72 h nach CTX
- Gabe lang-wirksames G-CSF: frühestens 24 h nach CTX



Grunderkrankung im Fokus

- Interdisziplinäre Absprache wünschenswert:
 - Welche Untersuchungen sind sinnvoll?
 - Vorgehen bei Nebenwirkungen?
- Frühzeitige ophthalmologische Vorstellung bei Beschwerden (Schmerzen, Rötung, Sehverschlechterung etc.)
- Bei erwarteter Hornhautproblematik prophylaktische Anwendung von Tränenersatzmitteln und Verzicht auf Kontaktlinsen sinnvoll
- Über medikamentöse Mydriasis im Rahmen der Untersuchung aufklären



- **Frühe Diagnostik:** Bei Diarrhoe/Transaminasenerhöhung immer an immunvermittelte Nebenwirkungen denken, aber auch an Differentialdiagnosen (Infektionen, Resektionsfolgen).
- **Therapieprinzip immunvermittelter GI-Toxizitäten:**
 - CTCAE-Grad bestimmen, Differentialdiagnosen ausschließen.
 - Steroidtherapie bei Grad ≥2; bei refraktärem Verlauf einer irColitis Infliximab oder Vedolizumab.
 - Steroide immer langsam ausschleichen ($\geq 4\text{--}6$ Wochen).
- **Refraktäre Fälle:** CMV-Reaktivierung bedenken; immunsuppressive Zweitlinientherapien (MMF, Azathioprin).
- **Resektionsassoziierte Toxizitäten:**
 - **Exokrine Pankreasinsuffizienz / Gallensäurenverlust** → einfache Therapie (Enzyme, Cholestyramin).
 - **Vitamin B12:** immer substituieren nach Gastrektomie, häufig nach Ileumresektion.
 - **Eisen:** nach Hemikolektomie rechts, chronischer Diarrhoe oder Blutverlust regelmäßig kontrollieren.



- bei onkologischen Patienten ist Mangelernährung häufig und prognostisch relevant:
 - sie verdoppelt das Sterberisiko und verschlechtert die Lebensqualität
- Früherkennung und strukturierte Diagnostik (GLIM) sind essenziell
 - systematisches Screening und strukturierte Behandlungspfade
- weg von „Ernährung als Nebensache“ hin zu „Ernährung als integraler Bestandteil der Tumortherapie“
- multidisziplinäre Teams (Ärzte, Pflege, Ernährungsfachkräfte) sind essenziell
- Leitlinie: enterale Ernährung ist bei funktionalem GI-Trakt zu bevorzugen; SPN ist bei GI-Insuffizienz indiziert (CAVE: Realität!)
- Barrieren müssen systematisch adressiert werden (Schulungen, Prozesse, Ressourcen)

Unsere Industrie-Partner



Die Erstellung der Conclusio for Therapy wird ermöglicht durch Sponsorings unserer Industriepartner.

Sie üben keinerlei Einfluss auf die Inhalte der Conclusio aus. Die Inhalte sind Empfehlungen aus dem Kreis der Faculty und der Wissenschaftlichen Leitung.

neoConnect

Die Inhalte dieser Conclusio for Therapy unterliegen dem Urheberrecht und der Verantwortung der jeweiligen Autoren. Für die Weiterverwendung ist eine Erlaubnis erforderlich.

Fragen richten Sie bitte an:

Dr. Christina Buttler
CEO, neoConnect

M +49 (0) 170 - 33 507 45
E buttler.christina@neo-connect.org