

Das Leser-Forum

Beiträge im Deutschen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über jeden Leserbrief. Wir müssen aus der Vielzahl der Zuschriften aber auswählen und uns Kürzungen vorbehalten. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. E-Mails richten Sie bitte an leserbriefe@aerzteblatt.de, Briefe an das Deutsche Ärzteblatt, Ottostraße 12, 50859 Köln.

TUMORZELLEN



Bei soliden Tumoren bedeutet der Nachweis von Krebszellen im Blut nicht zwingend die Etablierung von Metastasen (DÄ 33/2011:

„Nachweis zirkulierender Tumorzellen: Nicht für Routine reif“ von Vera Zylka-Menhorn).

Nicht verwunderlich

... Angesichts der erwähnten Schwierigkeiten bezüglich der Quantifizierung bei etablierten molekulargenetischen Methoden ist es nicht verwunderlich, dass es bei den unterschiedlichen Vorgehensweisen zum Nachweis zirkulierender Zellen bei soliden Tumoren erhebliche Diskrepanzen in der Zahl detektierter Tumorzellen gab und gibt. Insbesondere der (in dem Artikel als einziger Test namentlich angeführte und als wesentlicher Fortschritt hervorgehobene) offenbar trotz FDA-Zulassung „nicht für die Routine reife“ CellSearch-Test krankt nach Meinung der Fachleute und auch der Entwickler der Methode selbst daran, dass offenbar ein drastischer Teil der gesuchten Zellen verloren geht. Dies scheint auf dem präanalytischen Vorgehen und der Selektionsmethode zu beruhen ...

Man geht davon aus, dass ab der Größe von einem Millimeter Zellen ins Blut geschwemmt werden und dass bei einem einen Zentimeter großen Tumor circa eine Million Zellen, 1/1 000 der Gesamtzellen, täglich den Tumor verlassen. Nach Entfernung des Primärtumors können Tumorzellen offenbar sehr lange im Körper überleben und der Befall von Lymphknoten ist ein Hinweis darauf,

dass das Immunsystem das Tumorstadium nicht kontrollieren kann. Auch wenn wir bisher nicht wissen, wie hoch die „wirkliche“ Zahl von Tumorzellen im Blut ist, erlaubt der von uns entwickelte und nach dem europäischen Qualitätssicherungssystem seit mehr als fünf Jahren nach DIN EN ISO 15189 und von der DAkkS akkreditierte Maintrac®-Test, wie gefordert, den Versand von Proben und ermöglicht ohne Zellselektion eine valide, hoch reproduzierbare Bestimmung von zirkulierenden tumorverdächtigen intakten Zellen auch für die Anwendung in Multi-Center Settings und eine Verlaufsbeobachtung über Jahre hinweg. Eine einmalige Analyse der Zahl tumorverdächtiger Zellen und noch nachweisbare Restzellen erlauben per se selbstverständlich keinen Hinweis darauf, ob die Patienten ein Rezidiv erleiden. Auch die einmalige Bestimmung der Anzahl Tumorzellen hat, wie bei der CML, offenbar keine prognostische

Aussagekraft. Wir können dabei der Feststellung mit voller Überzeugung zustimmen, dass aus einer zirkulierenden Krebszelle keine Aussage über den weiteren Verlauf der Erkrankung gemacht werden kann. Aber eine Reduktion der Zahl tumorverdächtiger Zellen durch die angewendete Therapie korreliert hochsignifikant mit Therapieansprechen und einem längeren rezidivfreien Überleben – bereits und gerade in der adjuvanten Situation. Umgekehrt kann der Anstieg der Tumorzellzahl im Blut dagegen auf Tumor- oder Metastasenwachstum hinweisen und korreliert hochsignifikant mit der Rezidivrate. Wie in der Leukämiediagnostik kann auch bei soliden Tumoren eine klinisch komplette Remission nicht gleich mit der Abwesenheit einer minimalen Resterkrankung gesetzt werden ...

Literatur bei der Verfasserin

Dr. med. Katharina Pachmann, Labor Pachmann, 95448 Bayreuth

INTERVIEW



Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr erläutert seine Gesetzespläne für eine gute medizinische Versorgung (DÄ 34-35/2011: „Interview mit Daniel Bahr (FDP): Die Abwanderung junger Ärzte in andere Berufsfelder müssen wir stoppen“ von Sabine Rieser und Heinz Stüwe).

Die Realität

Der Bundesgesundheitsminister plädiert für eine „faire und nachvollziehbare Honorierung der Ärz-

te“ und sagt im gleichen Satz, dass es für ihn nachrangig sei, wer im ambulanten Bereich die Leistungen erbringe, die niedergelassenen Ärzte oder die Krankenhausärzte. Dies zeigt, dass er keine Ahnung von der Realität hat. Ist das etwa fair, wenn zum Beispiel Privatpatienten lieber für ihre Check-ups zu Chefärzten in die Krankenhäuser laufen (sind ja oft Professoren), die die gleichen Untersuchungen machen, wie zum Beispiel die niedergelassenen hausärztlich-internistischen Ärzte und dafür das Honorar kassieren, zusätzlich zu ihrem meinsten Erachtens schon ausreichenden Chefarztgehalt?



Ärzte und Pflege

Ein chronischer **Konflikt**

Pharmaindustrie: Vom aggressiven Marketing zu einem Dialog mit Ärzten? Seite 2126

Zertifizierte Fortbildung: Magenkarzinom strategisch behandeln Seite 698