Weitere Erfolge der medizinischen Onkologie oder...

... eher der Wunsch als Vater des Gedankens?

Medizinische Onkologen sehen und erleben Erfolge und sind überzeugt, dass Systemtherapien bei fortgeschrittenen, metastasierten Tumorerkrankungen grundsätzlich sinnvoll sind und bei akzeptabler somatischer und psychosozialer Belastung und Toxizität die Lebenserwartung verbessern. Ohne Zweifel ist dies auch bei einigen Entitäten, vorweg den malignen Hämoblastosen oder etwa beim Nieren- und Kolonkarzinom, der Fall.

Beim metastasierten Mammakarzinom, einem chemotherapeutisch sensiblen Tumor, scheint es auch so zu sein. Neue Entwicklungen, so die Kombinationen von Zytostatika mit zielgerichteten Pharmaka, den „nibs“ und „mabs“, jüngst die PARP-Inhibitoren oder Eribulin, haben bei intensiv vorbehandelten Patientinnen Remissionen induziert und das Überleben um Monate verbessert. (Vergl. hierzu Seite 17ff dieser Ausgabe).

Diese Erfolge dürfen aber nicht auf „DAS“ Mammakarzinom verallgemeinert werden, sondern sind auf ganz umschriebene Subpopulationen begrenzt. Günstige Verläufe, insbesondere aus zunächst scheinbar aussichtsloser Situation, bleiben uns besser in Erinnerung, als die vielen vergeblichen Mühen, denen wir sonst tagtäglich gegenüber stehen, insbesondere wenn wir uns bei diesen M⁺-Patientinnen der inzwischen 30 Jahre andauernden Überlebensgrenze von etwa zwei Jahren nähern. Wir stützen unseren therapeutischen Optimismus, ohne den die Arbeit des Medizinischen Onkologen schwer zu ertragen wäre, auf Publikationen renommierter Institute, wie etwa dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg, das bei Krebs allgemein, und dem MD Anderson Cancer Center in Houston [Brenner H et al. Dtsch Arztebl. 2005;102:A2628–30], das speziell beim metastasierten Mammakarzinom in den letzten 25 Jahren hochsignifikante Verbesserungen der Überlebenszeiten anführt.

Zunächst ungläubig zur Kenntnis genommen wurden da Daten, die diese Erfolge relativierten: Demnach konnte beim Mammakarzinom im Stadium IV bereits in den 1980er-Jahren die Lebenserwartung zwar um ein halbes Jahr auf etwa 24

Monate verbessert werden [A'hern RP et al. Br J Cancer. 1988;57:615–8], durch Dosissteigerung, Behandlungsdauer und Kombinationstherapien ließ und lässt sich dieses Plateau aber kaum übertreffen [Brockmann B et al. Onkologie 1999;22:128–32; Gennari A et al. J Clin Oncol. 2011;29(16):2144–9]. Seither stagnieren die Ergebnisse [Dawood S et al. J Clin Oncol. 2008;26(30):4891–8; Andre Fet al. J Clin Oncol. 2004;22:3302–8], selbst mit der Hochdosistherapie [Farquhar C et al. Cochrane Database Syst Rev. 2005;3:CD003142].

Allerdings können Krebsregister bisher nur pauschalisieren. In praxi haben wir in den letzten 30 Jahren gelernt, welche Therapieprotokolle, Mono- versus Polychemotherapie, wann zu beginnen sind, wie lange zu behandeln, wann aufzuhören ist, dass deren Einsatz von individuellen Prognosekriterien, dem Krankheitsverlauf, Metastasierungstyp abhängig zu machen ist [Castiglione-Gertsch M et al. for the International Breast Cancer Study Group. Eur J Cancer. 1997;33(14):2321–5], und dass immer die vorher definierte Biologie des Tumors zu berücksichtigen ist [Farquhar C et al. Cochrane Database Syst Rev. 2005;3:CD003142]. So ließen sich nur bei Subpopulationen ohne unnötige Toxizität die Krankheitsverläufe günstig beeinflussen [Cardoso F et al. Ann Oncol. 2002;13:197–107]. Pauschal gesehen kam es dagegen z. B. bei rezeptornegativen Patientinnen (zwischen 1990 bis 2004) zu keiner Verbesserung der Überlebenszeiten durch eine Chemotherapie [Andre Fet al. J Clin Oncol. 2004; 22:3302–8], bei exponentiellem Anstieg der Kosten [Seruga B et al. Ann Oncol. 2010;21:1411–8].

Analysen aus dem Münchener Krebsregister ergaben bis 2008 [Schlesinger-Raab A et al. Dtsch Arztebl. 2005;102:A2706–9] und des Hamburgischen Krebsregisters bis 2009 [Nennecke A, Hentschel S. 2011; persönliche Mitteilung] unter Routine-Bedingungen dieselben Ergebnisse (» Abb.).

Dabei zeigte sich ein Trend zu prognostisch ungünstigerer, viszeraler Leber- und Hirn- mit Rückgang ossärer Metastasierung [Van den Hurk CJG et al. Breast Cancer Res Treat. 2011;128(3):795–805]. Diesen Daten zufolge lassen sich also steigende objektive Remissionsraten nicht oder nur gering-

Prof. Dr. med.
Ulrich R. Kleeberg
Hämatologisch-
onkologische Praxis
Altona, Hamburg
E-Mail: urkleeberg@
hopa-hamburg.de