Prognosefaktoren in der chirurgischen Onkologie

Editorial: Prognosefaktoren – Für Patienten und Chirurgen?

Zu erkennen welche Faktoren für sich allein – also unabhängig – die Prognose eines Tumorkranken beeinflussen und diese dann bei der Therapieplanung zu berücksichtigen oder gar direkt therapeutisch beeinflussen zu können, ist der Traum aller Onkologen und onkologischen Chirurgen. Es ist erfreulich zu sehen, dass wir der Erfüllung dieses Traums immer näher kommen!

Der klassischste aller Prognosefaktoren ist die anatomische Ausbreitung des Tumors zum Zeitpunkt des Therapiebeginns bzw. der Diagnosestellung. Hierauf gründet sich die TNM-Klassifikation. Sie wird ständig fortgeschrieben und wenigstens alle 5 Jahre den aktuellen Erkenntnissen angepasst. Die besondere Aufmerksamkeit gilt derzeit der prognostisch so wichtigen Lymphknotenmetastasierung (N-Kategorie). Die Erkenntnis, dass sich die Prognose linear, d. h. parallel mit der schrittweisen Ausbreitung der Lymphknotenmetastasierung verschlechtert, hat zur numerischen Klassifikation der N-Kategorie geführt. Aber auch die Tatsache, dass nur eine adäquate Lymphadenektomie diesen wichtigen Prognosefaktor erfassen kann, drückt sich in der Festbeschreibung von Mindestzahlen an entfernten und untersuchten Lymphknoten als Voraussetzung für die Klassifikation aus – wenn man so will, eine Qualitätskontrolle der onkologischen Chirurgie durch die Hintertür.

Die wichtige Tumorbilogie fand sich bislang nur im sehr untersucherabhängigen „Grading“ wieder. Durch die nunmehr möglich gewordenen molekularbiologischen Einblicke in die Zelle selbst, ja selbst in die subzelluläre Ebene – Stichwort „molekularer Marker“ – wird die Beschreibung der Tumorbilogie immer objektiver und präziser. So wird nicht nur die Einschätzung der Dignität präziser, sondern diese Marker ermöglichen auch Vorhersagen bezüglich des zu erwartenden Therapieverhaltens des Tumors. Problematisch ist noch die klonale Vielfalt der einzelnen Tumoren und damit die Frage nach der Repräsentanz einzelner Biopsien. Dennoch wird auf diese Weise eine immer gezieltere und individualisiertere Therapie des Patienten möglich. Multimodale Therapieprotokolle bekommen dadurch ein besseres, weil objektiveres Fundament.

Wenn aber demnächst klar sein wird, welche Patienten, z. B. von einer neoadjuvanten Therapie, profitieren, dann wird man sie ihnen auch nicht länger vorenthalten können. Schon heute ist klar, dass das Ansprechen auf eine solche Vorbehandlung ein besonders wichtiger Prognosefaktor ist und die weiteren Therapieentschei-

dungen prägt. Diese Entwicklung wird nicht ohne Einfluss auf die Organisationsformen unserer Kliniken bleiben. Alle diese Informationen müssen zusammengeführt und gemeinsam interpretiert werden, um dann in Therapieprotokolle umgesetzt werden zu können.

Klar geworden ist auch, dass nicht alle Prognosefaktoren gleichermaßen schicksalhaft vorgegeben sind und bestenfalls als Grundlage für Therapieentscheidungen dienen können. Vielmehr werden Prognosefaktoren auch aktiv durch Patienten und Arzt beeinflusst. Durch Kooperation, rechtzeitige Therapie von Begleiterkrankungen und Reduktion von Noxen, kann der Patient seine Prognose selbst mitgestalten. Noch gravierender ist der Einfluss des Arztes, hier des Chirurgen. Die Effektivität seiner Operation – dokumentiert durch die Objektivierung der Residualtumorfreiheit am Ende des Eingriffs – prägt die Prognose entscheidend. Natürlich muss das Tumorstadium eine R0-Resektion überhaupt zulassen. Das Wissen um diesen Prognosefaktor rückt ihn zugleich auch ins Zentrum der Qualitätskontrolle einer Operation. Sie wird in ihrer Effektivität überprüfbar. Ähnliches gilt auch für andere therapiebezogene Prognosefaktoren, die der Chirurg beeinflussen kann. Ausmaß der Lymphadenektomie und Konservenverbrauch sind schon jetzt überall leicht erfassbar; die intraoperative Tumorzell dissemination als möglicher Ausdruck des Operationstraumas ist zumindest unter wissenschaftlichen Aspekten bereits evaluiert. Die Qualität der onkologischen Chirurgie wird mehr und mehr objektivierbar. Schon jetzt ist offenkundig, dass chirurgische Erfahrung und die Qualität des chirurgischen Umfelds prägend für die Ergebnisse sind.

Das Wissen um die Prognosefaktoren wächst immer schneller. Es ermöglicht eine onkologische Therapie, die immer gezielter und individueller wird und damit hoffentlich auch effektiver. Es weist zugleich der Chirurgie einen immer gezielteren Stellenwert zu (so genanntes „chirurgisches Fenster“) und formuliert den Auftrag an die onkologische Chirurgie präziser. Die Chirurgie hat sich dieser Situation zu stellen. Sie muss qualitative und nicht quantitative Ziele verfolgen. Der Nutznießer der Entwicklung wird der Patient sein.

Prof. Dr. J. R. Siewert
Chirurgische Klinik der Technischen Universität
Klinikum rechts der Isar
Ismaninger Straße 22, 81675 München