

Ursprünglich war geplant, die Artikelserie dem Schwerpunkt «Therapiekonzepte gastrointestinale Tumoren bei alten Patienten» zu widmen. Ich habe spontan abgelehnt. Meine Abneigung gegen eine Gerontoonkologie als eigene Nische basiert vor allem darauf, weil mir das numerische Alter als Entscheidungsgrundlage für ein Therapiekonzept ungeeignet erscheint. Denn: Krebs ist ja zum grossen Teil eine Alterskrankheit. Das trifft besonders auf die gastrointestinalen Tumoren zu. Das mediane Alter beim kolorektalen Karzinom liegt bei 72 Jahren. Warum also den älteren Patienten zum Spezialfall machen? Vielleicht wäre eine Artikelserie zum Thema «Therapiekonzepte gastrointestinale Tumoren beim jungen Patienten» eine grössere Herausforderung.



Therapiekonzepte für alte Patienten? Nein!

Verstärkte Toxizität, ungünstigere Tumorbiologie, aber ...

Selbstverständlich wissen wir alle, dass das fortgeschrittene Alter eine Krebsbehandlung durchaus problematischer machen kann als sie ohnehin schon ist. Stichworte sind Compliance, verminderte Resorption, verändertes Verteilungsvolumen der Medikamente durch veränderte Körperzusammensetzung, beeinträchtigte Organfunktion oder Medikamenteninteraktionen.

Eine am ASCO-Meeting 2009 präsentierte Metaanalyse von McCleary et al. zum Kolonkarzinom scheint zum Beispiel zu zeigen, dass Patienten über 70 von einer modernen adjuvanten Chemotherapie keinen Nutzen mehr haben. Einiges spricht dafür, dass die altersabhängige Toxizität zumindest teilweise für dieses Resultat verantwortlich war. Deswegen gehört die Chemotherapie des älteren Menschen immer in die Hände des Spezialisten – und sei es «nur» die scheinbar einfache Tablettentherapie mit Capecitabin.

Auch die Tumorbiologie verändert sich mit zunehmendem Alter. So nimmt die Bedeutung des CpG-Insel-Methylator-Phänotyps als Ursache des Kolonkarzinoms zu und betrifft mehr als die Hälfte der Patienten – weit mehr als die klassische mutationsbedingte Mikrosatelliteninstabilität oder der Verlust der Heterozygotie (LOH). Die Erforschung der Einflussfaktoren dieser genetischen Veränderungen auf die Therapieempfindlichkeit und das spontane Tumorverhalten steht erst am Anfang.

... Diskriminierung des alten Patienten?

Leider ist mit der Abtrennung einer Untergruppe aus dem Gesamtkollektiv häufig ein diskriminierendes Element verbunden. Der sogenannte alte Mensch ist speziell für unterschwellige Diskriminierung anfällig. Er ist nicht mehr produktiv im Arbeitsprozess eingebunden und er zieht keine eigenen Kinder mehr auf (allerdings nicht so selten die Grosskinder). Zudem sind die Krebsmedikamente häufig extrem teuer und zu einer wesentlichen Belastung des Gesundheitswesens geworden. Indirekt wird deswegen im klinischen Alltag immer wieder die Daseinsberechtigung des älteren Menschen infrage gestellt, indem man die Frage aufwirft, ob sich hier eine Therapie «überhaupt noch lohne (!)».

Man kann nur hoffen, dass letztlich die Vitalität des alten Menschen diese Frage entscheidet und nicht sein numerisches Alter. Die Industrie wird zunehmend mit dem Problem konfrontiert, dass sie mit ihrer gefährlichen Preispolitik das Hauptzielpublikum für ihre Krebsmedikamente unattraktiv macht.

Es scheint mir ethischer die hohen Medikamentenpreise abzuschaffen als die alten Patienten.

Prof. Dr. med. Markus Borner

Chefarzt Onkologie

Spitalzentrum Biel

und

Leiter Klinische Forschungseinheit

Universitätsklinik für Onkologie

Inselspital Bern