

2. Männergesundheitskongress am 28. März 2014 in Berlin

Man(n) informiert sich ***Fragen und Antworten zur Männergesundheit***

Prof. Dr. Theodor Klotz

Klinik für Urologie, Andrologie und Kinderurologie
Kliniken Nordoberpfalz AG

Diagnose Krebs - Wo steht Man(n)?

Bösartige Tumorerkrankungen stehen in den westlichen Industrienationen an zweiter Stelle der Todesursachenstatistik. Die Todesursache «Krebs» wird immer häufiger, was auf die demografische Entwicklung in den Industrienationen zurückzuführen ist. Im Jahr 2000 hat sich die Anzahl der Krebsneuerkrankungen (Rohe Inzidenz = Neuerkrankungen pro 10000 Einwohner pro Jahr) im Vergleich zum Jahr 1970 verdoppelt (Hossfeld und Hegewisch-Becker 2000). Im Jahre 2010 betrug die Inzidenz von männlichen Tumorerkrankungen insgesamt 463/100000 Männer. Das Prostatakarzinom ist hier mit 106/100000 Männern führend (Stabenow et al. Forum 2014).

Die Inzidenz stimmt beim männlichen Geschlecht nicht mit Rangfolge bei den Krebstodesfällen überein. Hier ist beim Mann der Lungenkrebs, gefolgt vom Darm- und Prostatakrebs, führend. Unter epidemiologischen und gesundheitswissenschaftlichen Gesichtspunkten müssen Krebserkrankungen von Ausnahmen abgesehen als altersassoziierte Erkrankungen betrachtet werden. Das Risiko, an epithelialen Tumoren, d.h. an Karzinomen zu erkranken und zu sterben, steigt mit zunehmendem Alter fast logarithmisch an.

Ob und inwieweit ein Individuum durch eine diagnostizierte Tumorerkrankung bezüglich Lebensqualität und Lebenserwartung beeinträchtigt wird, ist Gegenstand aktueller, sehr kontrovers geführter Diskussionen. Dabei ist klar, dass z.B. ein Prostatakarzinom eines 80-Jährigen anders zu werten ist als bei einem 60-jährigen Patienten. Aller Regelungsversuche und Leitlinien zum Trotz kann die Entscheidung der klinischen Relevanz einer Tumorerkrankung mit nachfolgender Therapiekonsequenz zur Zeit nur in der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung getroffen werden, wobei medizinische Komorbiditäten, Alter und soziales Umfeld zu berücksichtigen sind (Baille et al 2000, RKI 2010, S3-Leitlinien Onkologie).

Es ist zu betonen, dass nicht prinzipiell jede diagnostizierte Krebserkrankung Einfluss auf die Lebenserwartung hat. Eine Reihe von sogenannten «Alterskrebsen» (z.B. bestimmte Hautkrebsarten, Prostatakrebs, Alterslymphome) werden für das einzelne Individuum nicht mehr relevant, da die Lebenserwartung durch Komorbiditäten (z.B. Morbus Alzheimer, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen) stärker beeinflusst wird. Dies steht im Widerspruch zur oft geäußerten subjektiven Wahrnehmung, die neben der Zunahme von Tumoren auch eine höhere «gefühlte» krebsspezifische Mortalität vermittelt.

Die Diskussion um die Effizienz von Programmen im Bereich der Sekundärprävention bzw. Screening ist für beide Geschlechter im vollen Gange. Die Problematik der Überbehandlung bei häufigen, aber selten zum Tode führenden Tumoren macht eine geschlechtsspezifische risikostratifizierte Sekundärprävention notwendig. Aufgrund der Fortschritte in der prädiktiven Diagnostik wird sich in Zukunft für jedes Individuum ein Risikoprofil auch für onkologische



Erkrankungen erstellen lassen, welches die individuellen genetischen Dispositionen und umweltbezogenen Risikofaktoren berücksichtigt. Auf der Basis dieses Risikoprofils kann dann eine individualisierte Primär- und Sekundärprävention und auch Therapie aufbauen, die naturgemäß eine hohe Akzeptanz aufweist.

