

Guidelines Ressourcenallokation Pankreaskarzinom

Wie priorisiert man die Krebsversorgung in Zeiten beschränkter Behandlungskapazitäten? Ein Vorschlag am Beispiel des Pankreaskarzinoms.

Dr. med. Beat Moeckli, MD-PhD-Kandidat, Hôpitaux Universitaires Genève, beat.moeckli@hcuge.ch

Prof. Dr. med. Stefan Mönig, Leiter UGI-Chirurgie, Hôpitaux Universitaires Genève, stefan.moenig@hcuge.ch



Dr. med. Beat Moeckli



Prof. Dr. med. Stefan Mönig

Die Corona-Pandemie hat zu teils drastischen Auswirkungen auf die Versorgung von an Krebs erkrankten Patienten geführt. Exemplarisch hierfür stehen eine zeitlich befristet reduzierte Kapazität für Tumoroperationen oder für die stationäre Versorgung von Krebspatienten sowie ein Rückgang von Früherkennungs- und Nachsorgemassnahmen. Zusätzlich können langfristige Auswirkungen der Pandemie auf Krebspatienten erst in den kommenden Jahren erfasst werden. Dennoch ist es bereits jetzt sinnvoll, für den Fall einer Knappheit von Ressourcen, empirisch und ethisch begründete Verteilungskriterien hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Mittel zu formulieren. Der vorliegende Artikel fasst die entsprechende deutsche S1-Leitlinie zusammen, welche im April 2022 publiziert wurde¹. Die Empfehlungen basieren auf einem informellen Konsens von Experten aus Ethik, Recht, Medizin und Versorgungsforschung und wurden unter Federführung der Arbeitsgemeinschaft internistische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft ausgearbeitet. Anhand von konkreten Beispielen in Bezug auf das Pankreaskarzinom zeigen wir, wie man bei einer Priorisierung der Krebsversorgung vorgehen könnte. Dies könnte auch für die Schweiz als Vorlage dienen.

In einer ersten Phase von zeitlich befristeter Knappheit von Ressourcen mit der Möglichkeit einer Kompensation muss noch keine Priorisierung stattfinden. Termine können kurzfristig verschoben, Patienten regional verlegt oder Therapien ambulant durchgeführt werden. Erst wenn diese ersten Schritte ausgeschöpft sind und die Ressourcenknappheit bestehen bleibt, kommt es zur Priorisierung. Dabei erfolgen Entscheidungen über die Priorisierung von Massnahmen nicht in der Absicht, Menschen oder Menschenleben zu bewerten. Ziel ist es vielmehr, angesichts nicht ausreichender Ressourcen den Schaden sowohl für die von der Entscheidung direkt betroffenen Patienten als auch für die Gruppe der an Krebs erkrankten Patienten insgesamt (individueller und aggregierter Schaden) zu minimieren^{2,3}. Hierzu müssen die Dringlichkeit, die Erfolgsaussichten sowie die Verfügbarkeiten von alternativen Massnahmen in Betracht gezogen werden. Eine Priorisierung aufgrund von Alter, Geschlecht oder Ethnie sollte auf jeden Fall vermieden werden.

Im Anschluss zeigen wir auf, wie eine Priorisierung aussehen könnte in Bezug auf Bildgebung, operative Therapie und systemische Therapie für die unterschiedlichen Indikationen von Pankreaskrankungen. Die Einteilung der Priorisierung erfolgt in niedrige, mittlere und hohe Priorität (siehe Abbildung), wobei eine Notfallversorgung immer stattfinden sollte.

Bildgebung/Endoskopie

- Verschiebung: Screening bei familiärem Pankreaskarzinom, Pankreatitis oder IPMN ohne worrisome features,
- Niedrige Priorität: IPMN mit stabilem Verlauf über drei Jahre
- Mittlere Priorität: neu aufgetretene typische Symptomatik, Zystische Pankreasläsion mit morphologischen Kriterien, die auf maligne Entartung hinweisen
- Hohe Priorität: schmerzloser (Verschluss-)Ikterus, Pankreatitis unklarer Genese bei bekannter IPMN, Ausbreitungsdiagnostik bei geplanter OP

Operative Therapie

- Verschiebung: Borderline-resektables Pankreaskarzinom (primär chemotherapeutische Vorbehandlung), Pankreaskarzinompatient, mit hohem ACS-NSQIP-Risikoscore für schwere Komplikationen, zystische Neoplasien ohne absolute oder relative OP-Indikation nach internationalen Leitlinien, elektive Resektion bei symptomatischen grossen serös-zystischen Neoplasien (SCN) ohne Cholestase
- Niedrige Priorität: zystische Neoplasien (IPMN, MCN) mit relativer OP-Indikation nach europäischen Leitlinien, grossen serös-zystischen Neoplasien (SCN) mit Cholestase, pankreatische neuroendokrine Tumoren (pNET) mit einer Grösse > 2 cm
- Mittlere Priorität: resektables Pankreaskarzinom, Pankreaskarzinom nach neoadjuvanter Therapie, IPMN und MCN mit absoluter OP-Indikation nach Fukuoka-Kriterien
- Hohe Priorität: cholestatischer Ikterus, der interventionell nicht mittels Stent zu behandeln ist

Systemische Therapie

- Verschiebung: keine Indikation
- Niedrige Priorität: Fortführung Systemtherapie bei lokal inoperablem Pankreaskarzinom nach erfolgter Radiochemotherapie, adjuvante Chemotherapie nach kurativer Resektion eines Pankreaskarzinoms, Strahlentherapie von stabilen Knochenmetastasen
- Mittlere Priorität: Chemotherapie oder Strahlen(chemo)therapie bei Borderline-resektablem Pankreaskarzinom mit dem Ziel einer sekundären Resektion, System- oder lokale Therapie bei paraneoplastischen Syndromen, tumorbedingter Symptomlast oder Organschädigung, ossäre Metastasen mit Schmerzsymptomatik
- Hohe Priorität: schwere Organschädigung durch Metastasierung, drohende Infiltration lebenswichtiger Organstrukturen, ausgeprägte Beschwerden, Fortführung einer Chemotherapie bei metastasiertem Pankreaskarzinom, Radiation bei zerebralen Metastasen, Tumorblutung oder refraktären Tumorschmerzen

Die hier zusammengefassten S1-Leitlinien bieten einen Anhaltspunkt, wie man eine Priorisierung von krebserkrankten Patienten basierend auf einem Expertenkonsensus angehen kann. Jedoch muss beim Einzelfall die jeweilige klinische und persönliche Situation jedes Patienten berücksichtigt werden⁴. Bei der ersten Pandemiewelle wurden elektive Operationen aufgrund einer mangelhaften Notfallplanung teils undifferenziert auf unbestimmte Zeit verschoben⁵. Es erscheint uns daher wichtig, dass eine solche Priorisierungsplanung frühzeitig erfolgt und möglichst breit abgestützt ist. Damit kann man bei einer zukünftigen Pandemie oder einem sonstigen Ereignis, welche zu einer Beschränkung der Behandlungskapazität führen, eine effiziente Priorisierung schnell einsetzen und es lassen sich auch regionale Unterschiede vermeiden. Es würde sich hier anbieten, dass sich die jeweils betroffenen Fachgesellschaften zusammenschließen, um nationale Richtlinien analog der deutschen S1-Leitlinien zur Priorisierung der Behandlung von Krebserkrankungen zu erarbeiten; dies gestützt auf die lokalen Gegebenheiten.

Literatur

1. *Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie. Priorisierung und Ressourcenallokation im Kontext der Pandemie. Empfehlungen für die Krebsversorgung am Beispiel gastrointestinaler Tumoren. [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 22]. Available from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/018-039.html>*
2. *Jazieh AR, Akbulut H, Curigliano G, Rogado A, Alsharm AA, Razis ED, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Care: A Global Collaborative Study. JCO Glob Oncol. 2020 Sep;6:1428–38*
3. *Curigliano G, Banerjee S, Cervantes A, Garassino MC, Garrido P, Girard N, et al. Managing cancer patients during the COVID-19 pandemic: an ESMO multidisciplinary expert consensus. Annals of Oncology. 2020 Oct 1;31(10):1320–35*
4. *Onesti CE, Rugo HS, Generali D, Peeters M, Zaman K, Wildiers H, et al. Oncological care organisation during COVID-19 outbreak. ESMO Open. 2020 Aug;5(4):e000853*
5. *Peloso A, Moeckli B, Oldani G, Triponez F, Toso C. Response of a European surgical department to the COVID-19 crisis. Swiss Med Wkly. 2020 Apr 6;150:w20241*

Abbildung 1: Schematische Übersicht zu Verschiebung und Priorisierung

