

22. Juni 2016

Behandlungsoptionen bei Kolorektal- und Prostatakarzinom

Diese Ausgabe des JOURNAL ONKOLOGIE ist dem Kolorektalkarzinom (CRC) und dem Prostatakarzinom (PCA) gewidmet.

In dem Artikel von Herrn Matthes zur chirurgischen Therapie des CRC wird die Wichtigkeit der R0-Resektion mit radikaler en-bloc-Resektion für die Prognose der Patienten betont. Einzelne Prozeduren werden erläutert und entsprechend der gültigen S3-Leitlinie zum CRC für verschiedene Tumorlokalisationen definiert. Aktuell spielt nicht nur die totale mesorektale Exzision (TME) beim Rektumkarzinom, sondern auch die komplette mesokolische Exzision (CME) bei Kolonresektion eine entscheidende Rolle. Bei ausreichender Expertise sind laparoskopische kolorektale Resektionen als gleichwertig anzusehen und sicherlich weniger belastend, v.a. für ältere oder komorbide Patienten. Die zweithäufigsten Metastasen eines CRC – die Peritonealmetastasen – werden von Herrn Leebmann besprochen. Durch die verbesserte systemische Chemotherapie leben viele der betroffenen Patienten heute länger bei oft akzeptabler Lebensqualität. Bei dieser Patientengruppe stellt sich die Frage der Intensivierung der Therapie mit einer neuen, lokoregionalen Behandlungslinie. So konnte die chirurgische Zytoreduktion in Kombination mit einer hyperthermen intraperitonealen Chemotherapie etabliert werden – aktuell mit einer sehr niedrigen Letalität. Darüber hinaus wird die proaktive Second-look-Chirurgie mit HIPEC nach fortgeschrittenen Karzinomen des unteren Gastrointestinaltraktes beschrieben, denn noch besser als die Therapie einer manifesten Karzinose wäre natürlich die Verhinderung ihrer Entstehung.

Frau Hegemann geht auf die Rolle der adjuvanten Radiotherapie beim PCA ein. Aufgrund der günstigen Tumorbiologie mit langsamer Progredienz und einem bestimmtem Tumormarker neigen viele Therapeuten dazu, auf eine, von der gültigen Leitlinie empfohlene, adjuvante Radiotherapie zu verzichten. Vielmehr wird die Option der „Early Salvage“-Radiotherapie für Rezidive praktiziert, wobei dies nur bei einer sehr hohen Compliance der Patienten durchgeführt werden kann. Des Weiteren wird das Thema Hypofraktionierung behandelt. Außerhalb von Studien kann diese aber selbst unter Anwendung einer Cyberknife-Plattform nicht empfohlen werden. Herr Skrobek spricht ein sensibles Thema der Therapie des PCAs an: Rezidive nach lokaler Therapie, welche aufgrund der geringeren funktionellen Nebenwirkungen nicht selten in Anspruch genommen wird. Die regelmäßige Kontrolle der PSA-Werte ermöglicht zwar die Diagnose des Rezidivs, stellt aber den Therapeuten oft vor ein großes Problem, denn meist kann man das Frührezidiv kaum lokalisieren. Mit dem Ga-68-PSMA-PET/CT liegt nun eine Methode vor, die schon bei niedrigen PSA-Werten mit einer hohen Sensitivität und fast 100%iger Spezifität das Rezidiv lokalisieren kann.

Eine effektive onkologische Therapie kann nur interdisziplinär gelingen und setzt fachübergreifende Kenntnisse voraus. Nur so kann man auch gemeinsam Visionen entwickeln,

die den Patienten zu Gute kommen werden.

Mit besten kollegialen Grüßen, Ihr Pompiliu Piso, Regensburg