

21. Juli 2016

Diagnose und Therapie des Pankreaskarzinoms

Das Pankreaskarzinom ist immer noch der Tumor im Gastrointestinaltrakt mit der ungünstigsten Prognose. Maximal 20% der Patienten können bei Diagnosestellung noch einer operativen Therapie zugeführt werden, und selbst von diesen Patienten versterben über 70% 5 Jahre postoperativ, auch wenn eine optimale adjuvante Therapie – wie z.B. nach dem ESPAC-4-Protokoll (Gemcitabin plus Capecitabin) – durchgeführt wurde. In der palliativen Situation konnte durch neue Chemotherapie-Kombinationen wie das FOLFIRINOX-Protokoll oder die Kombination aus Gemcitabin und nab-Paclitaxel das Überleben der Patienten signifikant verbessert werden. Auch Zweitlinientherapien wie z.B. die Kombination aus 5-FU und nanoliposomalem Irinotecan haben in jüngster Zeit die Überlebensrate der Patienten verbessert. Dennoch sprechen wir hier von medianen Gesamtüberlebenszeiten von etwa 12 Monaten.



Eine wesentliche Ursache für die ungünstige Prognose des Pankreaskarzinoms ist nicht zuletzt die sehr späte Diagnose. Trotz optimaler Bildgebung ist es oft sehr schwierig, eine definitive Diagnose des Bauchspeicheltumors zu stellen und wenn, dann leider erst in sehr späten Tumorstadien. Dr. Kromrey und Prof. Kühn aus Greifswald stellen in ihrer Übersicht die aktuellen Möglichkeiten zur Bildgebung des Pankreaskarzinoms und auch künftige Entwicklungen z.B. hinsichtlich der PET sehr anschaulich dar.

Das Pankreaskarzinom metastasiert in der Regel sehr früh. Selbst bei kleinen Metastasen besteht bereits ein hohes Risiko einer in der Bildgebung noch nicht sichtbaren Mikrometastasierung. Daher entstand die Idee, durch eine Chemotherapie vor der Operation die postoperative Überlebensrate deutlich zu verbessern. Hierzu gibt es bislang nur erste Ansätze aus kleineren Studien. Die möglichen Ergebnisse, aber auch die Probleme bei einer solchen Therapiestrategie werden in einem eigenen Artikel in dieser Ausgabe dargestellt.

Ein wesentliches Kennzeichen des Pankreaskarzinoms ist auch das Stroma. Es gibt kaum einen Tumor, bei dem eine so intensive Stromabildung zu verzeichnen ist wie beim Pankreaskarzinom. Lange Zeit haben wir gedacht, dass das Stroma ein ideales Target für die Tumorthherapie sei und durch Entfernung des Stromas eine bessere Durchblutung und damit eine bessere Penetration des Tumors z.B. mit Chemotherapeutika erreicht werden könnte. Es gibt allerdings neuere Daten, die zeigen, dass das Stroma möglicherweise auch den Patienten gegen den Tumor „schützt“ und eine Entfernung des Stromas ein aggressiveres Tumorwachstum zur Folge haben kann. Das Stroma scheint beim Pankreaskarzinom gleichermaßen „Freund und Feind“ des Patienten zu sein. Es haben sich in letzter Zeit sehr differenzierte Ansätze herausgebildet, die das Stroma in das therapeutische Konzept beim Pankreaskarzinom mit einbeziehen. Diese Konzepte werden im Beitrag von Prof. Lutz aus Saarbrücken dargestellt.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

