

01. Mai 2004

Faszination Interdisziplinäre Onkologie

Das „Tumorboard“ am Klinikum rechts der Isar, München, ist ein zukunftsweisendes Modell für die interdisziplinäre Tumorthherapie. Patienten werden nicht mehr primär nach ihrer Tumorentität verschiedenen Krankenhausabteilungen zugewiesen. Für sie steht eine Patientenlaufstelle bereit, wo Diagnostik und Therapieentscheidung das Ergebnis der Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen sind, erläuterte Prof. J. Rüdiger Siewert während der Auftaktveranstaltung „Faszination Interdisziplinäre Tumorthherapie“ des Interdisziplinären Tumortherapiezentrams in München.

Zwischen Oktober 1999 und April 2003 wurden 3.265 Patienten im Tumorboard vorgestellt, ca. 3/4 vor Ersttherapie. Nach Falldiskussion im interdisziplinären Tumorboard kam es in ca. 30% der Fälle zur Modifikation der primären Therapieentscheidung. Die interdisziplinäre Therapieentscheidung wurde in 95,7% der Fälle eingehalten. Ein hoher Prozentsatz der Patienten erhielt eine neoadjuvante Therapie.

Die Möglichkeit der präoperativen Chemo- oder kombinierten Radiochemotherapie bei lokal fortgeschrittenen Ösophaguskarzinomen ist einer der Gründe, weshalb sich die Prognose des Ösophaguskarzinoms nach Resektion in den letzten 20 Jahren sehr verbessert hat. Weitere Gründe dafür sieht Prof. Hubert Stein, München, in der Zunahme prognostisch günstigerer Adenokarzinome, im Rückgang der Plattenepithelkarzinome, im besseren präoperativen Staging, der limitierten Resektion bei Frühkarzinomen und der geringeren postoperativen Morbidität und Mortalität.

Zur neoadjuvanten Therapie des Magenkarzinoms gibt es bislang keine abgeschlossene Phase-III-Studie, sagte Dr. Florian Lordick, München. Allerdings zeigte eine Zwischenauswertung des MAGIC-Trials, vorgestellt auf dem ASCO-Kongress 2003, dass durch die neoadjuvante Therapie ein Down-Sizing möglich ist und die Resektabilität verbessert wird. Dies wirkte sich auf das progressionsfreie Überleben positiv aus. Die Überlebensdaten sind noch nicht reif. Allerdings weist die Studie methodische Probleme auf, schränkte Lordick ein. So waren die Stagingmaßnahmen inadäquat und die Selektionskriterien ungenau.

Für Karzinome des Ösophagus stellt die metabolische Responseevaluation mittels PET eine bislang einmalige Chance dar, sehr früh im Verlauf einer neoadjuvanten Therapie Responder und Non-Responder unterscheiden zu können und auf der Grundlage der Response das Therapiekonzept individuell modifizieren zu können.

Die adjuvante Radiochemotherapie bei Magenkarzinom zeigte zwar in einer randomisierten Phase-III-Studie einen Effekt auf das rezidivfreie Überleben, berichtete Dr. Frank Zimmermann, München. Allerdings ist die Toxizität wegen des hohen Zielvolumens der Strahlentherapie nicht zu vernachlässigen. Darüberhinaus weist diese nordamerikanische Studie im Bereich der Qualität der operativen Therapie erhebliche Mängel auf. Eine generelle Empfehlung für eine adjuvante Radiochemotherapie bei allen gastrektomierten Magenkarzinompatienten ist deshalb aus den

Studienergebnissen nicht abzuleiten. Wegen des hohen Zielvolumens gehört die Strahlentherapie an ein erfahrenes Zentrum, forderte Zimmermann. Supportive Therapiemaßnahmen sind wegen der beträchtlichen Akuttoxizität unbedingt erforderlich.

Bei Frühkarzinomen im oberen GI-Trakt gibt es eine Chance für limitierte Therapieverfahren. Eine attraktive Therapie ist heute die endoskopische Mukosa-Resektion bei umschriebenen Läsionen. PD Dr. Gossner, Wiesbaden, plädierte dafür hochgradig intraepitheliale Neoplasien nicht mehr chirurgisch, sondern primär endoskopisch anzugehen. Absolute Grenze für die endoskopische Therapie sind Mukosakarzinome, fortgeschrittene Karzinome bleiben selbstverständlich Domäne der radikalen chirurgischen Therapie.

as

Quelle: „Faszination Interdisziplinäre Onkologie“ – Schwerpunkt: obere GI-Tumore, 11. Februar 2004, Klinikum rechts der Isar, München.