

Kleinzelliges Bronchialkarzinom

(Dr. med. H. Simon)

Limited Disease (Stad. I-IIIb nach UICC)

Nur bei (selten) früh diagnostizierten Karzinomen ohne LK-Befall (cT1-2 cN0) spielt die Operation eine Rolle. Hier sollte präoperativ mittels einer Mediastinoskopie und/oder eines PET/CT ein Lymphknotenbefall ausgeschlossen sein. In jedem Fall muss postoperativ eine cisplatinhaltige Chemotherapie durchgeführt werden.

In den übrigen Fällen ist die primäre Chemotherapie Standard mit nachfolgender Bestrahlung von Tumorregion/Mediastinum +/- Supraclavikularregion. Standard ist hierbei das PE-Schema (Cis- bzw. Carboplatin/Etoposid), da es mit einer simultanen RT kombiniert werden kann (nicht jedoch anthrazyklinhaltige Protokolle). Bei einem inadäquaten Ansprechen nach 2 Zyklen sollte frühzeitig auf ein alternatives Protokoll wie ACO, EpiCO oder CEV gewechselt werden

Bei inkompletter Remission evtl. Salvage-Operation oder Nachbestrahlung.

Der Nutzen einer postoperativen Nachbestrahlung von Tumorregion/Mediastinum ist derzeit nicht gesichert. Außerhalb von Studien wird sie jedoch empfohlen ab einer N2-Situation bzw. nach inkompletter Resektion.

Die prophylaktische Schädelhirnbestrahlung ist bei Pat. mit Komplettremission/-resektion stets zu empfehlen.

Extensive Disease (Stad. IV nach UICC)

Ein kurativer Therapieansatz ist hier nicht gegeben. Zytostatische Behandlung in rein palliativer Zielsetzung. Chemoprotokolle wie bei Limited Disease. Eine Dosisreduktion oder eine Monotherapie ist nur bei einer relevanten Komorbidität oder geriatrischen Patienten gerechtfertigt. Für die Monotherapie stehen Carboplatin oder Etoposid oral zur Verfügung.

Aufgrund neuer Daten der EORTC ist die prophylaktische Schädelbestrahlung auch in fortgeschrittenen Stadien mit einem Überlebensvorteil verbunden und daher bei Patienten mit ordentlichem AZ zu empfehlen. Die lokale Radiotherapie von Tumor oder Metastasen kommt nur bei Symptomen am „Ort der Not“ zum Einsatz.

Rezidiv

Nach einer neueren Untersuchung ist Topotecan im Rezidiv gleich wirksam wie ACO bei jedoch geringerer Toxizität. Daher wird im Rezidiv derzeit die Monotherapie mit Topotecan empfohlen. Eine Rezidivtherapie ist jedoch nur bei einem ausreichenden AZ WHO 2° oder besser gerechtfertigt.

Nachsorge/Verlaufskontrolle

Erste Nachsorge 6 Wo. nach Ende einer Therapie, danach vierteljährlich inkl. klinischer Untersuchung, Röntgen-Thorax und Labor (inkl. Leberwerte). Weitergehende Untersuchungen sollten nur bei entsprechenden Symptomen durchgeführt werden.