

Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom

Stadium I/II nach UICC

Tumoren im Stadium I/II nach UICC (cT1-2 cN0 bzw. cT1-2 cN1 oder cT3 cN0) werden primär operiert. Zur Festlegung des lokalen Stadiums ist eine Bronchoskopie sowie ein Spiral-CT des Thorax inkl. des Oberbauches (Leber und Nebennieren) erforderlich. Vor einer möglichen OP bedarf es darüber hinaus bei fraglichem LK-Befall einer mediastinoskopischen Klärung sowie einer Ganzkörperskelettszintigrafie und eines Schädel-CT zum Ausschluss von Metastasen. Ob ein negativer PET-Befund i.B. des Mediastinums in Zukunft eine diagnostische Mediastinoskopie entbehrlich machen kann, bleibt vorerst abzuwarten.

Bei funktioneller Inoperabilität oder falls Patienten die OP ablehnen, sollte eine Radiatio in kurativer Intention durchgeführt werden.

Adjuvante Therapie

Patienten im Stad. II sowie im Stadium IIIA, bei denen der mediastinale LK-Befall erst im Rahmen der OP nachgewiesen wurde („akzidentelles“ Stad. IIIA N2), sollten bei gutem AZ eine adjuvante Chemotherapie mit 4 Zyklen einer cisplatinhaltigen Kombination erhalten. Patienten im Stadium IB (pT2 pN0) und wahrscheinlich auch Patienten im Stad. II ohne LK-Befall (pT3 pN0) profitieren dagegen entgegen ursprünglicher Annahmen nicht von einer adjuvanten Chemotherapie.

Eine Nachbestrahlung nach einer primären Operation ist indiziert nach R1/2-Resektion sowie im Falle einer erst i.R. der OP gesicherten pN2-Situation.

Stadium IIIA und IIIB

Im Stadium IIIA/B kommen in der Regel multimodale Therapieformen zur Anwendung.

Bei primär operablen Patienten im Stad. IIIA N2 (ca. 25-30%) konkurrieren die Vorgehensweisen primäre OP mit Nachbestrahlung sowie neoadjuvante Chemo- bzw. Radiochemotherapie mit nachfolgender sekundärer OP miteinander. Die primäre OP sollte hierbei nur bei Patienten durchgeführt werden, bei denen keine Pneumonektomie sondern lediglich eine Lobektomie erforderlich ist. Die sekundäre OP nach vorheriger Chemo- bzw. Radiochemotherapie erscheint ebenso nur bei Patienten von Vorteil zu sein, bei denen lediglich eine Lobektomie erforderlich ist. Die vorherige Abstimmung mit dem thoraxchirurgischen Zentrum ist notwendig.

Bei Patienten in einem primär nicht operablen Stad. IIIA N2 (LK-Metastasen > 2 cm, damit „N2 bulky“) ist der Benefit einer sekundären Resektion nach vorheriger Chemotherapie oder Radiochemotherapie hinsichtlich eines Überlebensvorteils nicht gesichert. Im Normalfall kommt daher bei gutem AZ eine definitive, simultan durchgeführte Radiochemotherapie zur Anwendung, Im Falle einer mediastinalen Komplettremission sowie bei jüngeren Patienten sollte jedoch Rücksprache mit einem thoraxchirurgischen Zentrum gehalten werden.

Im Stadium IIIB (T4-Situation und/oder N3-Befall) ist bei gutem AZ die definitive Radiochemotherapie indiziert. Multimodale Konzepte inkl. einer sekundären Operation sollten hierbei nur im Rahmen von Studien oder in ausgesuchten Einzelfällen durchgeführt werden..

Im Stadium IIIB mit gesichertem malignen Pleuraerguss (positive Zytologie) ist eine Radiatio dagegen nicht indiziert. In dieser Situation ist eine alleinige palliative Chemotherapie die Behandlung der Wahl.

Sulcus superior (Pancoast)- Tumoren

In der Regel liegt eine cT3-Situation vor, bei Infiltration von Wirbelkörper ein cT4-Stadium. Früher wurde zumeist eine Bestrahlung durchgeführt, im Falle einer Operabilität dann gefolgt von einer sekundären OP. Heute wird in Analogie zu anderen Tumorlokalisationen eher eine simultane Radiochemotherapie durchgeführt. Die Entscheidung bezüglich einer sekundären Resektion erfolgt entsprechend den oben ausgeführten Überlegungen.

Nachsorge nach potenziell kurativem Vorgehen

In den ersten 2 Jahren vierteljährlich inkl. klinischer Untersuchung, Röntgen-Thorax und Labor (inkl. Leberwerte). Weitergehende Untersuchungen sollten nur bei entsprechenden Symptomen durchgeführt werden.

Stadium IV

Bei Patienten < 70 Jahre und ausreichendem AZ WHO 0-1°, im Einzelfall auch WHO 2°, ist eine cisplatinhaltige Kombinationschemotherapie indiziert. Ein Vorteil für eine bestimmte Kombination (z.B. mit Gemcitabin, Docetaxel oder Vinorelbin) konnte bisher nicht gesichert werden. Bei älteren Patienten > 70 J. und/oder eingeschränktem AZ WHO 2° sollte dagegen eher eine Monotherapie zum Einsatz kommen.

Im Falle eines Rezidives/Progresses ist bei jüngeren Patienten die Behandlung mit Docetaxel mono zu bevorzugen, sofern diese Substanz nicht schon primär eingesetzt wurde. Als Alternative hierzu stehen Pemetrexed sowie der orale Tyrosinkinase-Inhibitor Erlotinib (Tarceva®) zur Verfügung. Entgegen früherer Annahmen profitieren wohl alle Patientengruppen hiervon, unabhängig von Geschlecht, histologischem Subtyp oder früherem Nikotinabusus. Der Einsatz von Bevacizumab in Kombination mit Paclitaxel ist derzeit routinemäßig noch nicht zu empfehlen.

Indikationen für eine palliative Bestrahlung sind z.B. schmerzhafte oder die Statik gefährdende Knochenmetastasen, inoperable Hirnmetastasen (bei ausreichendem AZ) sowie der Z.n. R0-Resektion solitärer Hirnmetastasen.