

Ösophaguskarzinom sowie Karzinome des proximalen gastro-ösophagealen Überganges (AEG Typ I - Barrett)

(Dr. med. H. Simon)

Primär operatives Vorgehen

Bei Frühkarzinomen mit Befall maximal des proximalen Drittels der Submukosa (cT1sm1) ist bei älteren Patienten eine endoskopische Mukosaresektion mit geringer Morbidität ausreichend.

Bei jüngeren Patienten dagegen sowie bei allen anderen, noch lokal beschränkten Karzinomen (cT1/2 cN0 M0) des mittleren/unteren Ösophagusdrittels ist dagegen eine Resektion nach onkologische Kriterien erforderlich.

Ein lokal fortgeschrittenes Wachstum (cT3/4 und/oder cN+) muss zuvor zwingend mittels CT (Ösophagus) oder MRT (bei AEG Typ I) und/oder mittels einer Endosonografie ausgeschlossen werden.

Bei Karzinomen des AEG Typ I (1-5 cm oral der Kardie) bedarf es ebenfalls einer Ösophagektomie. Dabei sollte eine transthorakale en bloc-Resektion durchgeführt werden, da hierbei befallene Lymphknoten eher entdeckt und entfernt werden als i.R. eines transhiatalen Vorgehens (signifikanter Überlebensvorteil).

Adjuvante Maßnahmen

Bisher konnte durch postoperative Therapiemaßnahmen kein Überlebensvorteil nachgewiesen werden. Daher sind adjuvante Maßnahmen nicht indiziert.

Neoadjuvante Radiochemotherapie

Bei lokal fortgeschrittenen Karzinomen (cT3/4 und/oder cN+) des mittleren/unteren Drittels sowie des AEG Typ I ist insbesondere bei Adenokarzinomen eine neoadjuvante Radiochemotherapie mit 5-FU/Cisplatin indiziert gefolgt von einer sekundären Operation.. Die Radiochemotherapie von Tumoren im unteren Drittel ist allerdings mit einer erhöhten Toxizität verbunden, was bei der Therapieplanung berücksichtigt werden muss. Alternativ kann in dieser Situation bei Adenokarzinomen

neoadjuvant auch eine alleinige Chemotherapie mit Cisplatin/5-Fluorouracil durchgeführt werden.

Bei Plattenepithelkarzinomen ist der Nutzen bzw. Überlebensvorteil einer sekundären Operation dagegen nicht gesichert. Eine sekundäre Operation sollte nur bei jüngeren Patienten sowie bei Progress unter laufender Radiochemotherapie angestrebt werden.

Bei stenosierenden Tumoren ist vor Beginn einer Radiochemotherapie die Anlage einer Ernährungssonde notwendig. Falls eine sekundäre OP vorgesehen ist, muss jedoch auf die endoskopische (PEG-) Anlage verzichtet und eine chirurgische Jejunumsonde angelegt werden.

Definitive Radiochemotherapie

Bei Karzinomen des oberen Ösophagusdrittels und damit bestehender Inoperabilität beschränken sich die therapeutischen Möglichkeiten auf eine definitive Radiochemotherapie, möglichst ergänzt durch zwei weitere Zyklen Chemotherapie 5-FU/Cisplatin zur Konsolidierung.

Bei stenosierenden Tumoren ist vor Beginn einer Radiochemotherapie die Anlage einer Ernährungssonde (PEG) notwendig.

Palliative Situation

Metastasierte Plattenepithelkarzinome werden primär chemotherapeutisch behandelt mit 5-FU/Cisplatin oder im Rahmen von Studien.

Adenokarzinome dagegen werden behandelt wie metastasierte Magenkarzinome.

Bevorzugte Chemoregime sind hierbei bei gutem AZ und jüngerem Alter das allerdings deutlich hämatotoxische DCF-Regime mit Docetaxel, Cisplatin und 5-FU (Van Cutsem et al., 2006). Weniger toxisch sind das modifizierte Schema GastroTax1 (Lorenzen et al., 2007) sowie das FLOT-Schema (Al Bartran et al., 2007). Oxaliplatin ist zwar äquieffektiv zu Cisplatin (Cunningham 2006), für die Therapie des Magenkarzinoms jedoch noch nicht zugelassen. Bei weniger belastbaren Patienten ist die Kombination aus Capecitabin und Cisplatin (Kang et al., 2006) vorzuziehen. Bei primär metastasierten Karzinomen muss zudem zur Aufrechterhaltung der normalen Ösophaguspassage die Implantation eines Stent sowie lokale strahlentherapeutische Optionen in Erwägung gezogen werden.

Chemoprotokolle

Radiochemotherapie:

Cisplatin 20 mg/m² Tag 1-5

5-FU 800-1000 mg/m² kontinuierlich Tag 1-5, in Wo. 1 + 5 der Bestrahlung

Palliativ:

DCF (Van Cutsem et al. 2006):

Docetaxel 75 mg/m² Tag 1

Cisplatin 75 mg/m² Tag 1

5-FU 750 mg/m² kontinuierlich Tag 1-5, Wdh. alle 3 Wo.

G-CSF-Gabe empfohlen

GastroTax1 (Lorenzen et al. 2007):

Docetaxel 40 mg/m² Tag 1,15,29

Cisplatin 40 mg/m² Tag 1,15,29

Leucovorin 200 mg/m² Tag 1,8,15,22,29, 36

5-FU 2000 mg/m² kontinuierlich Tag 1,8,15,22,29, 36, Wdh. Tag 49

FLOT (Al Bartran et al. 2007):

5-FU 2000 mg/m² kontinuierlich Tag 1

Leucovorin 200 mg/m² Tag 1

Oxaliplatin 85 mg/m² Tag 1

Taxotere® (Docetaxel) 50 mg/m² Tag 1, Wdh. alle 2 Wo.

XP (Kang et al. 2006):

Xeloda® (Capecitabin) 2000 mg/m² Tag 1-14

Cisplatin 80 mg/m² Tag 1, Wdh. alle 3 Wo.