Ösophaguskarzinom – da tut sich was!

Christian Ell^a Arnulf H. Hölscher^b

^aKlinik Innere Medizin II, HSK Wiesbaden,

^bKlinik für Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum, Köln, Deutschland

Zum Thema Ösophaguskarzinom gibt es mindestens vier bemerkenswerte Aussagen, die beschreiben, wie viel Bewegung aktuell in diesem schwierigen Teilbereich der Onkologie des Gastrointestinaltrakts steckt:

- Kein Karzinom des Gastrointestinaltrakts nimmt hinsichtlich seiner Inzidenz derart zu wie das Ösophaguskarzinom, wobei das Adenokarzinom den Schrittmacher bei dieser Entwicklung darstellt.
- Bei keinem der luminalen gastrointestinalen Karzinome sind die Noxen, die für die Entstehung maßgeblich verantwortlich sind, so bekannt wie beim Ösophaguskarzinom: Sind es beim Plattenepithelkarzinom die Kombination aus Nikotin und Alkohol, so ist es beim Adenokarzinom zweifelsfrei der gastroösophageale Reflux. Damit ergeben sich Risikogruppen und vor allem für das Adenomkarzinom ein Leitsymptom – jahrelanges ausgeprägtes Sodbrennen –, das sich zur Vorsorgespiegelung geradezu anbietet.
- Mit dem verbesserten Wissen über die karzinogenen Noxen geht auch die gesteigerte Aufmerksamkeit des Endoskopikers für die Erfassung von frühen Karzinomstadien in der Speiseröhre einher. Hierzu hilft die moderne endoskopische Technik mit hochauflösenden Endoskopien, Magnifikationsendoskopien, realer und virtueller Endoskopie, Endosonographie und Endomikroskopie. Bei-

des zusammen führt dazu, dass im Ösophaguszentrum Wiesbaden bereits über 50% aller vorgestellten Patienten ein T1-Stadium aufweisen und damit kurativ behandelt werden können.

- Was die Behandlung des Ösophaguskarzinoms anbelangt, vollzieht sich beim Frühkarzinom ein Paradigmenwechsel. Die endoskopische Resektion wird zur Therapie der Wahl bei Karzinomen, die auf die Mukosa beschränkt sind bzw. noch im Stadium der hochgradigen intraepithelialen Neoplasie detektiert werden. Geringer invasive offen-chirurgische Verfahren oder minimal invasive Operationen erlauben zukünftig ein differenziertes chirurgisches Vorgehen, und schließlich rundet die Radiochemotherapie, möglicherweise auch in neoadjuvanter Form, das Spektrum der Behandlungsformen ab.

Betrachtet man die Entwicklung der letzten Jahre und wirft auch einen Blick in die Zukunft, so besteht die berechtigte Hoffnung, dass aus dem «Aschenputtel» der gastrointestinalen Karzinome mit später Erkennung, großen und damit risikobehafteten chirurgischen Eingriffen und in Konsequenz schlechter Prognose eine Tumorentität wird, die mehrheitlich im Frühstadium detektiert wird, mehrheitlich kurativ behandelt und in vielen Fällen mit risikoarmen minimal invasiven bzw. offenen chirurgischen Verfahren geheilt werden kann.