Chirurgische Therapie des Magenkarzinoms

G. Jatzko, St. Veit/Glan R. Bittner, Stuttgart

Obwohl die Inzidenz des Magenkarzinoms in den westlichen Industrieländern kontinuierlich abnimmt, stellt es weltweit immer noch die zweithäufigste Todesursache unter den Krebserkrankungen dar. Die Behandlungsergebnisse außerhalb Japans sind unverändert schlecht, da mehr als 50% der Fälle in einem fortgeschrittenen, operativ nicht mehr kurablen Stadium diagnostiziert werden. Das Thema des vorliegenden Heftes «Chirurgische Therapie des Magenkarzinoms» ist daher nach wie vor aktuell und soll die angeschnittene Problematik in ihrer Vielschichtigkeit beleuchten. Die einzelnen Kapitel sind von anerkannten Experten geschrieben und enthalten über die Standards hinausgehend neue Aspekte der Therapie.

Das Magenkarzinom, das über viele Jahre als ein nationales Gesundheitsproblem in Japan anzusehen war, hat in der Folge bemerkenswerter Fortschritte in Frühdiagnostik und Behandlung viel von seinem Schrecken verloren. Eine wichtige Rolle hierbei spielte die im Jahre 1962 gegründete Japanische Gesellschaft für die Erforschung des Magenkarzinoms mit der verbindlichen Definition allgemeiner Regeln zur Diagnostik, Klassifikation und Behandlung. Sowohl infolge intensiver Screening-Programme als auch aufgrund von Verbesserungen in der operativen Therapie, nicht zuletzt vor allem durch die Einführung der radikalen Lymphadenektomie, konnte neben der Zunahme des Anteils der Frühkarzinome auch die Gesamtüberlebensrate erheblich gesteigert werden.

Zwar liegt in den westlichen Industrienationen die Rate an Frühkarzinomen immer noch niedrig, die Behandlungsergebnisse sind aber vergleichbar mit denen japanischer Institutionen. Dagegen konnte die Gesamtüberlebensrate für das fortgeschrittene Magenkarzinom nicht wesentlich verbessert werden. Als Ursache für die schlechteren Ergebnisse in den europäischen Kliniken und den

USA werden diskutiert: ein unterschiedliches tumorbiologisches Verhalten, das sogenannte «phenomenon of stage migration», Unterschiede im Patientenalter, in der Laurén-Klassifikation und auch die höhere Komorbidität der Patienten in den westlichen Ländern. Obwohl immer wieder auf einen Vorteil der japanischen Lymphknotendisektion hingewiesen wird, ist deren Nutzen nicht unumstritten. Letztlich fehlen prospektiv randomisierte Studien in Japan. Darüber hinaus konnte in einigen westlichen Studien kein Vorteil der radikalen Lymphknotendisektion gegenüber der D1-Dissektion gezeigt werden. Im Gegenteil, die D2-Lymphknotendisektion war mit einer höheren Morbidität und Letalität vergesellschaftet. Erstaunlicherweise wird nur von wenigen Autoren die Überlegenheit der japanischen Ergebnisse auf die größere Erfahrung und das Vertrautsein der japanischen Chirurgen mit dieser Erkrankung aufgrund der wesentlich höheren Inzidenz zurückgeführt. Wenngleich nach wie vor eine Reihe von Kontroversen bezüglich des Wertes der radikalen Lymphknotendisektion noch nicht definitiv geklärt sind, muß die in westlichen Ländern immer noch anzutreffende fatalistische Sicht über die Behandlungsergebnisse des Magenkarzinoms abgelehnt werden. Die schlechte Prognose dieser Erkrankung ist nicht länger zu akzeptieren. Erhöhte Anstrengungen in der Frühdiagnostik ebenso wie die Übernahme japanischer Strategien werden sicherlich auch die Gesamtüberlebensraten für das Magenkarzinom in den westlichen Ländern verbessern. Ob allerdings die Konzentration der Magenkarzinomfälle in einigen wenigen hochspezialisierten Zentren angestrebt werden sollte, ist zu diskutieren. Kein Zweifel besteht darin, daß der das Magenkarzinom operierende Chirurg mit allen Facetten der Therapie vertraut sein muß. Anliegen dieses Heftes ist es, einen Beitrag zur Vereinheitlichung des Vorgehens beim Magenkarzinom zu geben, wie es bereits seit vielen Jahren in Japan Standard ist.