Lokale Therapie von Frühkarzinomen: «Progress to something better or to something new?»

Matthias Anthuber^a Andrea Tannapfel^b Christian Ell^c

^a Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Klinikum Augsburg,

^b Institut für Pathologie, Ruhr-Universität Bochum,

^c Klinik für Innere Medizin II, Dr. Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden, Deutschland

Es liegt in der Natur des Menschen, scheinbar Etabliertes immer wieder aufs Neue zu hinterfragen, um es im Sinne einer Verbesserung zu verändern, oder, basierend auf Neugier und Erfindergeist, gänzlich neue Wege einzuschlagen, um ein gegebenes Problem einer ganz anderen, aber besseren Lösung zuzuführen. Ohne diesen Drang der grenzgängerischen Persönlichkeiten, die es ja im Umfeld aller Wissenschaften und besonders auch in der Medizin gibt und die die medizinische Forschung und deren Umsetzung in den letzten Jahrzehnten voran gebracht haben, wären die heutigen Errungenschaften moderner Diagnostik und Therapie immer noch nur eine vage, weit entfernte Vorstellung. Skeptiker wären gegenüber diesen Visionären bestätigt worden, die erste Anfänge im negativen Sinne als Illusion abgetan hätten. Stellvertretend für viele sei an dieser Stelle nur Professor Kurt Semm genannt, der als eigentlich «fachfremder Gynäkologe» mit der ersten laparoskopischen Appendektomie der Idee einer weniger belastenden Operationstechnik zum Leben verhalf und daher von allen Skeptikern, insbesondere den traditionalistischen Chirurgen, massiv angefeindet wurde. Die Geschichte gab ihm recht, hat doch die laparoskopische Operationstechnik in den vergangenen 20 Jahren in verschiedenen Fachbereichen der operativen Medizin einen beeindruckenden Siegeszug angetreten. Dieser ging, wie am Beispiel der laparoskopischen Cholezystektomie gezeigt, so rasant schnell, dass eine Überprüfung nach strengen evidenzbasierten Grundsätzen gar nicht mehr möglich war, da die Mehrzahl der Mediziner und, das darf man nicht vergessen, auch der Patienten, von der Überlegenheit der neuen Methode überzeugt waren. Kleinere Narben und schnellere Rekonvaleszenz waren die wesentlichen Argumente.

Auch im Gastrointestinaltrakt, wo sich bislang die unterschiedlichen Behandlungskonzepte von operativer Viszeralchirurgie und konservativer Gastroenterologie gegenüberstehen, vollzieht sich ein ähnlicher Paradigmenwechsel – immer weniger

belastende Eingriffe ohne äußerlich erkennbare Narben, ambulant durchgeführt, organerhaltend. Dank bahnbrechender Verbesserungen der diagnostischen und therapeutischen Endoskopie, zusammen mit verbesserten Vorsorgestrategien im oberen und unteren Gastrointestinaltrakt, ist es gelungen, gutartige Läsionen rechtzeitig zu diagnostizieren und frühe Läsionen endoskopisch erfolgreich zu therapieren. NOTES (natural orifice transluminal endoscopic surgery) hat diesen Entwicklungen zuletzt eine ganz neue Dimension gegeben.

Es ist vor allem Endoskopikern in Japan und Europa zu verdanken, dass Frühkarzinome im Ösophagus und Magen nach Größe, makroskopischer Wachstumsform sowie anhand histopathologischer Merkmale so zuverlässig charakterisiert werden konnten, dass unter Beachtung des regionären Metastasierungsrisikos endoskopische Resektionstechniken in Form der endoskopischen Mukosaresektion (EMR), zuletzt aber auch vermehrt als sogenannte endoskopische Submukosadissektion (ESD), beim Submukosakarzinom mit begrenzter Eindringtiefe zum Einsatz gebracht werden konnten. Mit zunehmender Tendenz finden diese Techniken nun auch Verbreitung beim Mukosa- und Submukosakarzinom des Kolons und Rektums.

Wie bei allen neuen Entwicklungen sollten jedoch einige Problempunkte unbedingt diskutiert werden. Denn alle lokal-ablativen Verfahren müssen sich an den klassischen chirurgischen Standards messen lassen: an der Kurabilität, dem Rezidivrisiko und letztendlich an der Prognose der Patienten.

Zur Beurteilung der Kurabilität des Verfahrens sind bestimmte Anforderungen an die histopathologische Aufarbeitung zu stellen. Lokalen Verfahren gelingt es nicht immer, den Befund en bloc zu entfernen. Die dann notwendige «Piece meal»-Technik ist in der Hand des Unerfahrenen problematisch und stellte Endoskopiker und Pathologen mitunter vor unlösbare Aufgaben. Damit wird der Patient, sofern

keine konsequenten Schlüsse aus einer fraglich vollständigen Tumorentfernung gezogen werden, einem erhöhten Rezidivrisiko mit allen Konsequenzen für das tumorfreie Überleben ausgesetzt. Hier dürfen bewährte Prinzipien einer radikalen onkologischen Behandlung der zweifellos schonenden endoskopischen Technik nicht untergeordnet werden, nur weil man der neuen Methode, die bei guter Indikation schon jetzt fraglos ihren Stellenwert hat, Vorschub leisten möchte – frei nach dem mittlerweile weit verbreiteten Motto: «Mit einem neuen Hammer sieht alles wie ein Nagel aus!»

Auch scheint es speziell bei Verdacht auf ein Submukosakarzinom im mittleren und distalen Drittel des Rektums nicht sinnvoll, eine zeitaufwendige und dadurch für den Patienten durchaus auch belastende ESD zu versuchen, wenn in geübter chirurgischer Hand eine transanale Vollwandexzision in konventioneller oder endoskopisch-mikrochirurgischer Technik (TEM) schnell, risikoarm und onkologisch radikal durchgeführt werden kann. Möglicherweise ergeben sich auch anatomisch vorgegebene Grenzen für die ESD im Kolon, bei schwieriger Lage von Frühkarzinomen hinter Schleimhautfalten oder im Bereich des sehr dünnwandigen Zökums und

Colon ascendens. Wichtig ist, hier einheitliche und valide Kriterien zu schaffen, die als Basis für Multicenter-Studien dienen können.

Die nachfolgenden Beiträge beleuchten kritisch die endoskopischen und chirurgischen Verfahren in der Behandlung von Frühkarzinomen des oberen und unteren Gastrointestinaltrakts unter besonderer Berücksichtigung der entscheidenden Rolle der exakten pathologischen Aufarbeitung. Wir gehen davon aus, dass sich bei selbstkritischer Beurteilung der zur Verfügung stehenden Verfahren durch die Gastroenterologen und Chirurgen die therapeutischen Möglichkeiten komplementär zum Nutzen des Patienten anwenden und weiter entwickeln lassen. Wir sollten jedoch bei aller Begeisterung für das Neue die Verpflichtung zur sauberen wissenschaftlichen Evaluation innovativer Techniken nicht aus dem Auge verlieren. Dabei sollte uns das Wort des international hoch angesehen englischen Chirurgen Sir Heneage Ogilvie leiten, der schon im frühen 20. Jahrhundert sagte: «Advance means progress to something better and not progress to something new.»