Onkologe 2009 · 15:1179
 DOI 10.1007/s00761-009-1725-x
 Online publiziert: 20. November 2009
 © Springer-Verlag 2009

J. Weitz¹ · P.M. Schlag²

¹ Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie,
 Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg

² Charité Comprehensive Cancer Center, Charité –
 Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Berlin

Kolonkarzinom – Es bleibt noch viel zu tun

Das Kolonkarzinom ist – zusammen mit dem Rektumkarzinom – bei beiden Geschlechtern der häufigste maligne Tumor in Deutschland. Im Jahr 2004 erkrankten 37.250 Männer und 36.000 Frauen, knapp 28.000 Patienten verstarben im gleichen Zeitraum an einem kolorektalen Karzinom. Auch wenn die Inzidenz in den vergangenen Jahren zumindest ein Plateau zu erreichen scheint bzw. leicht rückläufig ist und die krankheitsspezifische Mortalität zurückgegangen ist, sind noch immer gewaltige Anstrengungen erforderlich, um das Kolonkarzinom zu vermeiden bzw. heilen zu können. Die Anstrengungen der vergangenen Jahre haben jedoch auch Früchte getragen. Es ist daher Zeit, diese – aber auch die noch bestehenden Probleme – in einem dem Kolonkarzinom gewidmeten Schwerpunktheft umfassend in dieser Zeitschrift erneut darzustellen. In 6 Beiträgen sollen die wesentlichen Aspekte zur Pathogenese, Prävention und Therapie dieses Tumors diskutiert werden.

Zunächst werden die aktuellen Erkenntnisse in der Pathogenese des sporadischen und hereditären Kolonkarzinoms (J. Munding, A. Tannapfel) erörtert. In dem Beitrag wird deutlich, dass es sowohl bei den hereditären wie auch bei den spontanen Kolonkarzinomen eine große Heterogenität bezüglich der Pathogenese gibt. Ein noch tieferes Verständnis der zugrunde liegenden molekularen Mechanismen ist dringend erforderlich, um das Fernziel einer individualisierten Prävention bzw. Therapie erreichen zu können. Der derzeitige Standard und die Möglichkeiten der primären und sekundären Prävention des Kolonkarzinoms ist spezielles

Thema des Beitrags von P. Thermann und T. Seufferlein. Es zeigt sich insbesondere, welch großer Aufklärungsbedarf der Bevölkerung noch im Bereich der Primärprävention (Lebensführung) wie auch der sekundären Prävention (therapeutische Koloskopie) besteht. Die nächsten Beiträge widmen sich der Therapie des Kolonkarzinoms. Grundlage der Therapie ist die chirurgische Resektion mit einer radikulären Lymphonodektomie, wie im Beitrag von M. Koch und J. Weitz, Heidelberg dargestellt. Besonders wichtig erscheint die Tatsache, dass die Prognose der Patienten u. a. auch von der Qualität der Chirurgie und der Erfahrung des Chirurgen bzw. des Behandlungsteams abhängt. Die adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms wird im Beitrag von G. Schuch, Hamburg; D. Arnold, Halle; C. Bokemeyer, Hamburg diskutiert; im Stadium III ist die adjuvante Therapie fest etabliert, im Stadium II dagegen derzeit nur bei bestimmten Risikokonstellationen indiziert. So standardisiert das Vorgehen à priori in der adjuvanten Therapie, so individuell ist das Management in der metastasierten Situation (Beitrag von G. Folprecht, Dresden; C. Bokemeyer, Hamburg; J. Weitz, Heidelberg). Gerade hier ist das interdisziplinäre Vorgehen von entscheidender Bedeutung, da chirurgische, interventionell-radiologische und medizinisch-onkologische Maßnahmen genau aufeinander abgestimmt bzw. gegeneinander abgewogen werden müssen. Der Beitrag von C. Rödel, Frankfurt, bezüglich der strahlentherapeutischen Aspekte der Therapie des Kolonkarzinoms rundet die Darstellung der therapeutischen Optionen ab.

Betrachtet man die einzelnen Beiträge, so lassen sich verschiedene Schlussfolgerungen ziehen: Nur durch ein besseres Wissen bezüglich der Pathogenese werden sich neue und individualisierte Therapieansätze entwickeln lassen. Die interdisziplinäre Therapie des Kolonkarzinoms mit höchster Qualität muss das Ziel aller Anstrengungen sein. Was nutzen alle diese Erkenntnisse aber, wenn sie nicht bei den Patienten ankommen? Dieses Problem zeigt sich nicht nur bei der primären und sekundären Prävention des Kolonkarzinoms. Es gibt also noch viel für uns alle gemeinsam zu tun.

J. Weitz

Für die Herausgeber des Schwerpunkt-
 heftes

P.M. Schlag

Für die Herausgeber

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Weitz

Klinik für Allgemein-, Viszeral-
 und Transplantationschir-
 urgie, Chirurgische Univer-
 sitätsklinik Heidelberg
 Im Neuenheimer Feld 110,
 69120 Heidelberg
 Juergen.Weitz@med.
 uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor
 gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.