Gastroenterologie 2016 · 11:443
DOI 10.1007/s11377-016-0115-3
Online publiziert: 20. Oktober 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Roland M. Schmid¹ · Christian Trautwein²

¹ Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II: Gastroenterologie, Endokrinologie, Diabetologie, Infektiologie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München, Deutschland

² Klinik für Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen, und Internistische Intensivmedizin (Med. Klinik III), Universitätsklinikum Aachen, Aachen, Deutschland

Update kolorektales Karzinom

Das kolorektale Karzinom ist weltweit an zweiter bzw. bei Männern an dritter Stelle der krebisbedingten Todesursache. Die Prognose des Kolonkarzinoms verbessert sich seit Beginn der 1990er-Jahre. Die 5-Jahres-Überlebensrate für Patienten mit einem kolorektalen Karzinom liegt derzeit bei 64 %. Das Kolonkarzinom ist biologisch heterogen. Prof. Koligs stellt das evidenzbasierte und individualisierte Vorgehen zur Vorsorge vor. Die adjuvante Chemotherapie des Kolonkarzinoms wird im Stadium III generell empfohlen, im Stadium II ist ihr Nutzen fraglich. Für die Zukunft könnte die Tumorlokalisation entscheidend sein, wie Herr Prof. Algül ausführt. Herr Dr. Pohl und Herr Prof. Schmiegel erläutern die medikamentöse Therapie des metastasierten kolorektalen Karzinoms und die durch neue Chemotherapeutika und biologische Substanzen im letzten Jahrzehnt deutlich verbesserte Prognose.

» Die Prognose des Kolonkarzinoms verbessert sich seit Beginn der 1990er-Jahre

Zukünftig könnte die Einteilung in molekulare Subgruppen für die Therapie wichtig werden. Die chirurgische Resektion primär resektabler Lebermetastasen ist Standard und ermöglicht grundsätzlich eine Heilung in über 30 % der Fälle. Prof. Lüdde und Kollegen führen die Datenlage zur primären und sekundären Resektabilität von Lebermetastasen aus. Lokal- und regional-ablative Verfahren nehmen in der multimodalen Therapie zu, u. a. auch in frühen Linien. Patienten mit kolorektalen Lebermetastasen sollten daher nicht nur zu Beginn, sondern regelmäßig auch im Verlauf in einer interdisziplinären Tumorkonferenz zwingend vorgestellt werden. Dr. Ettrich und Prof. Seufferlein erläutern die aktuelle Diagnostik und Therapie des Rektumkarzinoms. Deutliche Unterschiede zwischen Rektum- und Kolonkarzinom zeigen sich indes im Bereich der Anforderungen an die Ausbreitungsdiagnostik sowie der lokalisationsabhängigen perioperativen Therapie und im Bereich der adjuvanten Therapie.

Wir wünschen Ihnen beim Lesen der Artikel viel Spaß und hoffen, Ihnen damit einen aktuellen Stand über die Therapie des kolorektalen Karzinoms vermitteln zu können.

Mit herzlichen Grüßen
Ihre

Prof. Dr. R.M. Schmid

Prof. Dr. Chr. Trautwein

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. R. M. Schmid

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II: Gastroenterologie, Endokrinologie, Diabetologie, Infektiologie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
Ismaninger Straße 22,
81675 München, Deutschland
rolandm.schmid@mri.tum.de

Prof. Dr. C. Trautwein

Klinik für Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen, und Internistische Intensivmedizin (Med. Klinik III), Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstraße 30,
52074 Aachen, Deutschland
ctrautwein@ukaachen.de

Interessenkonflikt. R.M. Schmid und C. Trautwein geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.