Oberflächliche Karzinome im Gastrointestinalum

Oft geht es auch ohne den Chirurgen

Für Patienten mit einem Frühkarzinom im Ösophagus oder Magen ist die endoskopische Resektion heute eine sehr erfolgversprechende Therapieoption, die im Vergleich mit der Operation mit einem geringeren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko einhergeht.

— Von einem frühen Krebsstadium bei einem Ösophagus- oder Magenkarzinom spricht man, wenn der Tumor auf die oberste Schicht der Schleimhaut begrenzt ist, oder wenn Karzinomvorstufen, sog. Dysplasien, vorliegen. „Für solche Patienten ist eine lokal begrenzte endoskopische Therapie die Methode der Wahl“, sagte Priv.-Doz. Dr. Brigitte Schumacher, Oberärztin am Evangelischen Krankenhaus in Düsseldorf. Bei solchen Karzinomen sei das Risiko einer lymphatischen oder systemischen Metastasierung sehr gering. So liegt die Wahrscheinlichkeit für eine Lymphknotenmetastasierung bei einem mukosalen Karzinom bei unter 5%. Ist der Tumor jedoch in die Submukosa infiltriert, steigt das Risiko des Lymphknotenbefalls auf bis zu 25% an. Eine endosko-

pische Lokalthherapie ist nur bei Karzinomen mit minimaler Submukosainfiltration und fehlender Beteiligung von Lymphgefäßen und Venen vertretbar.

Organerhalt bei lokaler Tumorfreiheit

Für die lokale endoskopische Therapie spricht v. a. das geringere Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko im Vergleich zur Operation. „Die endoskopische Therapie garantiert dem Patienten den Organerhalt und damit eine deutlich höhere Lebensqualität“, so Schumacher.

Für die endoskopische Therapie früher Krebsstadien stehen verschiedene Techniken zur Verfügung. Bei Läsionen bis zu einem Durchmesser von 2 cm empfiehlt sich die endoskopische Resektion mittels Schlinge oder Kappe, die sog. endoskopische Mukosaresektion. Dabei wird die Tumoraläsion stückchenweise, d. h. in piecemeal-Technik abgetragen. Die Erfolgsrate liegt bei 97–99%. „Der Hauptnachteil dieser Technik ist die schwierige Bestimmung einer nach onkologischen Kriterien definierten lokalen Tumorfreiheit, wodurch das Rezidivrisiko erhöht ist“, so Schumacher. Deshalb empfehle sich bei Läsionen > 2 cm die endoskopische Submukosadisektion, wobei der Tumor mit einem Endoskopiemesser „in einem Stück“ abgetragen wird. „Ziel ist die komplette Resektion, um den onkologischen Kriterien im Hinblick auf Sicherheitsabstand und tumorfreien Rändern gerecht zu werden.“

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

© S. Morrosch/fotolia.com

Ist das Karzinom auf die Mukosa beschränkt, hat die endoskopische Entfernung gute Erfolgschancen.

■ Quelle: Pressekonferenz 15. Internationales Endoskopiesymposium in Düsseldorf, 31.1.2013