

Gestalt und Funktion verändern und tatsächlich die Hypoxie reduziert wird. Ergebnisse einer Phase-I-Studie deuteten darauf hin, dass – wie erhofft – die Nebenwirkungen der Therapie gering sind. 6 von 23 Patienten zeigten eine Stabilisierung der Erkrankung.

Mehr Sauerstoff, weniger Progression

Eine verbesserte Sauerstoffversorgung mit einer Normalisierung der Gefäße, weniger Hypoxie und damit weniger VEGF-vermittelte Angiogenese könnte auch durch eine Blockade des Prolyl-Hydroxylase-Domain-Proteins 2 (PHD2) ermöglicht werden. Es scheint ein Schlüsselsensor für die Sauerstoffversorgung zu sein und vermittelt über den Hypoxia-inducible Faktor-1 α (HIF-1 α) die Hochregulation der Angiogenese über VEGF. Im normoxischen Gewebe führt weniger PHD2 zu einer Ausschüttung von HIF1 und HIF2 und damit zu einer geringeren Expression von VEGF. ▶▶▶

Nachgefragt

Ösophaguskarzinom: Operation nur an erfahrenen Zentren!



Prof. Dr. med. Michael Stahl

Leitender Oberarzt der Klinik für Internistische Onkologie/Hämatologie, Kliniken Essen-Mitte

Wir sprachen mit Prof. Dr. med. Michael Stahl über Behandlungsoptionen beim Ösophaguskarzinom und die Empfehlungen der ESMO.

InFoOnkologie: Was empfehlen die im April dieses Jahres erschienenen Praxisleitlinien der ESMO beim lokal fortgeschrittenen Ösophaguskarzinom?

Stahl: Die präoperative Radiochemotherapie (RCT) ist als Standard (Plattenepithelkarzinome) bzw. als eine von zwei Optionen bei Adenokarzinomen im ösophago-gastralen Übergang aufgeführt. Man muss bedenken, dass es bei diesem Tumor viele Patienten gibt, die nicht einfach nach Schema behandelt werden können. Da braucht man viel Erfahrung im Team, um die optimale Chance auf Heilung mit der geringsten Gefahr eines Todes durch die Therapie zu verbinden.

InFoOnkologie: Welche Patienten mit Ösophaguskarzinom können besonders von der RCT plus Operation profitieren?

Stahl: Je ausgedehnter der lokale Tumor ist, je schlechter das Ansprechen auf die primäre Therapie (Chemo- oder Radiochemotherapie) und je distaler der Tumor, desto mehr profitieren die Patienten von einer Operation nach RCT.

InFoOnkologie: Welche Kombination von präoperativer Chemo- und Strahlentherapie empfehlen Sie?

Stahl: Dazu gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Es wird eine Dosis der Strahlentherapie von 40–50 Gy angestrebt. Die Chemotherapie besteht üblicherweise aus zwei Substanzen aus den Gruppen Platinderivate, Fluoropyrimidine, Taxane und Topoisomerase I-Inhibitoren.

InFoOnkologie: Wo sehen Sie die aktuellen Herausforderungen der Behandlung von Speiseröhrenkrebs in Deutschland?

Stahl: Herausforderungen sind die bessere Früherkennung und die bessere Identifikation von Patienten, die auf eine Radio- bzw. Chemotherapie gut oder nicht ansprechen. Wir brauchen auch eine bessere Identifikation von Patienten, die von einer Operation profitieren. Optimale OP-Ergebnisse sollten durch die Therapie an spezialisierten Zentren gesichert werden. Und schließlich müssen neue zielgerichtete Substanzen in bestehende Konzepte der multimodalen Therapie integriert werden.

Friederike Klein