

Aktuelles zum Magenkarzinom

In den Jahren 2008 bis 2012 wurden 183 Patienten mit Magenkarzinom behandelt und reserziert.



Von links nach rechts: Prof. Beat Gloor, Dr. med. Roseline Ruetsch, Prof. Guido Beldi

KLASSIFIKATION, *HELICOBACTER PYLORI*

Wegen der Zunahme der Adenokarzinome am gastro-ösophagealen Übergang sowie neuer Erkenntnisse betreffend prognostischer Aussagekraft von befallenen Lymphknoten wurden in der siebten Auflage der TNM-Klassifikation maligner Tumore 2010 folgende Änderungen eingeführt:

- Ein Tumor, dessen Zentrum in einem Abstand von 5 cm vom ösophago-gastralen Übergang liegt und der in den ösophago-gastralen Übergang hineinreicht, wird nach dem Schema der Oesophaguskarzinome klassifiziert.
- Alle anderen Tumore mit einem Zentrum im Magen und mehr als 5 cm vom ösophago-gastralen Übergang entfernt oder Tumore, deren Zentrum innerhalb eines Abstandes von 5 cm liegt, die aber nicht in den ösophago-gastralen Übergang hineinreichen, werden nach dem Schema für Magenkarzinome eingeteilt.

Betreffend befallener Lymphknoten ist neu nicht mehr primär deren Lokalisation entscheidend, sondern die Anzahl positiver regionärer Lymphknoten, wobei bis 2 befallene regionäre Lymphknoten dem Stadium N1 entsprechen, 3–6 befallene regionäre Lymphknoten dem Stadium N2 und Metastasen in 7 oder mehr regionären Lymphknoten werden als N3 eingeteilt.

Um ein N-Stadium zuverlässig einteilen zu können, müssen vom Pathologen mindestens 15 Lymphknoten untersucht werden.

Die chronische *helicobacter pylori*-Infektion stellt in unseren Breitengraden den wichtigsten und gleichzeitig den am einfachsten zu behandelnden Risikofaktor dar. Entsprechend gehört die Suche nach einer solchen Infektion (z.B. mittels

Atemtest, Stuhl-Antigentest oder Biopsie) und die Therapie bei nachgewiesener Infektion zur Routine, auch in der Gastroenterologie der UVCM.

AUSMASS DER LYMPHADENEKTOMIE

Nach den Vorgaben der *Japanese Gastric Cancer Association* werden bezüglich Ausmass der Lymphadenektomie vier Gruppen (D1–D4) unterschieden.

In Europa wurde nur D1 und D2 in prospektiven randomisierten Studien verglichen. Die prospektiv randomisierte holländische Multizenter-Studie (Bohnenkamp, NEJM 1999) zeigte im 5-Jahres-Überleben keine Vorteile für eine D2-Lymphadenektomie gegenüber einer weniger ausgedehnten D1-Lymphadenektomie. Damals betrug aber die perioperative Letalität in der D2-Gruppe 10%, was nicht auf heutige Verhältnisse übertragen werden darf. Neuere Arbeiten, die Langzeitresultate mehrerer anderer Studien und unsere eigenen Daten bestätigen, dass eine D2-Lymphadenektomie Vorteile bringt und am erfahrenen Zentrum ohne erhöhte Morbidität durchgeführt werden kann. Entsprechend ist die D2-Lymphadenektomie ohne Milz und Pankreasschwanzresektion bei uns das Vorgehen der ersten Wahl.

KOMBINIERTE BEHANDLUNG ALS STANDARD

Seit der MAGIC-Studie (Cunningham, NEJM 2006), welche bei Magen- und distalen Oesophaguskarzinomen randomisiert die Rolle der kombinierten Behandlung der alleinigen Chirurgie gegenübergestellt und einen 5-Jahres-Überlebensvorteil für Patienten mit kombinierter Behandlung (36% vs 23%) ergeben hat, stellt die kombinierte Behandlung, bestehend aus neoadjuvanter Chemotherapie, gefolgt von Chirurgie und komplettierender adjuvanter Chemotherapie, die Standardbehandlung beim Magenkarzinom dar. Dies gilt auch für die an der UVCM behandelten Patienten, welche alle entsprechend den internationalen Vorgaben für ein Krebszentrum am interdisziplinären Tumorboard vorgestellt und besprochen werden. Nach der neoadjuvanten Chemotherapie wird rund 4–6 Wochen gewartet und dann die Resektion angestrebt. Der Eingriff beginnt mit einer diagnostischen Laparoskopie, um Patienten mit einer kleinknotigen, peritonealen Metastasierung, die nicht mehr von einer Resektion profitieren, die Morbidität einer grossen Laparotomie ersparen zu können. Der Stellenwert der Spülzytologie bei makroskopisch fehlendem Nachweis peritonealer Tumorausssaat ist nicht klar. Das Konzept mit neoadjuvanter Chemotherapie ergibt auch die Möglichkeit, dass

der Pathologe am Resektionspräparat den Effekt der Chemotherapie beurteilen kann, sodass – falls indiziert – die anschließende adjuvante Chemotherapie diesem Befund angepasst werden kann.

Die Rate an Patienten, welche wegen einer während der neoadjuvanten Therapie auftretenden Tumorprogression nicht mehr einer chirurgischen Resektion zugeführt werden können, ist nicht genau bekannt. Ebenso bleibt die Frage offen, ob diese Gruppe von Patienten wirklich von einer Resektion zu einem früheren Zeitpunkt profitiert hätte.

ZAHLEN DER UVCM

In den Jahren 2008–2012 wurden durch unser Team 183 Patienten mit Magenkarzinom nach dem beschriebenen Schema behandelt und konnten auch reseziert werden. Die durchschnittliche Anzahl untersuchter Lymphknoten betrug 26,7 (+/-13,7). Die Letalität liegt unter 3%. Die Rekon-

struktion nach totaler Gastrektomie erfolgt mittels End-zu-Seit Oesophago-Jejunostomie oder Bildung eines Jejunum-J-Reservoirs (Rodino-Ersatzmagen) (siehe Skizze unten).

LEBENSQUALITÄT UND PROGNOSE

Nach distaler Gastrektomie ist die Lebensqualität besser im Vergleich zur totalen Magenentfernung, insbesondere da weniger häufig kurz postprandial Krämpfe und Diarrhoe auftreten. Die Häufigkeit eines solchen Früh-Dumping-Syndroms kann durch ein jejunales Interponat zwischen Oesophagus und Duodenum reduziert werden. Da dies zum Preis häufigerer Refluxsymptome erkauft werden muss, wird diese Technik bei uns nicht regelmässig angewendet.

Die Prognose ist stark vom Tumorstadium abhängig. Patienten mit T1N0-Frühkarzinomen erreichen ein 5-Jahres-Überleben von 95%. Dieser Wert sinkt für diffuse T3-Karzinome auf 10–15%.

