

SPEISERÖHRENKREBS: EIN SCHWERWIEGENDES PROBLEM VON WACHSENDE BEDEUTUNG

Von **DR. MED. HEINZ WEHRLI**, Facharzt für Viszeralchirurgie FMH

BEI DER BEHANDLUNG DES MEIST SEHR AGGRESSIVEN SPEISERÖHRENKREBSSES WURDEN IN DEN LETZTEN JAHREN DANK VERBESSERTER DIAGNOSETECHNIKEN ENTSCHEIDENDE FORTSCHRITTE ERZIELT. AUSSCHLAGGEBEND SIND DIE FRÜHERKENNUNG UND EINE ENGE INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT VON CHIRURGEN, GASTROENTEROLOGEN, RADIOLOGEN, PATHOLOGEN, ONKOLOGEN UND RADIOTHERAPEUTEN SOWOHL IN DER ABKLÄRUNG ALS AUCH IN DER BEHANDLUNG UND NACHBETREUUNG DES PATIENTEN.

Der Speiseröhrenkrebs ist mit circa 100 Fällen pro Million Einwohner und Jahr in der westlichen Welt ein zwar seltener, aber hinsichtlich seiner Behandlung überaus komplexer Tumor. Mit einer 5-Jahres-Heilungsrate von nur 16,8% (37,3% in Frühstadien) zählt er ausserdem zu den sehr aggressiven Krebsformen. Unterschieden werden das Pflasterzellkarzinom, das das obere und das mittlere Drittel des Organs befällt und ernährungsbedingt vor allem in Asien und Afrika gehäuft auftritt, und das Adenokarzinom. Dieses wächst am Übergang zwischen Speiseröhre und Magen (Barrett-Karzinom, Kardial-Karzinom Typ I-III) und hat in der westlichen Welt in den letzten 30 Jahren um das Fünffache zugenommen. Es betrifft insbesondere Europäer und Amerikaner, Raucher und Alkoholiker. Übergewicht sowie Refluxkrankheit zählen ebenfalls zum Risikoprofil.

Symptome des Speiseröhrenkrebses sind Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Leistungsverlust, vor allem aber die Schluckstörung (in 74–83% der Fälle), Gewichtsverlust (in 58% der Fälle) sowie Husten, Refluxbeschwerden usw.

DIE BEHANDLUNG IST VOM TUMORSTADIUM ABHÄNGIG.

HOHER STELLENWERT DER DIAGNOSTIK

Eine moderne und präzise präoperative Diagnostik ist entscheidend im Hinblick auf eine korrekte Erfassung des Tumorstadiums und der sich daraus ergebenden Behandlungsstrategie. Die Abklärung umfasst neben der Endoskopie mit Gewebeentnahme die endoskopische Ultraschalldiagnostik, das CT von Brust- und Bauchraum, eventuell mit PET-CT, sowie das Erkennen begleitender Erkrankungen von Lunge, Herz, Leber oder von Diabetes und Mangelernährung. Mit diesen Massnahmen lässt sich das Tumorstadium in 80–95% der Fälle exakt diagnostizieren, was für den späteren Therapieerfolg entscheidend ist.

Dabei interessieren nicht nur der Tumor und seine Ausdehnung selbst, sondern auch mögliche Metastasen in den Lymphknoten sowie Fernmetastasen in Leber und Lunge, selten auch in den Knochen oder im Gehirn. Letztere werden hauptsächlich mithilfe des PET-CT mit einer Treffsicherheit von 80–92% erkannt.

ABGESTIMMTE THERAPIESTRATEGIEN

Die Behandlung ist vom jeweiligen Tumorstadium abhängig. Frühe Stadien ohne Metastasen werden in erster Linie operiert. Ist der Tumor zwar bereits fortgeschritten, aber als potenziell heilbar eingestuft, so wird er neoadjuvant behandelt. Das bedeutet, dass der Tumor mit einer kombinierten Chemo-/Strahlentherapie oder nur mit einer Chemotherapie vorbehandelt wird. Spricht der Tumor auf die Behandlung an, so folgt die Operation. Bei einer zu optimistischen Stadiumsbeurteilung ohne entsprechende Vorbehandlung sinkt die Überlebensrate um 50%! Die oben genannte Vorbehandlung vermag durchaus ein primär inoperables Tumorstadium in ein operables umzuwandeln.

Patienten mit fortgeschrittenem Tumorstadium, die nicht mehr operiert werden können, erhalten eine palliative Chemotherapie oder eine Kombination von Chemo- und Radiotherapie.

KOMPLEXE OPERATIONSVERFAHREN

Bei einem sehr seltenen Tumorfrühstadium mit Wachstum nur in der oberflächlichsten Schicht kann auch die endoskopische Abtragung des Tumors mit der Schleimhaut eine Heilung erzielen. In den meisten Fällen ist jedoch der Tumor weit fortgeschritten, sodass eine für den Patienten belastende Operation erwogen werden muss, die mit erheblichen Risiken verbunden ist.

Ist eine Operation angezeigt, werden die Speiseröhre oder Teile davon zusammen mit den potenziell befallenen Lymphknoten im Brust- und Bauchraum sowie ein Teil



Abb. 1



Abb. 2a



Abb. 2b

Abb. 1
Speiseröhrenkrebs vor der Operation

Abb. 2a
Frühes, oberflächliches Krebsgeschwür (Platteneithelkarzinom) vor der Abtragung

Abb. 2b
Platteneithelkarzinom nach der Abtragung

Bilder: Prof. Dr. med. Stefan Seewald, GastroZentrum Hirslanden

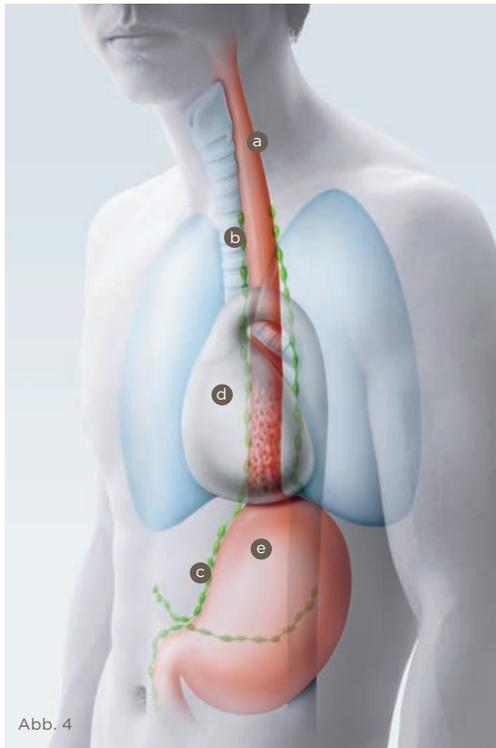


Abb. 4

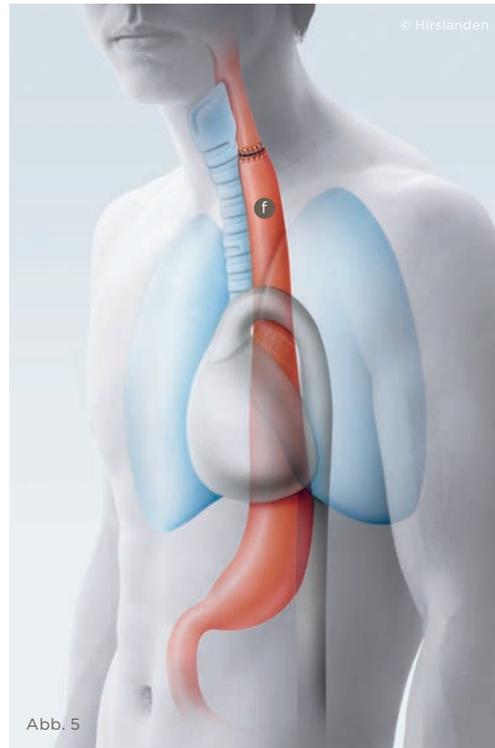


Abb. 5

Abb. 4
Vor der Operation:
Speiseröhre mit Krebsbefall

Abb. 5
Nach der Operation:
Der Magen wurde schlauchförmig als Speiseröhreersatz umgebaut. Zudem ist es notwendig, sämtliche potenziell von Krebszellen befallenen Lymphknoten im Bauch- und Brustraum grossräumig zu entfernen. Daher muss die Bauch- und Brusthöhle geöffnet oder alternativ ein durch das Zwerchfell führender Eingriff mit Naht am Hals gemacht werden.

- a Speiseröhre
- b aufsteigende Lymphe (grün)
- c absteigende Lymphe (grün)
- d Herz
- e Magen
- f umgeformter Schlauchmagen

des Magens entfernt. Aus dem restlichen Magen wird ein Schlauchmagen als Speiseröhreersatz geformt und mittels Eröffnung von Bauchraum und Brusthöhle nach Ivor Lewis mit der Restspeiseröhre vernäht. Dieser sogenannte Zweihöhleneingriff ist sowohl für den Kreislauf als auch für die Atmung sehr belastend und weist eine erhebliche Morbidität von 50–60% sowie eine Mortalität von 5% auf.

Alternativ kann die Speiseröhre auch durch das Zwerchfell ohne Eröffnung der Brusthöhle entfernt und der Schlauchmagen am Hals mit der Restspeiseröhre verbunden werden. Diese Technik nach Orringer und Akijama hat eine geringere Morbidität und Mortalität zur Folge. Gleichzeitig führt sie aber zu mehr undichten Stellen der am Hals liegenden Naht (13,6 vs. 7,2%) und zu mehr Stimmbandlähmungen. Die Heilungschancen sind bei beiden Techniken ähnlich; dennoch geht der Trend heute in Richtung Zweihöhleneingriff, weil so mehr potenziell befallende Lymphknoten entfernt werden können.

MINIMALINVASIVES VORGEHEN

Als minimalinvasive Technik ist die laparoskopisch-thorakoskopische Vorgehensweise zwar möglich, aber sehr anspruchsvoll. Sie wurde vom Autor schon vor Jahren eingesetzt, hat sich aber wegen fehlender relevanter Vorteile – nur die Häufigkeit der Stimmbandlähmungen ist reduziert – international nicht durchgesetzt und wird nur selten angewendet.

FRÜHERKENNUNG STEIGERT HEILUNGSCHANCEN

Wenn es gelingt, Speiseröhrenkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen und frühzeitig zu therapieren, so stehen heutzutage die Chancen gut, den Patienten zu heilen und ihm zu einer sehr guten postoperativen Lebensqualität zu verhelfen. Notwendig sind hierfür eine optimale interdisziplinäre Abklärung durch Chirurgen, Gastroenterologen, Radiologen, Pathologen, Onkologen und Radiotherapeuten, eine radioonkologische und/oder chemotherapeutische Vorbehandlung sowie ein erfahrenes Chirurgenteam, das die äusserst komplexe Operation

durchführt. Der Eingriff darf im Rahmen der hochspezialisierten Medizin nur an ausgewählten Zentren mit grosser Erfahrung, vorhandener Interdisziplinarität und genügenden Fallzahlen durchgeführt werden.

MITTELPUNKT SERVICE

KONTAKT



DR. MED. HEINZ WEHRLI

Facharzt für Viszeralchirurgie FMH,
Mitglied Swiss Tumor Institute (STI)

wehrli@zvc.ch

www.zvc.ch

Zürcher Viszeralchirurgie

Klinik Hirslanden

Witellikerstrasse 40, CH-8032 Zürich

T +41 44 387 30 75

F +41 44 387 30 78

GLOSSAR

- **REFLUXKRANKHEIT:** Erkrankung der Speiseröhre, die durch aufsteigende Magensäure ausgelöst wird. Umgangssprachlich Sodbrennen
- **ENDOSKOPISCHE ULTRASCHALLDIAGNOSTIK:** Ultraschalluntersuchung, die mit einem Endoskop von innen durchgeführt wird
- **ENDOSKOP:** Magenspiegel
- **CT:** Computertomographie. Bildgebendes Verfahren der Radiologie, das mithilfe von Röntgenstrahlen Schichtbilder des menschlichen Körpers liefert
- **PET-CT:** Positronenemissionstomographie mit Computertomographie kombiniert. Verfahren der Nuklearmedizin, das unter Verwendung einer radioaktiven Substanz Bilder von Organen, Skelett und Tumoren sowie Metastasen zeigt
- **MRI:** Magnetresonananzuntersuchung. Anhand von Magnetfeldern werden Schnittbilder von Gewebe und Organen erzeugt.
- **NEOADJUVANTE BEHANDLUNG:** Chemo- oder/und Strahlentherapie, wird vor der Operation durchgeführt
- **RADIOTHERAPIE:** Strahlentherapie
- **MORBIDITÄT:** Komplikationswahrscheinlichkeit
- **MORTALITÄT:** Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 30 Tagen an den Operationsfolgen zu sterben
- **LAPAROSKOPIE:** endoskopische Operation im Bauchraum
- **THORAKOSKOPIE:** endoskopische Operation im Brustraum