

MAGENKARZINOM

1. Diagnostik

Diagnosesicherung	Methode	Ziel	Konsequenz
<ul style="list-style-type: none"> Klinik Begleiterkrankungen Histologie 	<ul style="list-style-type: none"> Anamnese Präkanzerosen Gastroskopie mit Biopsie 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosesicherung Risikoanalyse Sicherung des Karzinoms 	Für präoperative Vorbereitung/ Indikationsstellung zur Therapie
Staging			
	<ul style="list-style-type: none"> Rö-Thorax in 2 Ebenen Sonographie Abdomen Spiral-CT-Abdomen ggf. CT-Thorax CEA, CA19-9, CA72-4 <p>Optional</p> <ul style="list-style-type: none"> Doppelkontrastuntersuchung Laparoskopie Endo-Sonographie 	<ul style="list-style-type: none"> Ausschluss Fernmetastasen Lokale Tumorausdehnung (horizontal und vertikal) Linitis plastica Vor neoadjuvanter Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> Optionen: <ul style="list-style-type: none"> OP kurativ plus Chemotherapie OP palliativ plus Chemotherapie alleinige Chemotherapie Bei Fernmetastasen individuelle Entscheidung zur Therapie durch Tumorkonferenz

2. Therapie

2.1 Kurative Therapie

Operabilität ¹	Therapieoption	Therapieziel	Kriterien
Primär R0-resektabel T1, T2 Tumoren glandulärer Typ Diffuser Typ	Operation Sicherheitsabstand 5 cm 8 cm	R0-Resektion*	<ul style="list-style-type: none"> Allgemeine Operabilität Lokale Operabilität Keine infauste Prognose
Neoadjuvante Strategie T3, T4 Tumor	Multiviszerale Resektion Keine Biopsie, en-bloc Entnahme	R0-Resektion	

* Besonderheiten für die Operation:

Gastrektomie und subtotale Resektion sind gleichwertig, wenn Lokalisation und Sicherheitsabstand stimmen. Splenektomie nicht mehr obligat, jedoch bei Tumorsitz große Krümmung und prox. Tumoren notwendig.

Lymphadenektomie in Kompartiment I und II immer, Kompartiment I immer en-bloc

Für pN0 sind 15 negative Lymphknoten gefordert

Die Mukosaresektion ist bei intestinalen Tumoren T1, G1,2 low-grade möglich, auch endoskopisch.

2.2 Neoadjuvante Therapie

Für Patienten mit Tumoren T3 und T4 oder nodal positiv ist die neoadjuvante Chemotherapie indiziert, dieses gilt für Pat. die primär resektabel sind und solche die es nicht sind. Ein Teil der Pat. die primär nicht resektabel sind, werden durch Chemotherapie resektabel

Tabelle 1

Operables Magen-Ca	CTx	OP
Resektabel	~ 70 %	
Tumorverkleinerung	~ 30 %	
Pathologische Verkleinerung	~ 0 – 13 %	

Tabelle 2

Nicht Operables Magen-Ca	CTx	OP
Tumorverkleinerung		~ 40 - 70 %
Resektabel		~ 40 - 80 %
Pathologische komplette Resektion		~ 0 – 15 %
Verbesserung der Prognose für einzelne Patienten		

2.3 Adjuvante Therapie

Operabilität¹	Therapieoption	Therapieziel	Kriterien
R0-reseziert	Adjuvante Chemotherapie Derzeit in Studien	Verbesserung der tumorfreien Überlebenszeit und der Überlebensraten	<ul style="list-style-type: none"> • Absprache individuell in der Tumorkonferenz und in Studien

2.4 Palliative Therapie*

Operabilität	Therapieoption	Therapieziel	Kriterien
Tumor mit Stenose oder lokaler Problematik R1 Resektion Funktionelle Operabilität (Allgemeinzustand)	<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Palliative Resektion und anschließende palliative Chemotherapie* • ggf. Strahlentherapie • Schmerztherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Stenosierendes Wachstum oder Komplikation

* Chemotherapie:

Alter < 70 Jahre und fit, keine Kontraindikationen

2.5 Therapie im Stadium der Metastasierung/ Rezidiv

Die Therapie ist individuell durch Tumorkonferenz festzulegen

Operabilität	Therapieoption	Therapieziel	Kriterien
Metastasen von Leber oder Lunge	<ul style="list-style-type: none"> • Operation bei isolierten Metastasen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beseitigung der Metastase(n) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumorfreiheit?
Lokalrezidiv	<ul style="list-style-type: none"> • Resektion und anschließende palliative Chemotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Beseitigung des Lokalrezidivs 	<ul style="list-style-type: none"> • Stenosierendes Wachstum oder Komplikation
Tumor mit Stenose oder lokaler Problematik und Metastasierung	<ul style="list-style-type: none"> • ggf. Strahlentherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Lebensqualität 	
Funktionelle Operabilität (Allgemeinzustand)	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerztherapie 		

2.6 Nachsorge (bei Mukosaresektion)

Untersuchung	Monate					
	6	12	18	24	30	36
Anamnese, körperl. Untersuch., CEA, CA19-9, CA72-4*	x	x	x	x	x	x
Gastroskopie	x	x	x	x	x	x

* Wenn prätherapeutisch erhöht.

Für alle anderen Tumorstadien gilt:

Eine strukturierte Nachsorge bringt wenig, bei Symptomen Abklärung innerhalb von 4-6 Wochen.