



MOLEKULARPATHOLOGISCHE ASPEKTE BEI KOLOREKTALEN KARZINOMEN

Maligne Tumoren werden bisher nach histologischer Typisierung, Grading und der anatomischen Ausbreitung (TNM-System) klassifiziert. Diese Einteilung ist Voraussetzung für die Wahl der Therapie und erlaubt eine Prognoseeinschätzung. In den letzten Jahren konnten Tumoren molekularpathologisch besser erfasst werden. Ziel ist es dadurch, vorhandene Individualitäten therapeutisch zu nutzen.

Durch die Entwicklung neuer gezielter Medikamente in Kombination mit der Bestimmung molekularer Charakteristika erscheint es möglich herauszufinden, welcher Patient für die Behandlung "geeignet" ist. Sie hilft, die Kosten einer Behandlung zu begrenzen. Zum Beispiel ist neben der TNM-Klassifikation die molekulare Subtypisierung des MSI-Status ein wichtiger prognostischer Faktor. KRK-Patienten mit MSI zeigen im Vergleich zu KRK-Patienten ohne MSI ein besseres 5-Jahres-Überleben (70 %). Eine weitere Verschlechterung liegt vor, wenn eine BRAF-Mutation im Verbund mit MSS vorliegt. (aus: Molekularpathologische Aspekte in der Viszeralchirurgie (2016) Zentralbl Chir: 220-228)

Der Beitrag von Dr. C. Müller-Naendrup über das Fehlen des Transkriptionsfaktor CDX2 als prognostisch ungünstiger Faktor bei Patienten mit einem Kolonkarzinom im Stadium II deutet an, dass ggf. in naher Zukunft eine adjuvante Chemotherapie im Stadium II (nodal negativ!) indiziert ist. Dieses könnte zu einem deutlichen Prognosegewinn führen.

Die Zusammenarbeit von Pathologen, Onkologen und Viszeralchirurgen ist umso wichtiger. Die individuellen Therapieentscheidungen können nur in einem interdisziplinären Tumorboard getroffen werden.

Ihr

Dr. med. Karl-Heinz Ebert Leiter Darmzentrum Südwestfalen

hel-Keinz

NEUER PRÄDIKTIVER BIOMARKER FÜR EINE ADJUVANTE CHEMOTHERAPIE BEIM COLON-CARCINOM IM STADIUM II?

Während eine postoperative adjuvante Chemotherapie im Stadium III beim Colon-Carcinom etablierter Standard ist, bleibt die Situation im Stadium II unklar. Aktuell kann nach Leitlinien bei einem Colon-Carcinom im Stadium II nach kurativer Operation eine adjuvante Chemotherapie erfolgen, wenngleich die Studienlage hierzu nicht eindeutig ist und teils kontroverse Ergebnisse geliefert hat. Auch gepoolte Analysen konnten keinen signifikanten Überlebensvorteil durch eine postoperative adjuvante Chemotherapie nachweisen, allein das krankheitsfreie 5-Jahres-Überleben konnte von 72 auf 76% verbessert werden. In den Einzelstudien konnte teilweise auch kein signifikanter Vorteil für das krankheitsfreie 5-Jahres-Überleben gezeigt werden. Liegen jedoch im Stadium II zusätzliche Risikofaktoren mit ungünstiger Prognose vor (T4, Tumorperforation/-einriss, Operation unter Notfallbedingungen, Anzahl untersuchter Lymphknoten < 12) sollte nach Leitlinie eine adjuvante Chemotherapie erwogen werden. Allerdings existieren keine prospektiv erhobenen Daten im Zusammenhang mit den ausgeführten Risikofaktoren, so dass die Entscheidung zu einer adjuvanten Chemotherapie im Stadium II eine Einzelfallentscheidung bleibt, in die der Patient miteinzubeziehen ist.

In einer retrospektiven Analyse konnte das Fehlen des Transkriptionsfaktors CDX2 als prognostisch ungünstiger Faktor im Stadium II identifiziert werden. Patienten mit CDX2-negativem Tumor im Stadium II hatten ein signifikant schlechteres krankheitsfreies und Gesamt-Überleben, welches durch eine adjuvante Chemotherapie signifikant verbessert werden konnte. Bis zur Bestätigung der Ergebnisse in einer prospektiv randomisierten Studie sollte aus der CDX2-Negativität im Stadium II keine generelle Empfehlung zu einer adjuvanten Chemotherapie abgeleitet werden.

Die Entscheidung zu einer adjuvanten Chemotherapie im Stadium II sollte weiterhin unter Berücksichtigung zusätzlicher Risikofaktoren im Einzelfall gemeinsam mit dem Patienten besprochen und abgewogen werden.

Dr. med. C. Müller-Naendrup

Literatur: Dalerba P et al., N Engl J Med 2016;374:2011-22 S3 Leitlinie kolorektales Karzinom, August 2014

PERSONALIA

Wer ist die Kollegin, die mich wegen Nachsorge und Überleben meiner operierten Patienten anruft?



Dr. med. Babette Viegener, Chirurgische Klinik St. Martinus-Hospital Fon (02761) 85-2991

Nach Studium an der LMU München und WWU Münster (1983-1989) habe ich im November 2014, zunächst an zwei halben Tagen meine

Tätigkeit im Olper Krankenhaus aufgenommen. Ab Oktober 2015 arbeite ich 2 ½ Tage. Meine Motivation ist die große Freude, nach der langen Kinderpause wieder im erlernten Beruf arbeiten zu können. Neben assistenzärztlichen Tätigkeiten bin ich Dokumentarin der StuDoQ-Studie Kolon- und Rektumkarzinom. Interessant sind für mich im Rahmen der Studie die Kontakte zu den Hausärzten bzw. zu den operierten Patienten.

Wer ist der neue Kollege in der Visceralchirurgie?



Viorel Valentin Fetcu, Chirurgische Klinik St. Martinus-Hospital Olpe Fon (02761) 85-1904 v.fetcu@martinus-hospital.de

Ich bin Facharzt für Viszeralchirurgie und seit dem 01.04.2016 in

Olpe tätig. Meine Leidenschaft für Viszeralchirurgie begann kurz nachdem ich die Uni "Ovidius" in Constanta, Rumänien promoviert habe. Danach war ich 4 Jahre lang in Kronstadt (Brasov), Rumänien als Assistenzarzt. 2010 begann ich meine Weiterbildung bei Prof. Kelm im Klinikum Lüdenscheid. Meine Frau ist Assistenzärztin in der Medizinischen Klinik im Hause. Als Zukunftspläne betrachte ich den Erwerb der Zusatzbezeichnungen Proktologie und Spezielle Viszeralchirurgie.

Wen spreche ich wegen der speziellen onkologischen Pflege an?

Michael Valperz, Onkologische Fachpflege St. Martinus-Hospital Olpe Fon (02761) 85-2153 oder 85-1985 m.valperz@martinus-hospital.de

Am 01.06.2014 habe ich die zweijährige Weiterbildung zum Fachpfleger für chronisch-kranke und krebskran-



ke Menschen an der Akademie für Gesundheitsberufe in Heidelberg begonnen und schließe diese in Kürze ab.

Insgesamt habe ich während der vergangenen 23 Monate 840 Stunden theoretischen Unterricht absolviert, 2600 Stunden in den verschiedensten Abteilungen der Onkologie. Meine Motivation bestand darin, dass ich mich nach 6 Jahren Arbeit als Rettungsassistent und 23 Jahren als Fachpfleger für Anästhesie - und Intensivmedizin noch einmal verändern wollte. Dabei war es mir wichtig, einen Aufgabenbereich für mich zu finden, bei dem ich mit den zu betreuenden Patienten in persönlichen Kontakt treten kann.

Eine enge Vernetzung mit den Pflegefachkräften der Stationen, den behandelnden Ärzten und der Psychoonkologin sowie dem Sozialen Dienst bei Überleitungen der Patienten in den häuslichen Bereich oder auf die Palliativstation / Hospiz, ist mir dabei besonders wichtig. Aber auch die Unterstützung der Patienten in palliativen Situationen in unserem Hause liegt mir am Herzen.

Wer ist ein Ansprechpartner, wenn mich mein Patient wegen einer Reha anfragt?



Chefärztin Dr. med.
Eva-Maria Kalusche-Bontemps,
MediClin Reha-Zentrum Reichshof
Zur Reha-Klinik 1
51580 Reichshof-Eckenhagen
Fon (02265) 995-215
Fax (02265) 995-102
eva-maria.kalusche@mediclin.de

Seit 03/2014 Chefärztin Fachkliniken für Pneumologie und Onkologie in Reichshof-Eckenhagen

Meine Motivation, im Darmzentrum mitzuarbeiten:

Ich möchte mich in der Region für die Rehabilitation onkologischer Patienten stark machen.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Darmzentrum ist dabei sehr wichtig, damit die Patienten gut versorgt sind.