

Kolleg Wiedemann NZW 2020 Pankreaskarzinom und Cholangiozelluläres Karzinom

Duktale Pankreaskarzinome befallen den die Verdauungsenzyme bildenden Teil der Drüse und hier vorwiegend die Gänge des Organs. Nur maximal 10% der Pankreaskarzinome sind neuroendokrine Karzinome. Pankreaskarzinome wachsen höchst aggressiv und bilden früh Metastasen. Sie können nur durch vollständige Resektion unterstützt durch adjuvante Chemotherapie (FOLFIRINOX, Capecitabine + Gemcitabine) geheilt werden. Die Prognose der Entität ist durchschnittlich schlecht, weil nur 10-20 % aller Pankreaskarzinompatienten bei der Diagnosestellung im resektablen Stadium sind. Weil heute erheblich mehr Menschen am Pankreaskarzinom erkranken als früher, steigt die absolute Sterblichkeit. Die Strahlentherapie ist bisher in der adjuvanten oder palliativen Behandlung des Krebsleidens nicht integriert: in der Adjuvanz bei möglicherweise kurablen Therapieansätzen gibt es keine ausreichenden Daten und in der palliativen Therapie führt die Strahlentherapie, besonders in Kombination mit der Chemotherapie, zu schwer beherrschbarer Übelkeit und allgemeinem Krankheitsgefühl. Die adjuvante FOLFIRINOX/Capecitabine + Gemcitabine- Chemotherapie ist etabliert; in der palliativen Situation sind neben 5-FU + Gemcitabine auch Gemcitabine + nab-Paclitaxel und für junge Patienten in gutem Allgemeinzustand FOLFIRINOX sinnvoll. Checkpointblockertherapie ist bisher ohne Nutzen und für Erlotinib + Gemcitabine versus Gemcitabine gibt es eine äußerst schwache Signifikanz (Gemcitabine 5,9 Monate versus Erlotinib + Gemcitabine 6,2 Monate mittleres Überleben). In Anbetracht der Gesamtoxizität ist zusätzliches Erlotinib in der Palliativsituation nicht immer eine angemessene Therapieempfehlung.

Gallengangskarzinome (cholangiozelluläre Karzinome) sind seltene Malignome, die ebenfalls nur durch die operative Resektion heilbar sind. In der palliativen Situation ist die Chemotherapie mit Cisplatin plus Gemcitabine der Therapiestandard.