

Inhaltsverzeichnis	Autoren	Aktualität
Frühkarzinome		
<a href="#">Plattenepithel-Frühkarzinom</a>	A. Hoffman (Helios HSK)	17.01.2018
<a href="#">Adeno-Frühkarzinom</a>	A. Hoffman (Helios HSK)	17.01.2018
Resektable Karzinome		
<a href="#">Kurative Strategie</a>	S. Becker (Helios HSK)	17.01.2018
Nicht resektable Karzinome		
<a href="#">Palliative Strategie</a>	S. Becker (Helios HSK)	17.01.2018

## Quellen

Dies ist eine Adaptation der Leitlinien folgender Institutionen/Gesellschaften:

[ESMO](#)

## Plattenepithel-Frühkarzinom

## Inhaltsverzeichnis

### Staging:

Anamnese und Befund  
 CT-Abdomen / Thorax  
 CT / MRT / Sono Hals bei  
 zervikalen und prox., Tumor  
 EUS Mediastinum / Magen

HGD oder mukosales Karzinom  
 m1/m2 L0, V0, keine Ulceration,  
 G1/2

Tumorboard

endoskop. Resektion en bloc  
 anstreben:  
 ESD, Kappentechnik,  
 Ligaturtechnik

Nachsorge

nach Resektion Bestätigung:  
 R0, m1/2, L0, V0, G1/2

nach Resektion Bestätigung:  
 nicht erfüllen der oben  
 genannten Kriterien

Tumorboard: interdisziplinäres  
 Vorgehen.

## Adeno-Frühkarzinom

## Inhaltsverzeichnis

### Staging:

Anamnese und Befund  
 ÖGD  
 CT-Abdomen / Thorax  
 EUS Mediastinum / Magen

### Histologie:

Barrett-Karzinom  
 pT1a (Mukosa) und pT1b  
 (Submukosa)

endoskop. Resektion en bloc anstreben:  
 ESD, Kappentechnik, Ligaturtechnik

pT1b (sm1 >500µm + 1 Kriterium):  
 G3, L1, V1,  
 R1 am basalen Resektionsrand

Ösophagusresektion nach  
[Leitlinie Ösophaguskarzinom resektabel](#)

Nachweis einer HGD oder  
 oberflächliches submukosales  
 Karzinom  
 pT1sm1 <500µm, L0, V0, keine  
 Ulceration, G1/2

Tumorboard: Nachsorge  
 Ablation der Rest-Barrettmukosa

V.a. fortgeschrittenes Karzinom

[Ösophaguskarzinom resektabel](#)

[1. Pech; Gastroenterology, 2014; 146\(3\):652-660](#)

[2. Lipman; Frontline Gastroenterol, 2017; 8\(2\):138-142](#)

## resektabel

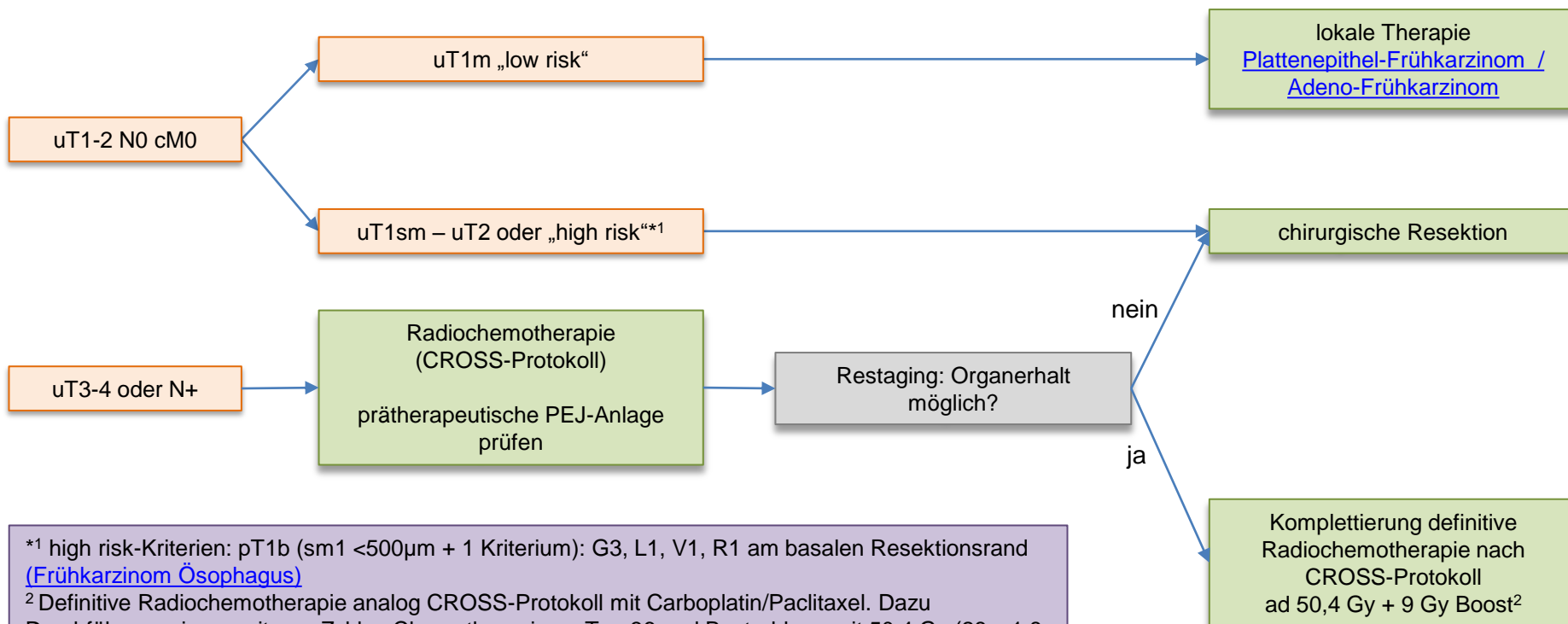
## [Inhaltsverzeichnis](#)

### Staging:

ÖGD  
Endosonographie Ösophagus  
CT-Thorax / Abdomen  
Sonographie Abdomen/Hals  
fakultativ Bronchoskopie

### Histologie

Platteneithelkarzinom oder Adenokarzinom  
des gastroösophagealen Übergangs (AEG I / II)



\*1 high risk-Kriterien: pT1b (sm1 <500µm + 1 Kriterium): G3, L1, V1, R1 am basalen Resektionsrand  
([Frühkarzinom Ösophagus](#))

<sup>2</sup> Definitive Radiochemotherapie analog CROSS-Protokoll mit Carboplatin/Paclitaxel. Dazu Durchführung eines weiteren Zyklus Chemotherapie an Tag 36 und Bestrahlung mit 50,4 Gy (28 x 1,8 Gy) und 9 Gy Boost.

1. [van Hagen; N Engl J Med, 2012; 366:2074-84](#) - CROSS-Studie

## nicht resektabel

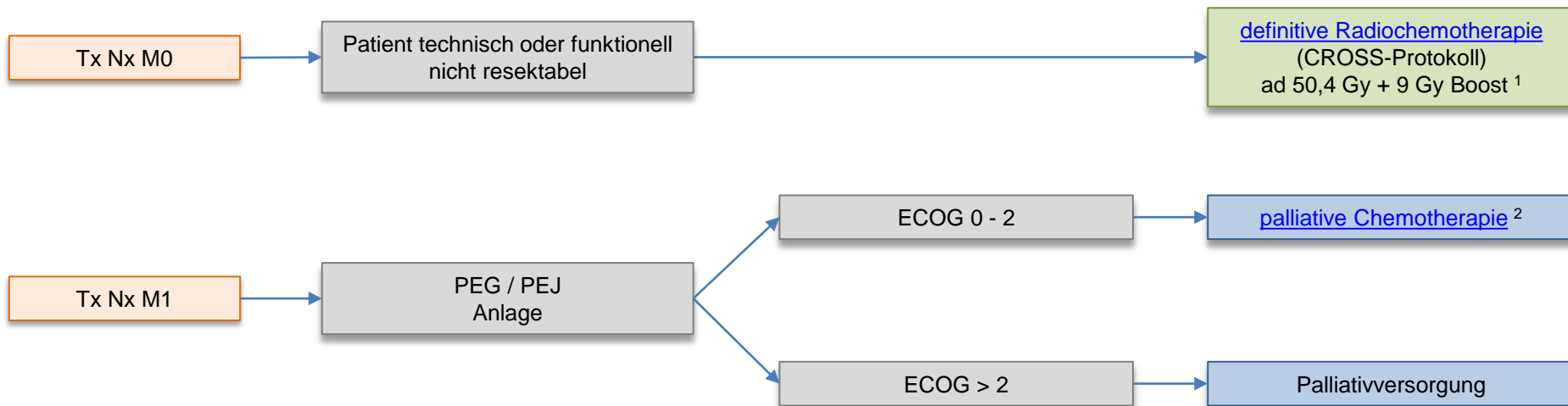
## Inhaltsverzeichnis

### Staging:

OGD  
Endosonographie Ösophagus  
CT-Thorax / Abdomen  
Sonographie Abdomen/Hals  
fakultativ Bronchoskopie

### Histologie

Platteneithelkarzinom oder Adenokarzinom  
des gastroösophagealen Übergangs (AEG I / II)



<sup>1</sup> Definitive Radiochemotherapie analog CROSS-Protokoll mit Carboplatin/Paclitaxel. Dazu Durchführung eines weiteren Zyklus Chemotherapie an Tag 36 und Bestrahlung mit 50,4 Gy (28 x 1,8 Gy) und 9 Gy Boost.

<sup>2</sup> Die Wahl palliativer Therapieprotokolle erfolgt Stand 2017 unabhängig von der Histologie analog der [Leitlinie Magenkarzinom](#). Als Erstlinie Oxaliplatin- und Taxan-haltige Schemata wie FLOT (ggf. + Trastuzumab). Entscheidend ist die Verträglichkeit beim individuellen Patienten. Patienten mit Plattenepithelkarzinom profitieren weniger von einer Kombinations-Chemotherapie.

Bei kritisch kranken Patienten 2 Substanzen oder Monotherapie. Keine EGFR-Antikörper. Vinorelbin in der Zweitlinie. Ggf. Lokalthherapie wie Bestrahlung und Stents zur Palliation einsetzen.