

26. NZW, 27.01.2018 10:30 Uhr, NZW-Kolleg

## Kolorektale Karzinome

Prof. Wiedemann

Mehr als 70 000 Menschen erkranken jährlich am kolorektalen Karzinom, dem häufigsten Krebs in Deutschland, und mehr als 30 000 sterben daran. Der Trend geht hierzulande zu immer mehr Kranken und immer weniger Toten. Die Prognose hängt vor allem vom Tumorstadium und bei lokoregionalen Tumorstadien vom Chirurgen ab. Beim Rektumkarzinom konnte mit Hilfe der totalen Mesorektumexzision eine deutliche Prognoseverbesserung erreicht werden.

Bei den heilbaren Tumorstadien werden beim Kolonkarzinom und beim Rektumkarzinom unterschiedliche adjuvante oder neoadjuvante Therapien in unterschiedlichen Tumorstadien eingesetzt. Beim Kolonkarzinom ist die adjuvante Therapie mit FOLFOX (5-FU, Folsäure, Oxaliplatin; Andre et al., NEJM, 2004) nur im Stadium UICC III (mit Lymphknotenbefall, ohne Fernmetastasen) indiziert. FOLFIRI (5-FU, Folinsäure, Irinotecan), Bevacizumab und Cetuximab spielen keine Rolle. Beim Rektumkarzinom wird schon im Stadium II (T3/4 Tumoren) neoadjuvant eine Strahlen-/5-FU-Chemotherapie gegeben. Keine Indikation für FOLFOX, FOLFIRI, Bevacizumab, Cetuximab.

Bei den kolorektalen Karzinomen mit Fernmetastasen (UICC IV) sind Erkrankungen mit chirurgisch resezierbaren Leber-, Lungen- und Peritonealmetastasen (limited disease) von Erkrankungen mit multiplen Metastasen in multiplen Organen (extensive disease) zu trennen. Diese Einschätzung muss grundsätzlich zusammen mit erfahrenen Chirurgen am besten im Rahmen einer Tumorkonferenz getroffen werden. Können alle Metastasen chirurgisch entfernt werden, ist eine Heilung vom Tumorleiden immer noch möglich. Eine zusätzliche FOLFOX-Chemotherapie verbessert die Prognose.

Palliative Therapien bei Patienten mit kolorektalen Karzinomen im Stadium UICC IV (extensive disease) werden seit 1980 mit 5-FU/Folinsäure behandelt. Jeder Fünfte sprach damals klinisch relevant an (Größenordnung wie Nivolumab und Pembrolizumab heute). Eine Verdoppelung des klinischen Nutzens gelang über FOLFOX und FOLFIRI. Durch zielgerichtete Therapieansätze (Hemmung des Epidermal Growth Factor- Receptor = EGFR durch Cetuximab und Panitumumab und der Hemmung des Vascular Endothelial Growth Factor Receptor = VEGFR durch Bevacizumab) sind durchschnittliche Ansprechraten von 60% (CR/PR) Realität geworden. Bei der Therapie mit Cetuximab/Panitumumab ist stets der K-ras und BRAF Mutationsstatus zu klären: nur bei wild type K-ras und BRAF ist eine Therapiekombination von FOLFOX + Cetuximab oder FOLFOX + Panitumumab besser als FOLFOX alleine.