Kolonkarzinom

Rechts- oder linksseitig ist kein Prognosemarker

Dem rechtsseitigen Kolonkarzinom sagt man nach, gefährlicher zu sein als das linksseitige. Ganz so ist es wohl nicht. US-amerikanische Wissenschaftler verglichen die 5-Jahres-Mortalität von Patienten mit rechts- und linksseitigem Kolonkarzinom allgemein und gesondert nach Tumorstadium. Von 53.801 Patienten, die sich aufgrund eines primären Adenokarzinoms des AJCC-Stadiums I bis III operieren lassen mussten, hatten 67 % ein rechtsseitiges Kolonkarzinom. Diese Patienten waren im Schnitt älter, vornehmlich weiblich und hatten meist weiter fortgeschrittene und weniger differenzierte Tumoren als Patienten mit linksseitig betroffenem Dickdarm. Beim unbereinigten Vergleich des 5-Jahres-Überlebens schnitten Patienten mit rechtsseitigem Kolonkarzinom tatsächlich schlechter ab als die mit linksseitigem. Wurden aber verschiedene unabhängige Variablen, wie z.B. Alter, Geschlecht, sowie krankheitsabhängige Prognosefaktoren, darunter z.B. Erkrankungsdauer, intestinale Obstruktionen oder wenig differenziertes Tumorgewebe berücksichtigt, fiel das Ergebnis anders aus: Das 5-Jahres-Überleben unterschied sich alle Tumorstadien zusammengekommen nicht mehr (HR, 1,01; 95 %-KI, 0,98–1,04; $p = 0,598$).

Erfolgte die Auswertung aber gesondert nach Tumorstadium hatten Patienten mit rechtsseitigem Kolonkarzinom Stadium II im Vergleich zu denen mit linksseitigem einen Überlebensvorteil (HR, 0,92; 95 %-KI, 0,87–0,97; $p = 0,001$). Bei Stadium-III-Tumoren hingegen kehrte sich die Situation um: Lagen die Tumoren im rechtsseitigen Teil des Kolons, verstarben die Patienten früher (HR, 1,12; 95 %-CCI, 1,06–1,18; $p < 0,001$). Über die Gründe, warum der Zusammenhang zwischen Mortalität und Tumorlokalisation je nach Tumorstadium so unterschiedlich ausfiel, könne nur spekuliert werden, so die Autoren. Eine wichtige Rolle spiele dabei wohl die Tumorbilogie, vor allem die Mikrosatelliteninstabilität. Sollte sich diese Hypothese in weiteren Untersuchungen bestätigen, hätte das sicherlich Konsequenzen für die Therapie. Etwa bei Patienten mit rechtsseitigem Kolonkarzinom Grad II, bei denen es bislang strittig ist, ob eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden soll oder nicht. ■

Dagmar Kraus

Weiss JM et al. Mortality by stage for right- versus left-sided colon cancer: analysis of surveillance, epidemiology, and end results – medicare data. J Clin Oncol. 2011 Oct 3. [Epub ahead of print] © Springer Verlag GmbH

© Springer Verlag GmbH

Schilddrüsenkrebs T1N0

Häufig Zweitmalignome nach Radiojodtherapie

Patienten mit gut ausdifferenzierten Schilddrüsenkarzinomen vom Grad T1N0 scheinen von einer adjuvanten Radiojodtherapie (RIT) nicht zu profitieren. Vielmehr steige das Risiko, an einem Zweitmalignom zu erkranken. Zu diesem Schluss kommen Wissenschaftlerum Gopalakrishna Iyer vom Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York. Sie hatten Daten von insgesamt 37.176 Patienten analysiert, die an einem gut differenzierten (papillären oder follikulären) Schilddrüsenkarzinom (GDSK) erkrankt waren. 14.589 hatten eine RIT erhalten. In der Studie wurde zweierlei beobachtet: Einmal nahmen die Verordnungen innerhalb des Beobachtungszeitraumes enorm zu: So wurden etwa von den unter 45-Jährigen im Jahr 1973 noch 3,3 % mit einer RIT behandelt; 2006 waren es schon 38,1 %. Ein Nutzen ließ sich indessen nicht erkennen, denn die Überlebensrate für das GDSK mit niedrigem Risiko blieb trotz vermehrter RIT konstant. Was hingegen stieg, war das Risiko, an einem Zweitmalignom zu

erkranken. Die standardisierte Inzidenzrate für Zweitmalignome betrug nach RIT 1,18 – unter den Patienten, die kein Radiojod erhalten hatten, war kein erhöhtes Risiko festzustellen. Dies entspricht einem absoluten Risikoüberschuss von 11,9/10.000 Patientenjahre. Aufgetreten waren Krebserkrankungen der Speicheldrüsen (SIR 3,84), Leukämien (2,86), Nierenkrebs (2,62), Melanome (1,61) und Lymphome (1,44).

In der Gruppe der unter 45-Jährigen lag das Risiko, einen zweiten Primärtumor zu entwickeln, nach RIT 21 % höher, entsprechend 4,5 zusätzlichen Krebsfällen je 10.000 Patientenjahre. „Für Patienten unter 45 Jahren mit intrathyreoidalen T1N0M0-Tumoren < 2 cm ist der Nutzen adjuvanter RIT allenfalls minimal“, so Iyer und Kollegen. Zusammen mit der Gefahr, an einem zweiten Primärtumor zu erkranken, forme dies ein überzeugendes Argument dafür, die RIT in dieser Population einzuschränken. ■

Robert Bublak

Iyer NG et al. Rising incidence of second cancers in patients with low-risk (T1N0) thyroid cancer who receive radioactive iodine therapy. Cancer. 2011;117(19):4439–46

Wissenschaftler vom Sloan-Kettering Cancer Center warnen vor der Radiojodtherapie bei GDSK-Patienten mit niedrigem Risiko. In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin gilt sie noch als „Standardprozedur“