Tab. 1: Kombinierte Analyse der Erhaltungstherapiestudien

Studien	Erhaltungstherapie	PFS	Gesamtüberleben
		HR (95 %-KI)	HR (95 %-KI)
CAIRO3	Capecitabin/ Bevacizumab	0,43 (0,36–0,51)	0,89 (0,73–1,09)
AIO-KRK-0207	Fluoropyrimidin/ Bevacizumab	0,49 (0,38–0,63)	0,99 (0,71–1,38)
AIO-KRK-0207	Bevacizumab	0,64 (0,50–0,82)	0,88 (0,63–1,23)
SAKK-41/06	Bevacizumab	0,75 (0,58–0,97)	0,83 (0,61–1,13)
Gesamt		0,56 (0,43–0,72)	0,89 (0,78–1,02)

PFS = progressionsfreies Überleben; HR = Hazard Ratio; 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall; modifiziert nach [Arnold D et al. J Clin Oncol. 2014;32(Suppl):Abstr 3503]

freiheit) von großer Bedeutung, und die Daten implizieren, dass die Erkrankung im weiteren Verlauf onkologisch so kontrolliert werden kann, dass kein Überlebensnachteil entsteht. Die Daten der CAIRO3-Studie legen dagegen nahe, dass bei kürzerer Induktionschemotherapie von nur 4,5 Monaten eine Erhaltungstherapie im Trend zu einem Überlebensvorteil bei Patienten mit gutem Ansprechen führt (18,8 vs. 24,1 Monate) oder bei Patienten mit synchronen Metastasen und reseziertem Primarius (18 vs. 25 Monate). Letzteres wurde in der AIO-KRK-0207-Studie aber nicht beobachtet.

Bei Patienten mit RAS-mutiertem Tumor muss sicherlich aufgrund der aggressiveren Tumorbilologie im Falle der Entscheidung

für eine Therapiepause ein besonders engmaschiges Monitoring erfolgen. Bei Patienten, die auf die Induktionschemotherapie nur mit SD reagiert haben, ist aufgrund der mäßig ausgeprägten Chemosensibilität des Tumors eine Erhaltungstherapie sinnvoll. Hier ist ggf. frühzeitig eine aktive Zweitlinientherapie einzuleiten.

Letztlich gilt es anzumerken, dass sich die Frage einer Bevacizumab-haltigen Erhaltungstherapie in der Erstlinientherapie in der Regel nur bei Patienten mit einem RAS-mutierten Tumor stellt. Denn RAS-Wildtyp-Tumoren sollten in der Erstlinie präferenziell mit Chemotherapie plus einem Antikörper gegen den Rezeptor des epithelialen Wachstumsfaktors (EGFR) behandelt wer-

den (AIO-KRK-Leitgruppenempfehlung). Für diese Anti-EGFR-haltige Erstlinientherapie-situation liegen noch keine belastbaren Daten hinsichtlich einer Maintenance-/Deeskalation vor. Da der EGFR-Antikörper in den meisten Phase-III-Studien (Crystal, PRIME, FIRE-3) aber nur ca. 6 Monate appliziert wurde, besteht hier die Möglichkeit einer Deeskalation, ohne dass das in diesen Studien beobachtete, lange OS kompromittiert wird. Entsprechende Studien (AIO-KRK-0212, PANAMA) laufen aktuell. Nach einer Induktionschemotherapie werden aktive Therapiepausen zunehmen, insbesondere bei steigendem Einsatz von Lokaltherapieverfahren (Radiofrequenz-Thermoablation [RFTA], intensitätsmodulierte Strahlentherapie [IMRT], Resektion) in der oligometastasierten Situation im Sinne eines palliativen Debulking einzelner problematischer Metastasenlokalisationen (Daten der CLOCC-Studie [Ruers T et al. J Clin Oncol. 2015; 33(Suppl):Abstr 3501]).

© Klinikum Esslingen

Prof. Dr. med. Michael Geißler
Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Onkologie / Hämatologie, Gastroenterologie und Infektiologie, Klinikum Esslingen
gastro@klinikum-esslingen.de

Metastasen raus beim Kolorektalkarzinom

Treten Metastasen eines kolorektalen Karzinoms (CRC) in einem anderen Organ auf, ist klar: Sie sollten raus. Nicht so klar war bisher das Vorgehen, wenn zeitgleich oder in kurzem Abstand gleich mehrere Organe befallen werden.

Werden Metastasen eines CRC in Lunge und/oder Leber möglichst vollständig reseziert, überleben immerhin 40 % der Patienten 5 Jahre. Treten Lungen- und Lebermetastasen gemeinsam auf, ist das Management allerdings nicht eindeutig vorgegeben.

Eine internationale Arbeitsgruppe analysierte das prospektive LiverMet-Survey-Register mit Blick auf simultan auftretende Lungen- und Lebermetastasen (SLLM). Patienten, die in den Jahren 2000 bis 2012 in kurativer Absicht ope-

riert worden waren, wurden in 3 Gruppen eingeteilt:

- Gruppe 1 (Kontrolle): Patienten mit isolierten Lebermetastasen (n = 9.185),
- Gruppe 2: SLLM-Patienten mit resezierten Leber- und Lungenmetastasen (n = 149),
- Gruppe 3: SLLM-Patienten mit resezierten Lebermetastasen und unresezierten oder nicht resezierbaren Lungenmetastasen (n = 285).

Das adjustierte Überleben wurde anhand von 10 Variablen ausgewertet (Al-

ter, Zahl der Lebermetastasen, Synchronizität von Lebermetastasen mit Primarius, CEA-Spiegel, Lymphknoten-Status, initiale Resezierbarkeit der Lebermetastasen sowie Inklusion in Gruppe 3). Die 5-Jahres-Überlebensraten in Gruppe 1 und 2 waren ähnlich (51,5 bzw. 44,5 %), in Gruppe 3 mit 14,3 % deutlich schlechter (p = 0,001). Diese Patienten lebten im Vergleich zur Gruppe 1 am kürzesten mit einer Hazard Ratio von 1,77.

Fazit: Bei simultan aufgetretenen Leber- und Lungenmetastasen sollte jede Möglichkeit zu einer Operation genutzt werden.

Christina Berndt

Andres A et al. Surgical management of patients with colorectal cancer and simultaneous liver and lung metastases. Br J Surg. 2015;102(6):691-9.