

## Unter 40 ist Darmkrebs besonders aggressiv

Kolorektale Karzinome, die vor dem 40. Lebensjahr auftreten, weisen prognostisch negative pathologische Besonderheiten auf. Entsprechend schlecht sind die Überlebenschancen junger Betroffener.

Für ihre Studie bedienten sich Forscher aus Taiwan der prospektiven Datenbank des Taipei Veterans General Hospital. Von 2.738 Patienten, die 2001–2006 an kolorektalen Karzinomen erkrankt waren, wurden die besonders jungen ( $\leq 40$  Jahre;  $n = 69$ ) mit den sehr alten Patienten verglichen ( $\geq 80$  Jahre;  $n = 253$ ).

Junge Patienten wiesen im Vergleich zu den über 80-Jährigen häufiger Krebs vom muzinösen bzw. Siegelringzell-Typ (14,5 vs. 6,3 %;  $p = 0,05$ ) oder schlecht differenzierte Adenokarzinome auf (26,1 vs. 6,3 %;  $p < 0,001$ ). Perineurale Invasion des Tumors war bei den Jüngeren öfter zu beobachten (13,0 vs. 4,0 %;  $p = 0,018$ ), und ihre Tumoren waren meist in einem fort-

geschrittenen Stadium (82,6 vs. 41,9 %;  $p < 0,001$ ), nicht selten hatten sie bereits Metastasen gebildet (42,0 vs. 13,4 %;  $p < 0,001$ ).

34,9 % der der jüngeren und 19,9 % der älteren Patienten entwickelten lokale Rezidive oder Fernmetastasen ( $p = 0,05$ ). Das 5-Jahres-Gesamtüberleben in beiden Gruppen unterschied sich mit 44,1 % für die Jüngeren und 51,0 % bei den Älteren nicht signifikant. Krankheitsfreies und krebspezifisches Überleben differierten hingegen deutlich: Sie lagen bei 67,2 % bzw. 44,1 % bei den Jungen und 79,3 % bzw. 73,1 % bei den Älteren ( $p < 0,001$ ).

Klinisch fiel auf, dass rund ein Viertel der jüngeren Krebskranken zum Zeit-

punkt der Diagnose über Bauchschmerzen klagten, während dies nur 13,3 % der älteren taten ( $p < 0,001$ ). Womöglich weist dies darauf hin, dass jüngere Patienten länger warteten, bis sie zum Arzt gingen, schreiben die Autoren. Außerdem bestehe die Gefahr, dass Ärzte solche Symptome bei Jüngeren nicht als Anzeichen für Krebs deuteten.

**Fazit:** Die Wissenschaftler raten deshalb dazu, auch bei jüngeren, vermeintlich wenig gefährdeten Patienten wachsam zu sein und solchen Beschwerden sorgfältig nachzugehen. Denn immerhin seien 7 % aller Darmkrebspatienten bei der Diagnose jünger als 40 Jahre. *Robert Bublak*

Chou CL et al. Differences in clinicopathological characteristics of colorectal cancer between younger and elderly patients: an analysis of 322 patients from a single institution. *Am J Surg.* 2011;202(5):574–82.

## Rektumkarzinom: Wann sind Resektionsränder unter einem Zentimeter akzeptabel?

Durch verbesserte Therapieoptionen sind die akzeptierten Sicherheitsgrenzen in der operativen Rektalkarzinom-Therapie deutlich zurück gegangen. In einer Metaanalyse wurden empfehlenswerte Abstände evaluiert.

Die operative Behandlung des Rektumkarzinoms kann heute durch funktionserhaltende Techniken mit einem allgemein akzeptierten Sicherheitsabstand von 2 cm durchgeführt werden. Durch den (zusätzlichen) prä- bzw. postoperativen Einsatz von Radio- und/oder Chemotherapie lässt sich die Lokalrezidivrate bzw. das krankheitsfreie Überleben weiter verbessern, sodass das onkologische Outcome auch noch bei Sicherheitsgrenzen unter 1–2 cm zufriedenstellend ist.

In einer Datenbank-gestützten Literaturrecherche wurden unter den Stichworten „rectal cancer“ und „margin“ 996 Studien identifiziert und daraus solche Publikationen extrahiert, in denen über distale Sicherheitsgrenzen und die Lokalrezidivrate berichtet wurde. Die so gewonnenen Daten wurden unter Einsatz einer spezifischer Metaanalysen-Software gescreent. Primäres Studienziel der Meta-

analyse war die Assoziation zwischen distalen Sicherheitsgrenzen und der lokalen Rezidivrate. Zusätzliche Analysen sollten den Zusammenhang zwischen Sicherheitsabständen und heute üblichen Behandlungsstandards verdeutlichen.

Insgesamt wurden 21 Studien in der Metaanalyse berücksichtigt. In 17 Studien mit insgesamt 4.885 Patienten wurde über den Behandlungserfolg nach OPs mit einem Sicherheitsabstand von weniger als 1 cm berichtet. In der Analyse aller Studien ergab sich ein nichtsignifikanter Trend zugunsten von größeren Abständen. In 13 Studien, in denen eine totale mesorektale Exzision (TME) und/oder eine Strahlentherapie zum Einsatz kamen, war die Lokalrezidivrate jedoch bei Sicherheitsabständen unter 1 cm nicht schlechter als bei größeren Abständen. In vier Studien mit Behandlungen ohne TME oder Radiatio ergab sich ein besseres Outcome bei einem Abstand über

1 cm. Positive Resektionsränder waren assoziiert mit erhöhten Rezidivraten und geringeren Überlebenszeiten.

**Fazit:** Der Einsatz von totaler mesorektaler Exzision und/oder Strahlentherapie bei Rektumkarzinom-Patienten erlaubt einen Sicherheitsabstand von weniger als 1 cm – allerdings nur, wenn die finale Pathologie negative Resektionsränder bestätigt. *Barbara Kreutzkamp*

Fitzgerald TL et al. Pushing the envelope beyond a centimeter in rectal cancer: Oncologic implications of close, but negative margins. *J Am Coll Surg.* 2011;213(5):589–95.



Infos auf  
[springermedizin.de](http://springermedizin.de)

Weitere Beiträge zum Kolorektalkarzinom finden Sie hier:

[www.springermedizin.de/onko-kolonkarzinom](http://www.springermedizin.de/onko-kolonkarzinom)

