



CRC: Wert der selektiven internen Radiotherapie bei primären Lebermetastasen nicht bestätigt

Mit einer selektiven internen Radiotherapie (SIRT) zusätzlich zu einer Erstlinientherapie mit dem FOLFOX-Regime kann bei Patienten mit kolorektalem Karzinom und ausschließlich oder überwiegend Lebermetastasen kein Überlebenszeitgewinn erzielt werden.

So lautet die Quintessenz aus der gemeinsamen Auswertung von 3 Phase-III-Studie. Damit haben sich vielversprechende Ergebnisse zur SIRT aus späten Therapielinien nicht in die Erstlinie transferieren lassen und ein so früher Einsatz der SIRT wird damit ausdrücklich nicht empfohlen.

An den 3 internationalen Studien FOXFIRE, SIRFLOX und FOXFIRE-GLOBAL hatten bisher nicht mit einer Chemotherapie vorbehandelte Patienten mit einem metastasierten Kolorektalkarzinom (mCRC) in einem guten Allgemeinzustand (WHO-Performancestatus 0 oder 1) teilgenommen, die ausschließlich oder überwiegend Lebermetastasen hatten, die nicht reseziert oder ablatiert werden konnten. Die Patienten erhielten 1:1 randomisiert entweder die SIRT (mit Harz-Mikrosphären mit Yttrium-90 durchgeführt) im 1. oder 2. Zyklus einer in den Studien unterschiedlich modifizierten Chemotherapie mit FOLFOX (5-Fluorouracil, Folsäure und Oxaliplatin; n = 554) oder nur die Oxaliplatin-basierte Chemotherapie (n = 549). Primärer Endpunkt war das Gesamtüberleben (OS) in der Intention-to-treat-Population.

Nach median 43,3 Monaten („interquartile range“ 31,6–58,4) waren bei alleiniger Chemotherapie 411 Patienten (75%) verstorben, nach kombinierter Therapie 433 (78%). Damit gab es keinen signifikanten Unterschied im OS zwischen den beiden Gruppen (Hazard Ratio 1,04; 95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 0,90–1,19; p = 0,61). Die mediane Überlebenszeit betrug bei FOLFOX plus SIRT 22,6 Monate (95%-KI 21,0–24,5), in der FOLFOX-Gruppe 23,3 Monate (95%-KI 21,8–24,7).

Die häufigsten unerwünschten Ereignisse (UE) des Grads 3 oder 4 waren Neutropenien (24% bei FOLFOX alleine, 37% bei FOLFOX-SIRT). Schwere

UE jeden Grads traten in den beiden Gruppen bei 43 und 54% der Patienten auf, 11 bzw. 10 Patienten verstarben aufgrund eines UE.

Die Forscher regen an, die Rolle der SIRT beim metastasierten CRC bei streng selektierten Kohorten z. B. als Konsolidierungstherapie nach Chemotherapie weiter zu untersuchen.

Fazit: Eine SIRT zusätzlich zur FOLFOX-Therapie in der Erstlinie verbesserte das OS im Vergleich zur alleinigen Chemotherapie bei CRC-Patienten mit ausschließlich oder überwiegend Lebermetastasen nicht. Daher könne eine frühe SIRT in Kombination mit einer Chemotherapie bei unselektierten Patienten mit mCRC nicht empfohlen werden, so die Forscher. In Studien sollte nun u. a. die Rolle der SIRT als Konsolidierungstherapie nach der Chemotherapie untersucht werden, schließen sie. *Friederike Klein*

Wasan HS et al. First-line selective internal radiotherapy plus chemotherapy versus chemotherapy alone in patients with liver metastases from colorectal cancer (FOXFIRE, SIRFLOX, and FOXFIRE-Global): a combined analysis of three multicentre, randomised, phase 3 trials. *Lancet Oncol.* 2017;18(9):1159-71.

Gewicht halten bei CRC – auch Übergewicht

Der Gewichtsverlust in den ersten 5 Jahren nach Diagnose eines kolorektalen Karzinoms (CRC) ist prognostisch relevant. Wer Gewicht verliert, hat ein erhöhtes allgemeines und erkrankungsspezifisches Mortalitätsrisiko. Das gilt auch bei Übergewicht und Adipositas, wie die Auswertung eines populationsbasierten Krebsregisters in den USA zeigt.

Von 2.049 Patienten mit zwischen 1997 und 2008 diagnostiziertem CRC gaben nach 5 Jahren 53% an, im Median 5 kg zugenommen zu haben, bei 12% war das Gewicht unverändert und 35% hatten median 4 kg abgenommen. Nach im Median 5,1 weiteren Jahren waren 344 Teilnehmer verstorben, davon 91 an ihrem CRC. Pro 5 kg Gewichtsverlust in den 5 Jahren nach Diagnose stieg das allgemeine Mortalitätsrisiko um 13% an (Hazard Ratio [HR] 1,13; 95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 1,07–1,21), das

CRC-spezifische Mortalitätsrisiko um 25% (HR 1,25; 95%-KI 1,13–1,39).

Ein signifikant schlechteres Überleben wurde auch beobachtet bei einem relativen Gewichtsverlust (> 5 vs. ≤ 5% Veränderung), einer Verminderung des Body-Mass-Index (BMI; pro 1 Einheit) und einer erniedrigten BMI-Klasse (Übergewicht zu normal vs. bleibendem Übergewicht). Adjustiert wurde die Assoziation zwischen Gewichtsveränderungen oder BMI und dem Gesamtüberleben sowie dem CRC-spezifischen Überleben u. a. für das Alter, das AJCC-Stadium der Erkrankung und das Geschlecht.

Einer Gewichtsabnahme nach CRC-Diagnose ist unbedingt entgegenzuwirken, auch bei Übergewicht und Adipositas. *Friederike Klein*

Pro 5 kg Gewichtsverlust stieg das allgemeine Mortalitätsrisiko um 13%.

© viperagg / Fotolia



Kocarnik JM et al. Long-Term Weight Loss After Colorectal Cancer Diagnosis Is Associated With Lower Survival: The colon Cancer Family Registry. *Cancer.* 2017;123(23):4701-8.