

# Kolonkarzinom

## Empfehlungen zur Therapie

(Dr. med. W. Ebert)

### Adjuvante Situation

#### *Therapieindikation:*

Eine adjuvante Indikation ist grundsätzlich im UICC-Stadium III (nodal positiv) gegeben.

Im Stadium II muss beim Vorliegen folgender Risikofaktoren eine Therapie erwogen werden:

- OP unter Notfallbedingungen (Ileus, Tumorperforation)
- Intraoperative Tumorkapselverletzung
- T4 bei jungen Patienten
- L1 und/oder V1-Situation
- Weniger als 12 Lymphknoten im OP-Präparat

#### *Protokolle:*

- Standard: FOLFOX4 über 24 Wochen (12 Zyklen)
- Alternativ bei Kontraindikation für FOLFOX4: Capecitabin über 24 Wochen (8 Zyklen)

### Palliative Situation

#### *Therapieindikation:*

Die Therapieindikation ist grundsätzlich gegeben. Bereits das Erreichen einer „stable disease“ bedeutet einen Gewinn für Lebensqualität und -zeit.

Bei schlechtem AZ infolge Multimorbidität ist eine kritische Abwägung von Nutzen und Risiko nötig.

Die Frage nach der optimalen Therapiedauer/Pausen ist derzeit ungeklärt.

#### *Protokolle:*

##### 1. Erstlinientherapie:

- bei gutem AZ: FOLFOX4 oder FUFOX oder FOLFIRI (Toxizitätsprofil als Auswahlkriterium); 5-FU kann ggf. durch Capecitabin ersetzt werden.
- Bei grenzwertigem AZ: Capecitabin.

Eine primäre Zugabe des Antikörpers Bevacizumab ist bei jungen Patienten u./o. raschem Remissionsdruck sinnvoll.

##### 2. Zweitlinientherapie:

- Bei primär gutem Ansprechen auf die Erstlinientherapie und längerem therapiefreiem Intervall kann die primäre Therapie wiederholt werden.
- Ansonsten nach Vorbehandlung mit einem Oxaliplatin-haltigen Protokoll Wechsel auf ein Irinotecan-haltiges Protokoll und vice versa. Im Falle der Vorbehandlung mit einem Irinotecan-haltigen Protokoll alternativ Irinotecan/Cetuximab.

##### 3. Drittlinentherapie:

Je nach Vorbehandlung Capecitabin oder Irinotecan/Cetuximab.

Es gibt derzeit keine Evidenz für eine bestimmte Reihenfolge!

## **Vorgehen bei Lebermetastasen**

### *Potenziell resektable Metastasen*

- Vorteil einer prä- und postop. Behandlung mit jeweils 6 Zyklen FOLFOX4 mit derzeit zumindest Verbesserung des progressionsfreien Überlebens. Bei jungen Patienten mit hohem Remissionsdruck kann auch die zusätzliche Gabe eines Antikörpers erwogen werden.
- Im Falle einer primären Resektion ist v.a. bei jüngeren Patienten postoperativ eine additive Chemotherapie zu erwägen.

### *Nicht-resektable Metastasen:*

Primäre Chemotherapie (s.o.), kurzfristiges Restaging, OP falls Metastasen resektabel werden.

## **Vorgehen bei Lungenmetastasierung**

Analoges Vorgehen wie bei Lebermetastasen.