

Inhaltsverzeichnis	Autoren	Aktualität
Frühkarzinom		
Endoskopische Therapie	A. Hoffman (Helios HSK)	17.01.2018
Primär resektables Kolonkarzinom		
Adjuvante Therapie	S. Becker (Helios HSK)	17.01.2018
Metastasiertes Kolonkarzinom		
Übersicht Therapiestrategien	B. Jaeschke (Helios HSK)	17.01.2018
Potentiell kurative Strategie	B. Jaeschke (Helios HSK)	17.01.2018
Palliative Strategie	B. Jaeschke (Helios HSK)	17.01.2018
Nachsorge		
Nach Polypektomie	A. Hoffman (Helios HSK)	17.01.2018
Weitere Informationen		
Molekulargenetik	S. Becker (Helios HSK)	17.01.2018

Quellen

Dies ist eine Adaptation der Leitlinien folgender Institutionen/Gesellschaften:

[DGVS/AWMF](#), [Onkopedia](#), [ASCO](#), [ESMO](#), [NCCN](#)

Frühkarzinom

Inhaltsverzeichnis

Staging:

Sonografie Abdomen
Röntgen Thorax
Bei Nachweis eines invasiven Karzinoms

Optional CT-Thorax/Abdomen bei submucosaler Infiltration

Histologie:

Definition high-grade Dysplasie (HGD) nach UICC und WHO-Definition

Koloskopie mit Resektion en bloc oder piece meal technique

Nachweis einer HGD oder pT1 m/sm1-2 < 1000µm L0, V0, G1/2

Tumorboard

Nachsorge

Resektion im Gesunden R0

Resektion nicht im Gesunden high risk Situation: pT1 sm3 oder L1, V1, R1 basal

chirurgisches Vorgehen

1. Tanaka; Dig Endosc. 2015; 27(4):417-34

2. Kandel; Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2017; 31(4):455-471

Adjuvante Therapie

Inhaltsverzeichnis

Staging:

Koloskopie mit Biopsie
CT-Abdomen
Oberbauchsonographie*
Röntgen- / CT-Thorax*
(*optional)

Weiteres: Port-Implantation

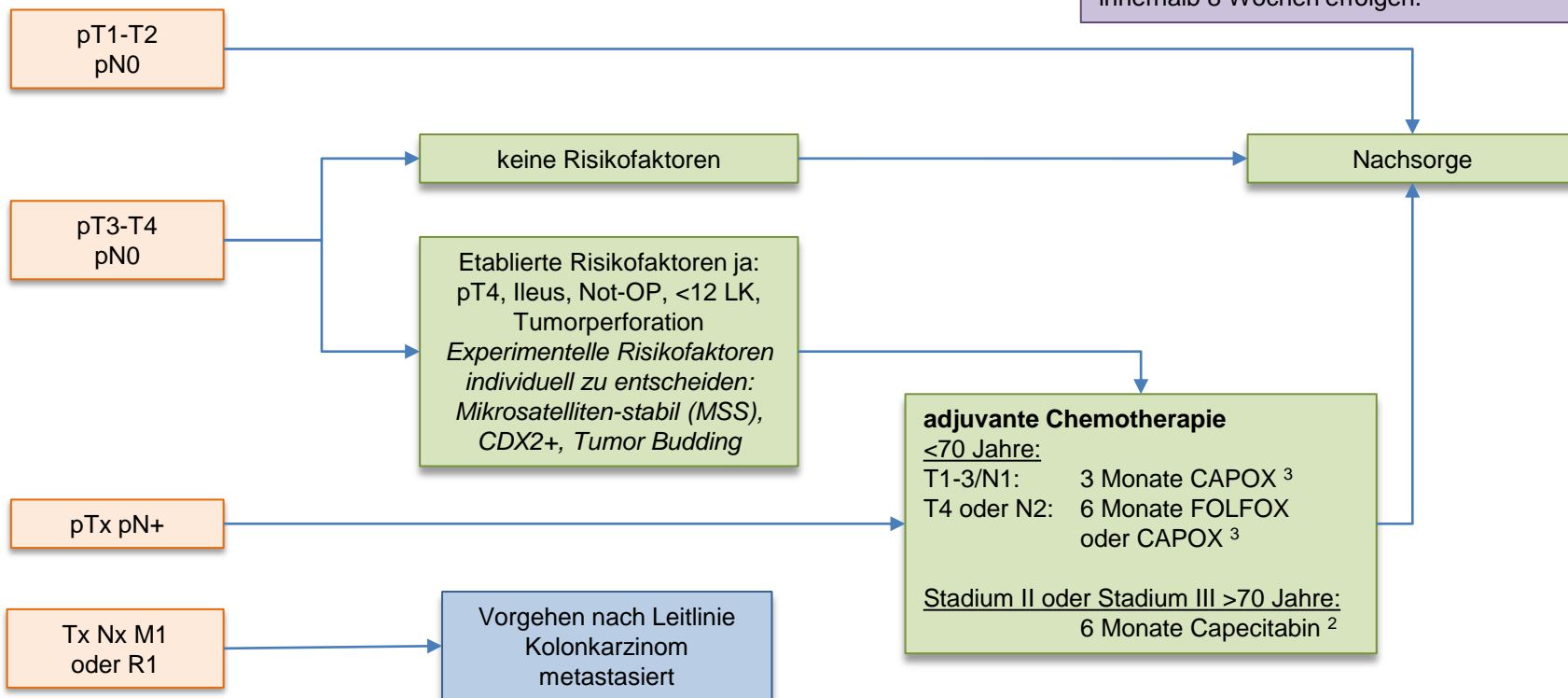
Pat. < 70 Jahre und geplante
Therapie mit FOLFOX

Pat. ≥ 70 bei spezieller Indikation

Resektion:

nach Standard

Abweichend von der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom 2017 wird analog der IDEA- und AIO-Empfehlungen im Stadium III T1-3 N1 eine verkürzte adjuvante Therapie mit CAPOX für 3 Monate empfohlen.³
Der Nutzen einer adjuvanten Therapie bei Patienten >75 Jahre ist nicht belegt.⁴
Der Therapiebeginn sollte frühestmöglich, am besten innerhalb 8 Wochen erfolgen.⁴



1. Allegria; J Clin Oncol. 2009; 27(20):3385-90

2. IDEA Collaboration, NEJM 378:1177:2018 und Statement AIO 2017

3. Twelves; N Engl J Med. 2005; 352:2696-2704

4. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom 2017

Metastasiertes Karzinom - Strategien

[Inhaltsverzeichnis](#)

Erstdiagnostik und Staging, obligat:

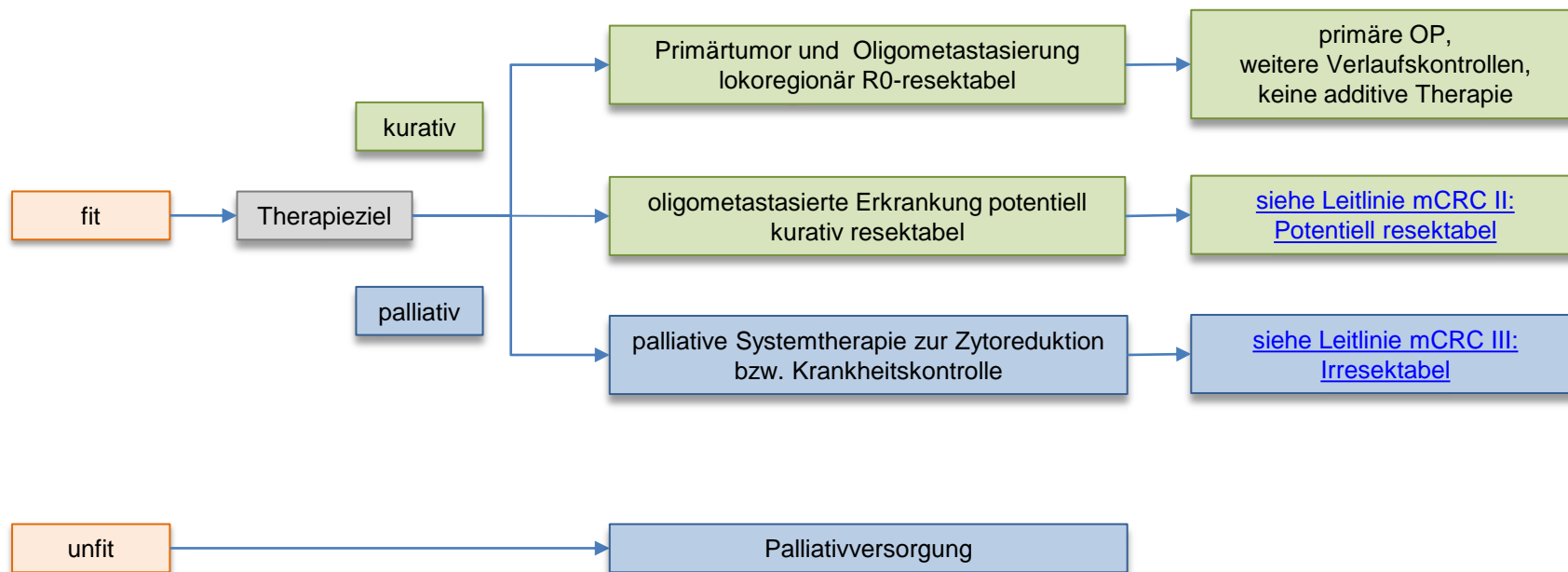
Klinische Untersuchung mit KPS und ggf. Morbiditätsscore
 Labor inkl. CEA
 CT-Thorax und CT-Abdomen/Becken
 Komplette Koloskopie
 Histologische Sicherung

Molekularpathologie

Obligate Testung KRAS/NRAS,
 BRAF (bei RAS Wildtyp) und MSI
 (IHC)

Optionale Untersuchungen:

Sonographie Abdomen
 PET
 MRT

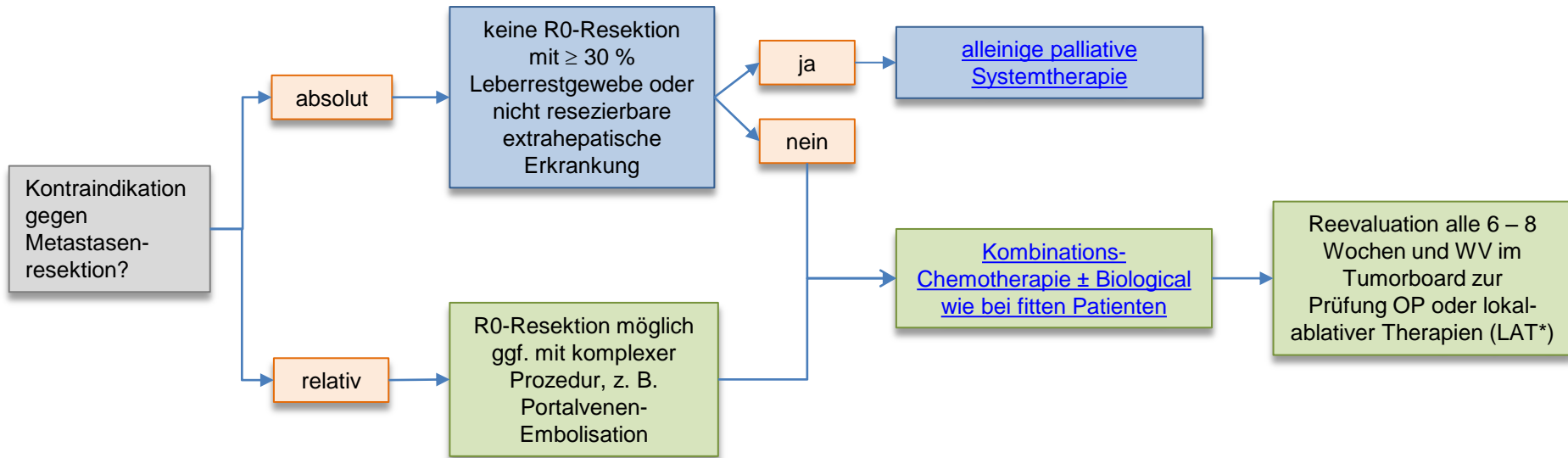


Metastasiertes Karzinom - potentiall kurabel

Inhaltsverzeichnis

Oligometastasierte Erkrankung, potentiell resektabel / ablazierbar
Therapieziel kurativ

Staging und Therapiestrategie [siehe Leitlinie mCRC I](#)



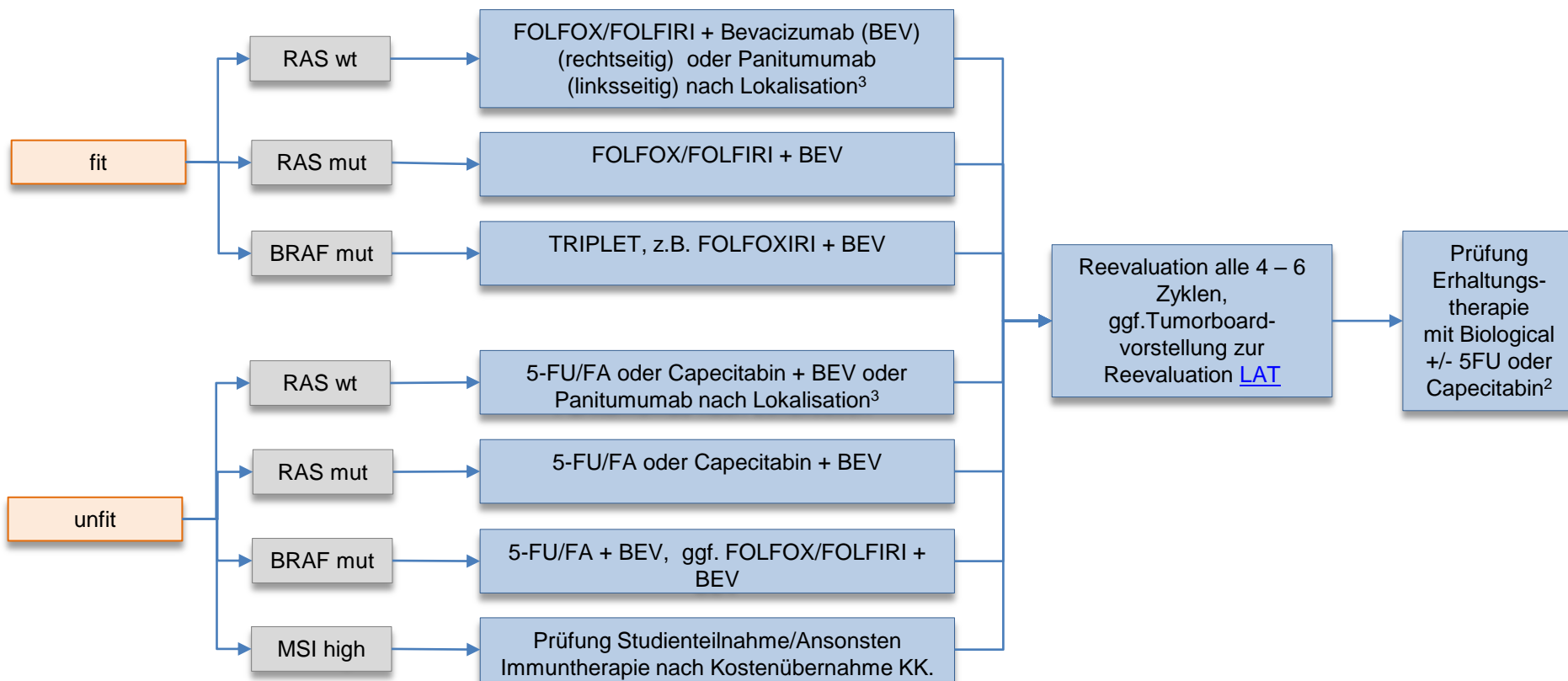
* LAT: Radiofrequenz-/Mikrowellen oder Thermoablation, stereotaktische Bestrahlung, TACE
TACE-Kriterien: Lebermetastasen prognostisch führend, keine Lebersynthesestörung, keine vollständige Pfortaderthrombose, keine Pfortaderastthrombose (relativ)
Ziel: Erreichen eines NED-Zustands (*no evidence of disease*)

Metastasiertes Karzinom - inkurabel

Inhaltsverzeichnis

palliative Systemtherapie der metastasierte Erkrankung
 Therapieziel: palliativ (Symptomkontrolle, Lebensverlängerung)

Therapiestratifizierung:
 nach Molekulargenetik (RAS/BRAF/MSI) und Lokalisation des Primärtumors (C. ascendens bis C. transversum: rechtsseitig, linke Flexur bis Rektum: linksseitig)³



1. Frühe Evaluation von RAS/BRAF/MSI 2. [NCCN-Guidelines Colon Cancer 2., 2017](#) 3. [AIO-Empfehlung für rechtsseitige Tumoren, 2016:](#)
 4. [Van Cutsem; ESMO-Guidelines Colon Cancer, 2016](#) 5. [S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom 2017](#)

Nachsorge nach Polypektomie

[Inhaltsverzeichnis](#)

Risikokategorie	Charakterisierung des / der Polypen (Histologie, Zusatzkriterien)	Koloskopie -Intervall	Koloskopie -Intervall, sobald Befund unauffällig
I	Hyperplastische Polypen · im Rektosigmoid und <1cm	Screening Koloskopie alle 10 Jahre	
	· im Rektosigmoid und >1cm · oberhalb Rektosigmoid	5 Jahre	Screening Koloskopie alle 10 Jahre
	Tubuläres Adenom · ≤ 2 Polypen und · ≤ 1 cm gross und · keine hochgradige Dysplasie		
	Sessiles serratiertes Adenom <1cm und ohne Dysplasie	5 Jahre	5 Jahre
II	Tubuläres Adenom · ≥ 3 Polypen oder · >1cm gross oder · hochgradige Dysplasie oder	3 Jahre	5 Jahre
	(Tubulo-) villöses Adenom		
	Traditionelles serratiertes Adenom oder Sessiles serratiertes Adenom · ≥ 1cm oder mit Dysplasie		
III	pT1-Karzinom im Polyp (kurativ reseziert) · Polypektomie endoskopisch vollständig und · Resektionsrand histologisch karzinomfrei und · Differenzierung G1-2 und · keine Angiovasion und · kein Budding · und-bei sessilem Polyp <1000 Mikrometer Invasion · bei gestieltem Polyp tumorfreier Stiel	≤ 3 Monate zur Kontrolle der Resektionsstelle dann 3 Jahre	5 Jahre
IV	pT1-Karzinom im Polyp nicht alle Kriterien Risikokategorie III erfüllt	Präsentation Tumorboard Chirurgische Resektion grundsätzlich indiziert	

Molekulargenetik

[Inhaltsverzeichnis](#)

1. Im Stadium IV vor geplanter Therapie Untersuchung auf KRAS/NRAS-Mutation sowie BRAF wenn RAS-Wildtyp.
2. Im Stadium II Mikrosatelliteninstabilität (MSI)-Testung immunhistochemisch (MLH1-, MSH2-IHC) vor Erwägung einer adjuvanten Therapie.
3. Bei V.a. Vorliegen eines HNPCC (positive Amsterdam- / Bethesda-Kriterien, G3) MSI-Testung nach Empfehlungen der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom.
4. Im Stadium IV frühe immunhistochemische Untersuchung auf Mikrosatelliteninstabilität (MLH1-, MSH2-IHC).
5. Molekularpathologische Testung auf Mikrosatelliteninstabilität auf spezielle Anfrage an Pathologie.

[1. NCCN-Guidelines Colon Cancer 2., 2017](#)

[2. Van Cutsem; ESMO-Guidelines Colon Cancer, 2016](#)

[3. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom 2017](#)