

Inhaltsverzeichnis	Autoren	Aktualität
Frühkarzinom		
<a href="#">Endoskopische Therapie</a>	A. Hoffman (Helios HSK)	17.01.2018
Primär resektables Kolonkarzinom		
<a href="#">Adjuvante Therapie</a>	S. Becker (Helios HSK)	18.12.2018
Metastasiertes Kolonkarzinom		
<a href="#">Übersicht Therapiestrategien</a>	B. Jaeschke (Helios HSK)	17.01.2018
<a href="#">Potentiell kurative Strategie</a>	B. Jaeschke (Helios HSK)	17.01.2018
<a href="#">Palliative Strategie</a>	B. Jaeschke (Helios HSK)	17.01.2018
Nachsorge		
<a href="#">Nach Polypektomie</a>	A. Hoffman (Helios HSK)	17.01.2018
Weitere Informationen		
<a href="#">Molekulargenetik</a>	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

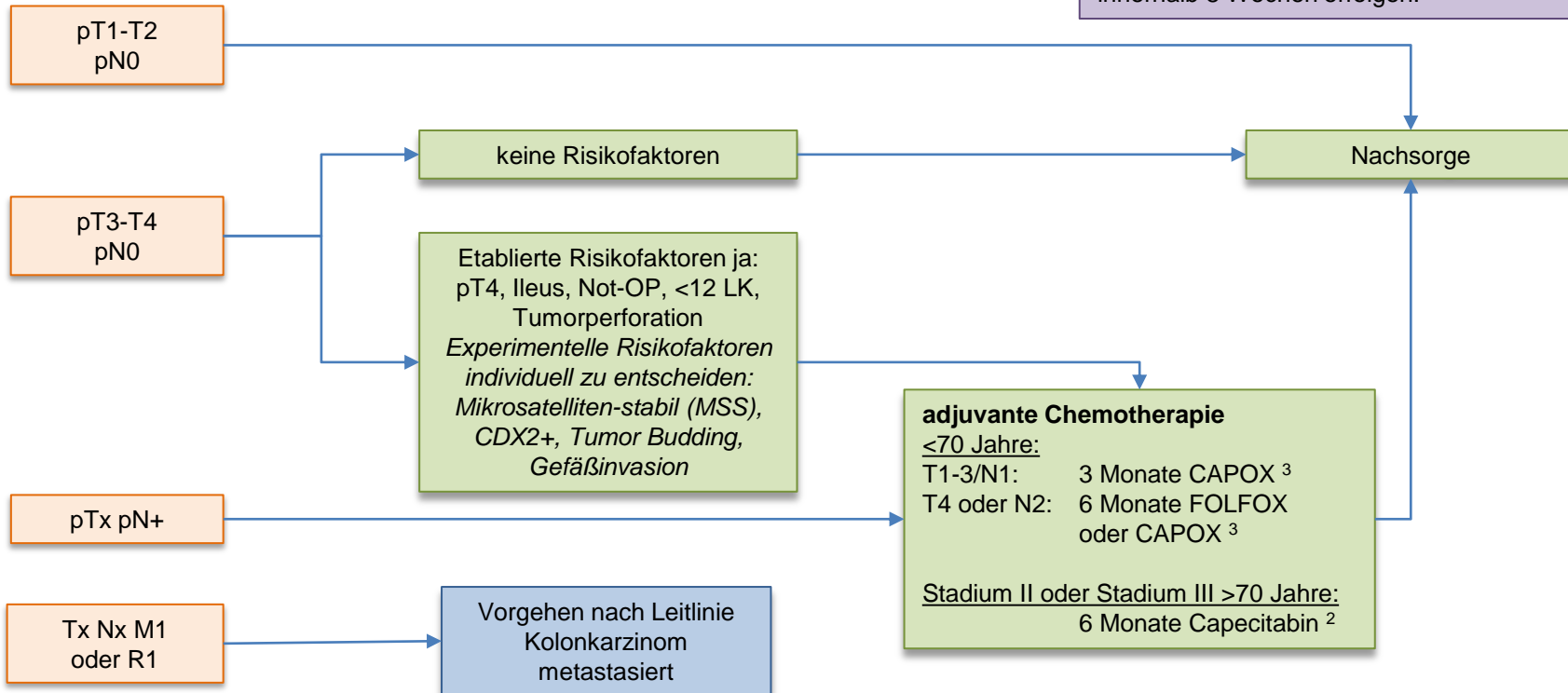
Pat. < 70 Jahre und geplante  
Therapie mit FOLFOX

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.<sup>3</sup>  
Der Nutzen einer adjuvanten Therapie bei Patienten >75 Jahre ist nicht belegt.<sup>4</sup>  
Der Therapiebeginn sollte frühestmöglich, am besten innerhalb 8 Wochen erfolgen.<sup>4</sup>



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

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

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

4. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom 2017

## Adjuvante Therapie

## Inhaltsverzeichnis

### Staging:

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

### Weiteres: Port-Implantation

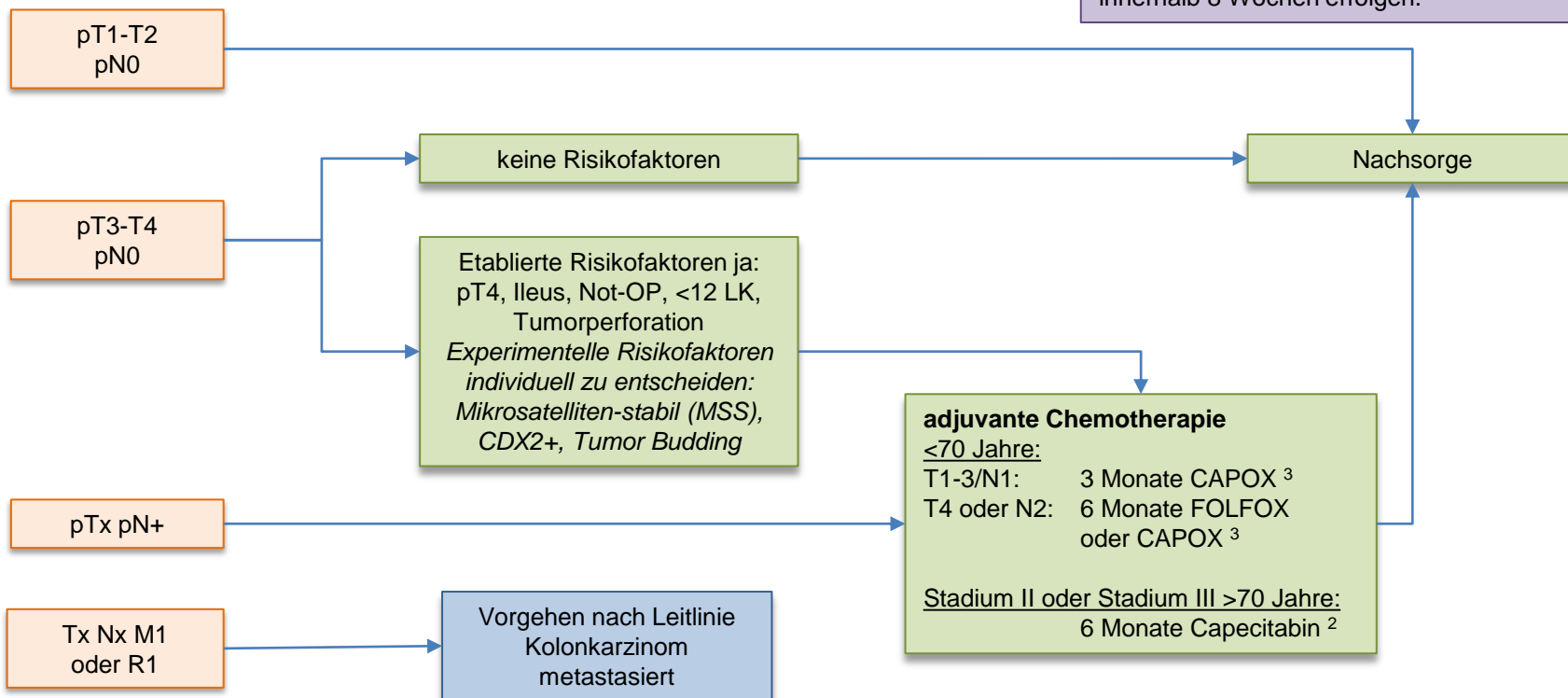
Pat. < 70 Jahre und geplante  
Therapie mit FOLFOX

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.<sup>3</sup>  
Der Nutzen einer adjuvanten Therapie bei Patienten >75 Jahre ist nicht belegt.<sup>4</sup>  
Der Therapiebeginn sollte frühestmöglich, am besten innerhalb 8 Wochen erfolgen.<sup>4</sup>



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:

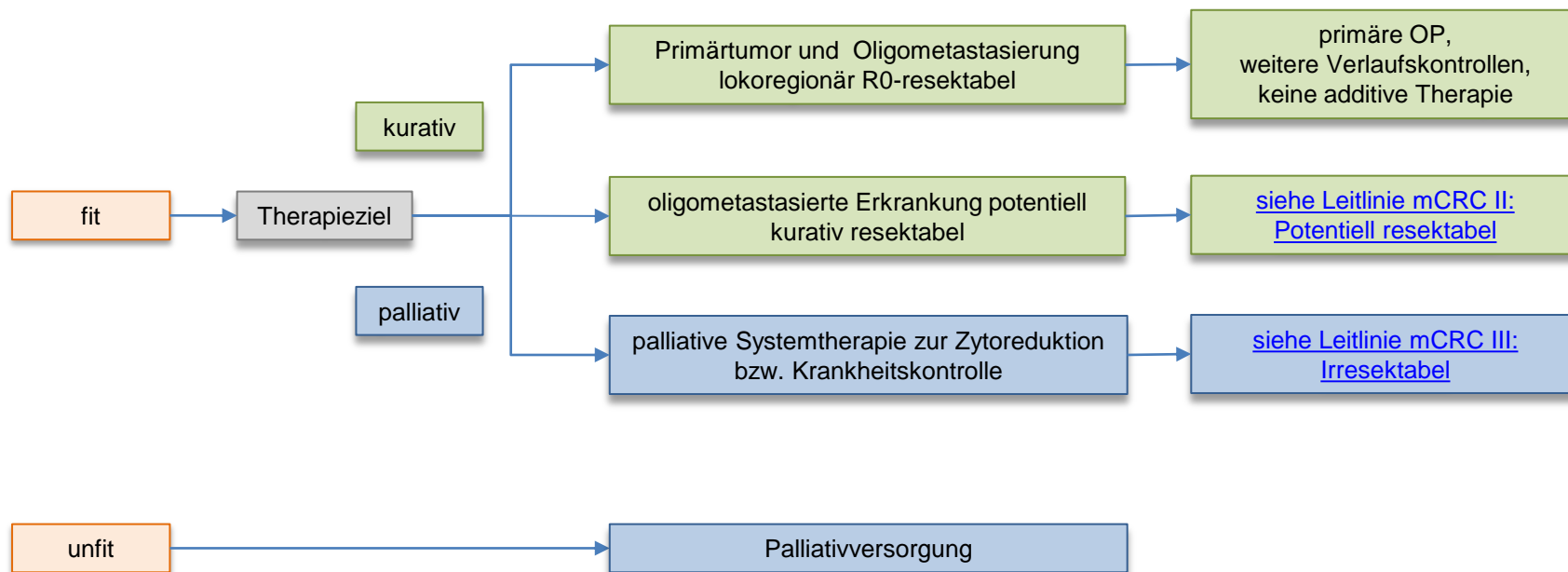
Klinische Untersuchung mit KPS und ggf. Morbiditätsscore  
 Labor inkl. CEA  
 CT-Thorax und CT-Abdomen/Becken  
 Komplette Koloskopie  
 Histologische Sicherung

### Molekularpathologie

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

### Optionale Untersuchungen:

Sonographie Abdomen  
 PET  
 MRT

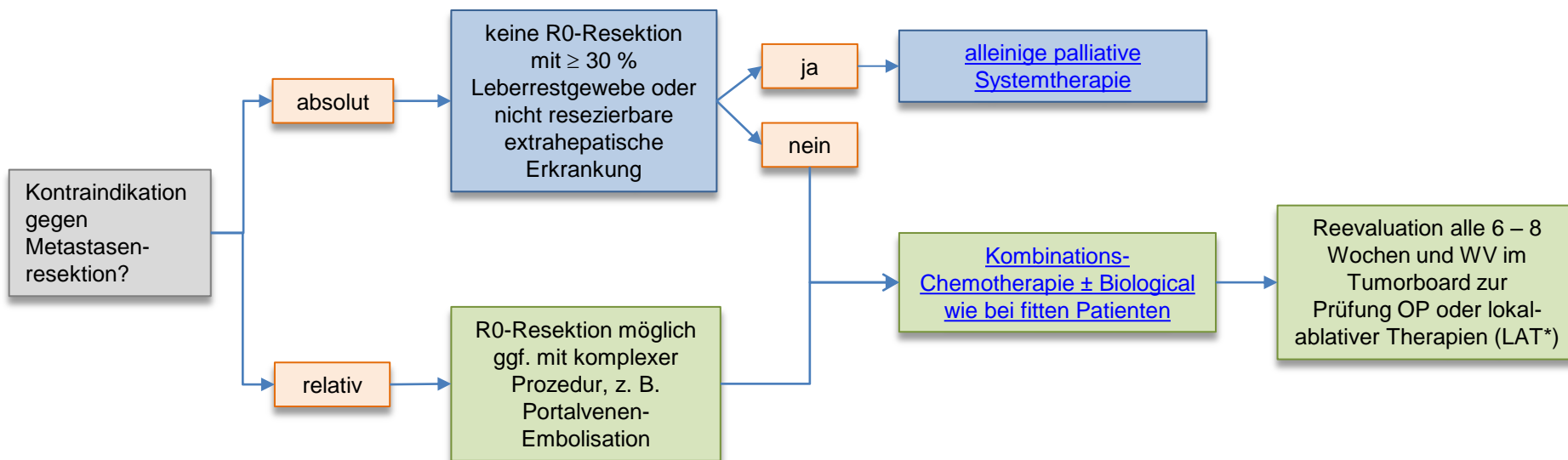


## Metastasiertes Karzinom - potentiell kurabel

## Inhaltsverzeichnis

Oligometastasierte Erkrankung, potentiell resektabel / abladiert  
Therapieziel kurativ

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



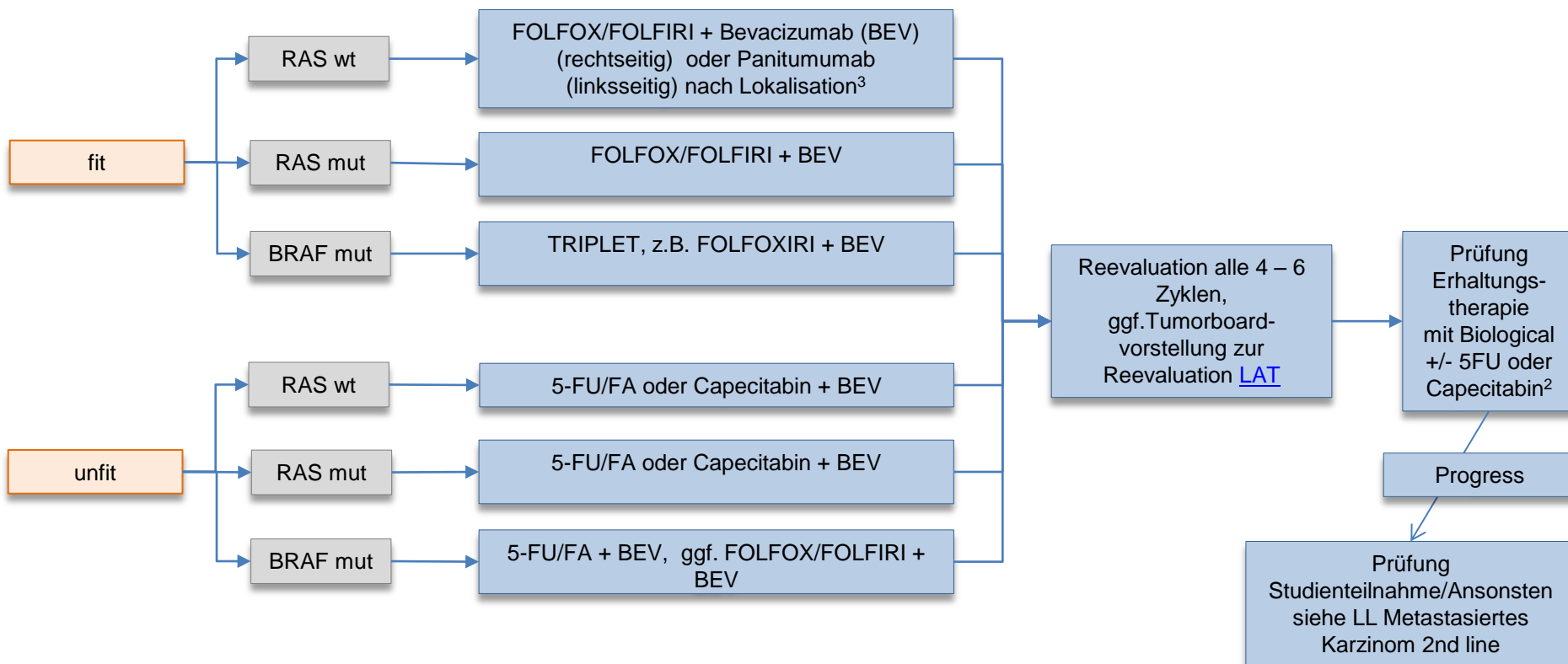
\* LAT: Radiofrequenz-/Mikrowellen oder Thermoablation, stereotaktische Bestrahlung, TACE  
TACE-Kriterien: Lebermetastasen prognostisch führend, keine Lebersynthesestörung, keine vollständige Pfortaderthrombose, keine Pfortaderastthrombose (relativ)  
Ziel: Erreichen eines NED-Zustands (*no evidence 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)<sup>3</sup>



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	<b>Hyperplastische Polypen</b> · im Rektosigmoid und <1cm	Screening Koloskopie alle 10 Jahre	
	· im Rektosigmoid und >1cm · oberhalb Rektosigmoid	5 Jahre	Screening Koloskopie alle 10 Jahre
	<b>Tubuläres Adenom</b> · ≤ 2 Polypen und · ≤ 1 cm gross und · keine hochgradige Dysplasie		
	<b>Sessiles serratiertes Adenom</b> <1cm und ohne Dysplasie	5 Jahre	5 Jahre
II	<b>Tubuläres Adenom</b> · ≥ 3 Polypen oder · >1cm gross oder · hochgradige Dysplasie oder	3 Jahre	5 Jahre
	<b>(Tubulo-) villöses Adenom</b>		
	<b>Traditionelles serratiertes Adenom</b> oder <b>Sessiles serratiertes Adenom</b> · ≥ 1cm oder mit Dysplasie		
III	<b>pT1-Karzinom im Polyp (kurativ reseziert)</b> · 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 <b>dann 3 Jahre</b>	5 Jahre
IV	<b>pT1-Karzinom im Polyp</b> 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](#)