



Verringert Hormontherapie das Risiko für Darmkrebs?

Eine schwedische Studie liefert bei Frauen weitere Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Hormontherapie und Prognose nach der Diagnose eines kolorektalen Karzinoms. Demnach ist die krebspezifische und Gesamtsterberate bei Hormontherapie nach der Diagnose verringert.

Weil die Inzidenz des kolorektalen Karzinoms (CRC) bei Frauen niedriger ist als bei Männern, wird schon seit längerem vermutet, dass weibliche Hormone einen schützenden Effekt haben. Tatsächlich war die Hormontherapie mit Östrogen plus Progestin in den Studien der Women's Health Initiative (WHI) mit einem verringerten Risiko für ein CRC assoziiert. Allerdings waren die meisten Frauen mindestens 60 Jahre alt und ihr Karzinom wurde im fortgeschrittenen Stadium entdeckt. In der aktuellen Studie prüften Wissenschaftler, ob bei jüngeren Frauen die Hormontherapie nach der CRC-Diagnose mit einem verringerten krebspezifischen und Gesamtsterberisiko einhergeht. Sie werteten dazu retrospektiv Daten des schwedischen Krebsregisters und des Swedish Prescribed Drug Register, ein Register zur Überwachung der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln, aus.

Der Anteil der Frauen mit Hormontherapie sank von 36 % im Jahr 1999 auf 27 % im Jahr 2002 und 9 % im Jahr 2007, und zwar bei Patientinnen im Alter zwischen 50 und 59 Jahren – also nach Bekanntwerden der WHI-Studiendaten zur Hormontherapie Anfang der 2000er-Jahre. Im Fokus der Studie standen Teilnehmerinnen, bei denen im Alter zwischen 45 und 69 Jahren ein CRC diagnostiziert worden war. Aus früheren Untersuchungen hatte man geschlossen, dass sich Frauen in dieser Altersgruppe eher einer Hormontherapie unterziehen.

Auswerten ließen sich die Befunde von mehr als 1.100 Frauen, die zum Diagnosezeitpunkt median 63 Jahre alt waren. 736 hatten die Hormontherapie auch vor der Krebsdiagnose erhalten, jede Dritte nur danach. Die Therapie bestand bei 983 Frauen aus Östrogen, bei 126 aus Östrogen und Progesteron. Bei 23,7 % war das Karzinom im Stadium I, bei 27,8 % im Stadium II, bei 36,2 % im Stadium III und nur bei 12,3 % im Stadium IV.

Nach durchschnittlich 5,4 Jahren und einem Follow-up von 6.089 Person Jahren waren 246 Frauen gestorben, 200 an den Folgen des CRC. Der Auswertung zufolge war eine Hormontherapie nach der Krebsdiagnose mit einer Reduktion der krebspezifischen Mortalität (Hazard Ratio [HR] 0,74; 95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI] 0,62–0,88) sowie der Gesamtsterberate assoziiert (HR 0,70; 95 %-KI 0,60–0,82). In der Berechnung waren mehrere Störfaktoren wie etwa Alter und Jahr der Diagnose berücksichtigt worden. Frauen, die auch vor der Diagnose eine Hormontherapie erhalten hatten, profitierten offenbar

noch stärker davon (krebspezifische Mortalität: HR 0,71; 95 %-KI 0,58–0,88; Gesamtsterberate: HR 0,66; 95 %-KI 0,55–0,80).

Wie genau der Schutzeffekt der Hormone zustande kommt, ist nicht im Detail bekannt. Eine mögliche Erklärung sei, dass das Östrogen vor der Entstehung einer Mikrosatelliteninstabilität schütze, so die Forscher.

Fazit: Frauen, die nach der CRC-Diagnose eine Hormontherapie erhalten haben, hatten in einer retrospektiven schwedischen Auswertung eine geringere krankheitsassoziierte und Gesamtsterblichkeit als Frauen ohne Hormontherapie.

Peter Leiner

Ji J et al. Use of hormone replacement therapy improves the prognosis in patients with colorectal cancer: A population-based study in Sweden. *Int J Cancer*. 2018;142(10):2003-10.

Gallengangskarzinom: Operation verlängert das Überleben

Patienten mit lymphknotenpositivem Gallengangkrebs haben die besten Ergebnisse, wenn sie operiert wurden und die Resektionsränder negativ sind. Zudem profitieren Patienten mit Gallenblasenkarzinomen unabhängig vom Status der Resektionsränder von einer adjuvanten Chemoradiotherapie.

Dies ist das Ergebnis einer retrospektiven Kohortenstudie von Patienten mit Gallenblasenkarzinom (GBC) im Stadium T1–T3N1M0 oder einem intrahepatischen Cholangiokarzinom (IHC). Das mittlere Gesamtüberleben der 2.344 Patienten aus der National Cancer Database wurde jeweils durch eine Operation günstig beeinflusst: Verglichen mit einer nichtoperativen Therapie führte die Operation – ob sie nun durch eine adjuvante Therapie (AT) ergänzt wurde oder nicht – zu einem niedrigeren Sterberisiko durch GBC oder IHC.

Wenn die AT eine Bestrahlung umfasste, war das Risiko zu sterben unter GBC-Patienten sogar unabhängig vom Status der Operationsränder erniedrigt

(negative Ränder: Hazard Ratio [HR] 0,66; positive Ränder: HR 0,54); dies galt nicht für eine reine adjuvante Chemotherapie. Für IHC-Patienten zeigte sich dagegen unabhängig vom Status der Resektionsränder kein statistisch signifikanter Überlebensvorteil durch eine adjuvante Chemotherapie mit oder ohne Bestrahlung.

Fazit: Eine Operation senkt bei Patienten mit Gallenblasenkarzinom oder intrahepatischem Cholangiokarzinom das Risiko zu sterben.

Christian Behrend

Tran Cao HS et al. The Role of Surgery and Adjuvant Therapy in Lymph Node-Positive Cancers of the Gallbladder and Intrahepatic Bile Ducts. *Cancer*. 2018;124(1):74-83.