

# 7<sup>th</sup> World Congress on Gastrointestinal Cancer

## Barcelona, 15–18 czerwca 2005 r.

### pod patronatem ESMO.

### Sprawozdanie

*"7<sup>th</sup> World Congress on Gastrointestinal Cancer"*

*organised under the patronage of ESMO.*

*Barcelona, 15-18 June 2005.*

*A report*

#### Rak trzustki

Na uwagę zasługiwała prezentacja badania CONKO-001 przedstawiona przez Philippe'a Rougiera, dotycząca stosowania leczenia adjuwantowego w raku trzustki. W badaniu tym wykazano dłuższy okres bez nawrotu choroby przy zastosowaniu uzupełniającej chemioterapii gemcytabiną (DFS 14,2 mies. vs 7,4 mies.).

Należy wspomnieć o prezentacji dwóch badań: badania III fazy – dotyczącego zastosowania erlotinibu z gemcytabiną vs gemcytabiną u chorych z zaawansowanym rakiem trzustki oraz badania I fazy, w którym zastosowano radioterapię w połączeniu z bewacizumabem i kapecytabiną. Wstępne wyniki tych badań są zachęcające.

#### Rak przełyku i rak żołądka

Interesującą prezentacją okazał się wykład Josepa Taberbero na temat nowych czynników stosowanych w leczeniu raka przełyku i raka żołądka. Większość z nich znajduje się we wczesnych fazach badań klinicznych. Do kategorii tych czynników należą inhibitory receptora EGFR, takie jak EMD 72000, gefitinib, erlotinib, inhibitory angiogenezy (bewacizumab), inhibitory cyklu komórkowego (flawopiridol), aktywatory apoptozy (bortezonib). W najbardziej zaawansowanej fazie badań klinicznych znajduje się marimastad, który wykazuje poprawę przeżyć u pacjentów z zaawansowanym rakiem żołądka.

Prezentacja Bruce'a D. Minsky dotyczyła roli chemioradioterapii w raku przełyku. W badaniu klinicznym z randomizacją TOG 85-01 wykazano poprawę 5-letnich przeżyć (27 proc. vs 0 proc.) u pacjentów otrzymujących leczenie skojarzone chemioradioterapią (cztery cykle 5-fluorouracylu i cisplatiną), w porównaniu do pacjentów otrzymujących wyłącznie radioterapię. Zastosowanie radioterapii przedoperacyjnej lub pooperacyjnej nie spowodowało poprawy przeżyć. W przypadku leczenia skojarzonego przedoperacyjnego (chemio- i radioterapia), wyniki przeprowadzanych badań klinicznych są niejednoznaczne.

W sesji poświęconej zaawansowanemu rakowi żołądka na uwagę zasługiwał wykład Alberto Sombbrero, dotyczący aktualnych metod leczenia zaawansowanego raka żołądka. Był to przegląd, oparty na badaniach klinicznych najczęściej stosowanych programów chemioterapii – od historycznych do najnowszych – od programu FAM (5-FU, Doxorubicyna,

Mitomycyna-C), poprzez program FAMTX (5-FU, Doxorubicyna, Methotrexat), program FUP (5-FU, Cisplatiną), program ELF (5-FU, Etopozyd, Leukoworyna), do programu TCF (5-FU, Cisplatiną, Docetaxel), który w świetle najnowszych badań klinicznych z randomizacją wykazuje największą medianę przeżyć (MS) chorych z zaawansowanym rakiem żołądka. Poza aktualnie stosowanymi programami chemioterapii przedstawiono nowe leki stosowane w ramach badań klinicznych z grupą kontrolną – oksaliplatiną, kamptotecyną. Jednakże wydaje się, że skuteczność każdego z nich ma pewne ograniczenia. Duże nadzieje wiąże się z badaniami genetycznymi, dotyczącymi patogenezy raka żołądka, które mogą przyczynić się do rozwoju terapii celowanych.

Ciekawa była prezentacja dwóch abstraktów: Erica van Cutsema, dotycząca poprawy przeżyć w zaawansowanym raku żołądka po dodaniu docetakselu do cisplatiną i 5-Fluorouracylu (badanie III fazy) oraz Manisha Shaha, dotycząca dołączenia bewacizumabu do irinotekanu i cisplatiną (badanie II fazy). Wyniki tych badań są zachęcające i mogą wpłynąć na zmianę rekomendacji leczenia raka żołądka.

#### Rak jelita grubego

Bardzo interesującym punktem sympozjum była sesja przygotowana przez firmę PFIZER, poświęcona przyszłości terapii zaawansowanego raka jelita grubego. Przedstawiono na niej wyniki badań klinicznych z zastosowaniem przeciwciał monoklonalnych (blokery EGFR oraz VEGF) w połączeniu z chemioterapią w leczeniu zaawansowanego raka jelita grubego. Wykazano wydłużenie czasu przeżycia przy dodaniu do chemioterapii przeciwciał monoklonalnych. Ciekawa była również prezentacja dotycząca identyfikacji czynników predykcyjnych przed zastosowaniem chemioterapii, a więc próba selekcji pacjentów, którzy mogliby odnieść największą korzyść z zastosowania chemioterapii oraz próba wyodrębnienia pacjentów z dużym ryzykiem toksyczności zastosowanego leczenia chemicznego. Czynniki te związane są z aktywnością poszczególnych enzymów biorących udział w metabolizmie cytostatyków, natomiast aktywność enzymów determinowana jest polimorfizmem genów u poszczególnych pacjentów.

W leczeniu adjuwantowym raka jelita grubego przedstawiono wyniki badania MOSAIC, w którym wykazano poprawę 3-letnich przeżyć bez nawrotu choroby (DFS) przy zastosowa-

niu oksaliplatyny (FOLFOX – 72,2 proc. vs LV i 5-FU – 65,3 proc.). Brak natomiast wyników dotyczących przeżyć całkowitych, będących kluczowymi w ustaleniu standardów postępowania. Zastosowanie irinotekanu (badanie PETACC) w leczeniu adjuwantowym raka jelita grubego nie poprawia DFS w 3-letniej obserwacji. Na podstawie wyników badania X-ACT, cytostatykiem zarejestrowanym do leczenia adjuwantowego raka jelita grubego została Xeloda (3-letnie DFS–Xeloda – 64,2 proc. vs LV5-FU – 60,6 proc.).

Kolejnym tematem, który wzbudził kontrowersje było operacyjne leczenie ognisk przerzutowych raka jelita grubego do wątroby. Na podstawie przedstawionych badań i dyskusji ustalono, że optymalnym schematem leczenia byłaby chirurgia z następową chemioterapią wg dostępnych schematów. U części tych chorych uzyskuje się długoletnie przeżycia.

Ostatni dzień Kongresu był w większości podsumowaniem dni poprzednich i dotyczył głównie leczenia raka jelita grubego z udziałem przeciwciał monoklonalnych.

Światowy Kongres dotyczący nowotworów przewodu pokarmowego przyniósł wiele nowych informacji o aktualnych metodach leczenia i kierunkach badań, prowadzonych w światowych ośrodkach onkologicznych. Niewątpliwym staje się fakt, że przyszłość onkologii będą stanowić terapie celowane oraz badania genetyczne, które odgrywają coraz większą rolę w selekcji chorych odnoszących największą korzyść z leczenia przy wystąpieniu akceptowalnej toksyczności. W świetle ostatnich badań największy postęp dokonał się w leczeniu raka jelita grubego. Dzięki wprowadzeniu nowych cytostatyków w połączeniu z terapią celowaną poprawił się czas wolny od choroby i czas przeżycia. W przypadku pozostałych nowotworów nowe terapie są na etapie badań klinicznych, z którymi wiąże się ogromne nadzieje.

*Rafał Stec*