

# GASTROINTESTINAL NEWS

Newsletter di aggiornamento sui tumori gastrointestinali

**Comitato Scientifico:** Corrado Boni, Stefano Cascinu, Francesco Cognetti, Pierfranco Conte, Francesco Di Costanzo, Roberto Labianca  
**Editore Intermedia:** Direttore Responsabile Mauro Boldrini

*GASTROINTESTINAL NEWS nel 2007 si presenta rinnovato sia nella veste che nel contenuto. Nato per iniziativa del comitato scientifico e coordinato da Intermedia, mantiene la pubblicazione quindicinale e continua ad occuparsi di cancro gastrointestinale. Le news non verranno più tradotte in italiano, ma pubblicate in lingua inglese e, una volta al mese, verrà proposto un commento su un particolare articolo, preparato da un componente del comitato scientifico.*

Il commento sull'articolo seguente è a cura del **Professor Francesco Di Costanzo**, Direttore di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze

## COMMENTO del Prof Di Costanzo all'articolo:

**Phase III trial of infusional fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin, and irinotecan (FOLFOXIRI) compared with infusional fluorouracil, leucovorin, and irinotecan (FOLFIRI) as first-line treatment for metastatic colorectal cancer: the Gruppo Oncologico Nord Ovest** di Falcone A, *et al.* **Journal of Clinical Oncology** 2007; Volume 25, Number 13, May 1: Pages 1670 - 1676 (abstract).

[Leggi commento](#)

## APPUNTAMENTI

**IX CONGRESSO NAZIONALE DI ONCOLOGIA MEDICA** ([leggi](#))

**X INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON PLATINUM COORDINATION COMPOUNDS IN CANCER CHEMOTHERAPY** ([leggi](#))

**1° CONVEGNO NAZIONALE MULTIDISCIPLINARE DI MEDICINA** **Convegno di Oncologia** ([leggi](#))

Per contattare la redazione scrivi a: [newsletters@intermedianews.it](mailto:newsletters@intermedianews.it)

Per i numeri arretrati di Gastrointestinal News consulta il sito web: [www.medinews.it](http://www.medinews.it)

**Phase III trial of infusional fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin, and irinotecan (FOLFOXIRI) compared with infusional fluorouracil, leucovorin, and irinotecan (FOLFIRI) as first-line treatment for metastatic colorectal cancer: the Gruppo Oncologico Nord Ovest**

Falcone A, Ricci S, Brunetti I, Pfanner E, Allegrini G, Barbara C, Crinò L, Benedetti G, Evangelista W, Fanchini L, Cortesi E, Picone V, Vitello S, Chiara S, Granetto C, Porcile G, Fioretto L, Orlandini C, Andreuccetti M, Masi G; Gruppo Oncologico Nord Ovest

U.O. Oncologia Medica, Istituto Toscano Tumori, Livorno, Italy

**Journal of Clinical Oncology 2007; Volume 25, Number 13, May 1: Pages 1670 - 1676**

**PURPOSE:** The Gruppo Oncologico Nord Ovest (GONO) conducted a phase III study comparing fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin, and irinotecan (FOLFOXIRI [irinotecan 165 mg/m<sup>2</sup> day 1, oxaliplatin 85 mg/m<sup>2</sup> day 1, leucovorin 200 mg/m<sup>2</sup> day 1, fluorouracil 3,200 mg/m<sup>2</sup> 48-hour continuous infusion starting on day 1, every 2 weeks]) with infusional fluorouracil, leucovorin, and irinotecan (FOLFIRI).

**METHODS:** Selection criteria included unresectable metastatic colorectal cancer, age 18 to 75 years, and no prior chemotherapy for advanced disease. The primary end point was response rate (RR).

**RESULTS:** A total of 244 patients were randomly assigned. An increase of grade 2 to 3 peripheral neurotoxicity (0% v 19%;  $p < 0.001$ ), and grade 3 to 4 neutropenia (28% v 50%;  $p < 0.001$ ) were observed in the FOLFOXIRI arm. The incidence of febrile neutropenia (3% v 5%) and grade 3 to 4 diarrhea (12% v 20%) were not significantly different. Responses, as assessed by investigators, were, for FOLFIRI and FOLFOXIRI, respectively, complete, 6% and 8%; and partial, 35% and 58%, (RR, 41% v 66%;  $p = 0.0002$ ). RR confirmed by an external panel was 34% versus 60% ( $p < 0.0001$ ). The R0 secondary resection rate of metastases was greater in the FOLFOXIRI arm (6% v 15%;  $p = 0.033$ , among all 244 patients; and 12% v 36%;  $p = 0.017$  among patients with liver metastases only). Progression-free survival (PFS) and overall survival (OS) were both significantly improved in the FOLFOXIRI arm (median PFS, 6.9 v 9.8 months; hazard ratio [HR], 0.63;  $p = 0.0006$ ; median OS, 16.7 v 22.6 months; HR, 0.70;  $p = 0.032$ ).

**CONCLUSION:** The FOLFOXIRI regimen improves RR, PFS, and OS compared with FOLFIRI, with an increased, but manageable, toxicity in patients with metastatic colorectal cancer with favorable prognostic characteristics. Further studies of FOLFOXIRI in combination with targeted agents and in the neoadjuvant setting are warranted.

**TOP**

**COMMENTO**

Falcone *et al.* hanno recentemente pubblicato uno studio randomizzato, in pazienti con carcinoma del colon-retto avanzato chemioterapia (CT) naive, ove confrontano una chemioterapia con 5-FU, Acido Folinico, Irinotecan (FOLFIRI) vs la combinazione contenente 5-FU, Acido Folinico, Irinotecan ed Oxaliplatino (FOLFOXIRI) (Fig. 1).

<b>A</b>		FOLFIRI	
<b>CPT-11</b> mg/m <sup>2</sup>	<b>180</b> 1-hour IV		
<b>I-LV</b> mg/m <sup>2</sup>	<b>100</b> 2-hours IV	<b>100</b> 2-hours IV	
<b>FU</b> mg/m <sup>2</sup>	<b>400</b> bolus	<b>400</b> bolus	
<b>FU</b> mg/m <sup>2</sup>	<b>600</b> 22-hours CI IV	<b>600</b> 22-hours CI IV	
	<b>Day 1</b>	<b>Day 2</b>	<b>Day 3</b>
	Repeated every 2 weeks		
<b>B</b>		FOLFOXIRI	
<b>CPT-11</b> mg/m <sup>2</sup>	<b>165</b> 1-hour IV		
<b>LOHP</b> mg/m <sup>2</sup>	<b>85</b> 2-hours IV		
<b>I-LV</b> mg/m <sup>2</sup>	<b>200</b> 2-hours IV		
<b>FU</b> mg/m <sup>2</sup>	<b>3,200</b> 48-hours flat continuous infusion IV		
	<b>Day 1</b>	<b>Day 2</b>	<b>Day 3</b>
	Repeated every 2 weeks		

**Figura 1 - Schedule di Chemioterapia utilizzate**

Lo studio ha arruolato 244 pazienti (122 vs 122 pz) con caratteristiche cliniche bilanciate (Fig. 2).

## MAIN PATIENTS CHARACTERISTICS

	<b>FOLFIRI*</b> (122 pts)	<b>FOLFOXIRI*</b> (122 pts)
<b>Age, median (range)</b>	<b>64 (21-75)</b>	<b>62 (27-75)</b>
<b>Sex (M/F)</b>	<b>69/53</b>	<b>75/47</b>
<b>ECOG PS 0 / 1-2</b>	<b>61% / 39%</b>	<b>61% / 39%</b>
<b>Previous adjuvant CT</b>	<b>24%</b>	<b>24%</b>
<b>Synchronous mts</b>	<b>65%</b>	<b>65%</b>
<b>Multiple sites of disease</b>	<b>50%</b>	<b>58%</b>
<b>Liver mts</b>	<b>79%</b>	<b>75%</b>
<b>Liver involvement <math>\geq</math> 25%</b>	<b>56%</b>	<b>53%</b>
<b>LDH, median</b>	<b>613</b>	<b>619</b>

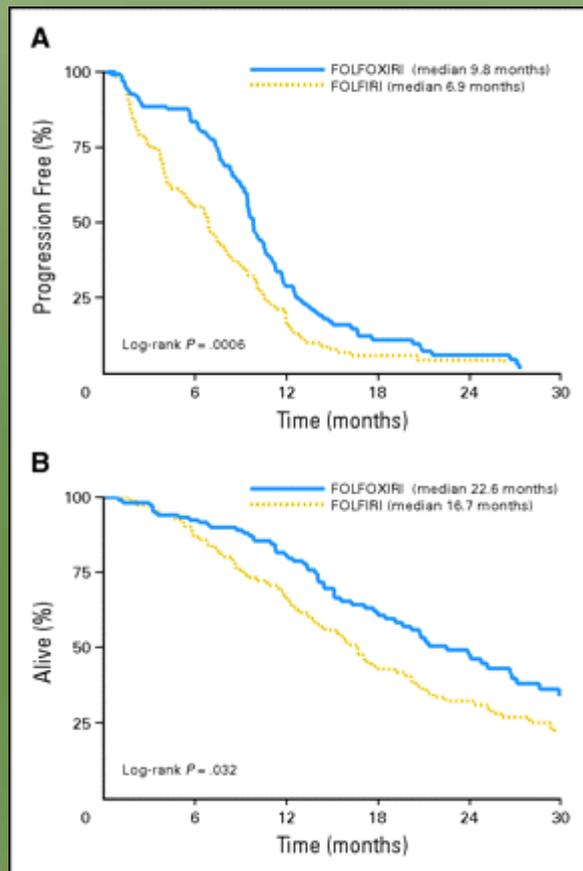
\*Accrual from November 2001 to April 2005

Falcone A. – ECCO 13

**Figura 2 - Caratteristiche dei pazienti inclusi nello studio**

Il 95% dei pazienti aveva un PS tra 0-1 ed un'età mediana di 60-62 anni, i tumori con sede primitiva rettale erano in percentuale maggiore nel braccio a tre farmaci (22% e 34%).

La mediana della *progression free survival* (PFS) era di 6.9 vs 9.8 mesi ( $p = 0.0006$ ) e la mediana della *overall survival* (OS) di 16.7 vs 22.6 mesi ( $p = 0.032$ ) a favore del FOLFOXIRI (Fig. 3). Anche la percentuale delle *response rate* (RR) era maggiore nel braccio sperimentale (41 vs 66%) con un 6 vs 8% di remissione completa (RC) a favore del FOLFOXIRI.



**Figura 3 - Curva di PFS e OS**

Il vantaggio in efficacia ottenuto con il FOLFOXIRI sul FOLFIRI è a discapito di una maggiore tossicità caratterizzata da neuropatia grado (gr.) 2-3 (0% vs 19%;  $p < 0.001$ ), neutropenia gr. 3-4 (28 vs 50%;  $p < 0.001$ ), diarrea gr. 3-4 (12 vs 20%). Tuttavia, le neutropenie febbrili non erano staticamente maggiori nel braccio sperimentale (3 vs 5%). Il 2% (3 pz) ed il 6% (7 pz) sono stati sottoposti a terapia con G-CSF.

Lo studio non ha valutato la Qualità di Vita (QoL), che pur con tutti i limiti, avrebbe permesso di pesare meglio i risultati positivi.

Nello studio sono inoltre riportati i dati circa la percentuale di pazienti che hanno ricevuto una resezione radicale (R0) delle metastasi epatiche (5 pz [12%] vs 14 pz [36%]) che sembra essere a favore del FOLFOXIRI. Altri 4 pazienti hanno ricevuto una chirurgia R0 per altri siti extra-epatici nel FOLFOXIRI e 2 nel FOLFIRI.

Lo studio è globalmente molto interessante e ben condotto, apre tuttavia dei quesiti importanti che brevemente discutiamo ed analizziamo.

- Esiste uno studio simile condotto da un gruppo oncologico Ellenico HORG (1-2) in 283 pazienti con cancro del colon-retto che non riporta alcuna differenza statisticamente significativa tra FOLFOXIRI e FOLFIRI. Le R0 erano 43 vs 33.6% ( $p = 0.168$ ), la mediana del TTP era di 8.4 vs 6.9 mesi e l'OS mediana di 21.5 vs 19.5 mesi ( $p = 0.337$ ). La schedule di FOLFOXIRI utilizzata era differente nelle dosi di 5-FU da quella del GONO: 2000 mg/m<sup>2</sup>/48h vs 3200 mg/m<sup>2</sup>/48h (Falcone), inoltre nello studio ellenico una parte del 5FU è somministrato come *bolus*. Nello studio HORG il 40% dei pazienti aveva un solo sito di metastasi e quindi candidabili ad un intervento chirurgico di resezione delle metastasi, mentre nello studio GONO, nel braccio FOLFOXIRI, il 53% aveva un solo sito di metastasi. Circa la metà dei pazienti aveva più di 65 anni con criteri di inclusione che prevedevano eleggibilità oltre 75 anni. La chirurgia delle metastasi era stata eseguita nel 4% (6) dei pazienti trattati con FOLFIRI e 10% (14 pz) nel braccio FOLFOXIRI ( $p = 0.008$ ). Globalmente 6 pazienti avevano ricevuto una chirurgia per lesioni polmonari (3 vs 3 pz) e 14 pazienti per metastasi epatiche (11 nel FOLFOXIRI e 3 nel FOLFIRI). Il 70 ed il 58%, rispettivamente, dei pazienti hanno ricevuto una CT di seconda linea. Il numero di pazienti trattati con chemioterapia adiuvante era tra il 33-36% vs il 24% dello studio di Falcone. Nella curva dello studio Ellenico della TTP con FOLFOXIRI non si nota quell'effetto positivo nei primi 6 mesi, che invece è molto marcato nello studio Italiano e che si mantiene nei mesi successivi (Fig. 4)

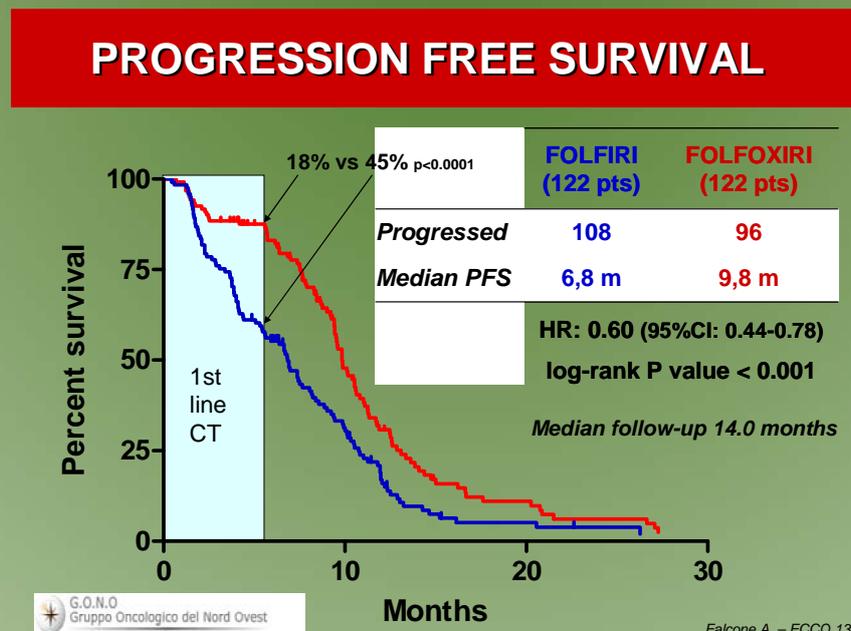


Figura 4 - Progression free survival in Falcone *et al.*

- Grothey *et al.* hanno riportato in un recente studio (3) che la sopravvivenza migliore si ottiene in pazienti che nel corso del trattamento globale hanno ricevuto i tre farmaci attivi sul cancro del colon-retto (5-FU, Oxaliplatino e CPT-11). In generale, il 40-50% dei pazienti non riceve una seconda linea per motivi legati alla progressione o per altri fattori clinici. Anche se nell'analisi di Grothey il vantaggio sembra essere dipendente dalla somministrazione nel corso della malattia metastatica dei tre farmaci attivi, più che dalla percentuale dei pazienti sottoposti una seconda linea; è tuttavia innegabile che il numero delle linee di trattamento possano determinare la maggiore o minore percentuale di ricevere il totale dei tre farmaci più attivi. Il vantaggio ottenuto da Falcone in OS potrebbe essere dovuto proprio a questo concetto, infatti nel FOLFOXIRI il 100% dei pazienti riceve tutti e tre i farmaci attivi in prima linea rispetto al braccio FOLFIRI, ove solo il 67% riceve FOLFOX in seconda linea (Tab. 1).

SCHEDULE DI SECONDA LINEA	FOLFIRI	FOLFOXIRI
FOLFOX	67%	12%
FOLFIRI	4%	22%
FOLFOXIRI	0	14%
MMC	0	14%
Cetuximab	1%	2%
Altro	1%	14%

**Tabella 1 - Schedule di seconda linea**

Quindi, anche se la percentuale globale di terapie somministrate in seconda linea è pressoché identica: 73% FOLFIRI e 76% FOLFOXIRI, un 33% dei pazienti nel FOLFIRI non ha ricevuto Oxaliplatino. Inoltre nel braccio a tre farmaci sembra di percepire una maggiore aggressività nel somministrare la terapia di seconda linea rispetto al braccio con FOLFIRI (Tab. 1), un 30% di pazienti riceve ulteriori trattamenti (MMC, Cetuximab ed altro) oltre ai tre farmaci attivi (5-FU, Oxaliplatino, CPT-11).

Esiste un ulteriore vantaggio se i pazienti ricevono più di tre farmaci? Chi riceve più farmaci, trae il beneficio dal trattamento o sono le caratteristiche di storia naturale ed i fattori biologici che permettono di ricevere e somministrare più linee?

Nello studio è riportato un vantaggio nel braccio con FOLFOXIRI in termini di pazienti sottoposti a resezione chirurgica delle metastasi (6 vs 15%). Questo tipo di analisi, non programmata comporta bias legati alla casistica e dipendenti dalla scelta ed opportunità dei centri o dei clinici che partecipano allo studio. Il dato deve essere riportato e valutato come un'osservazione per i futuri studi *ad hoc*. Nel braccio FOLFIRI (ECCO 2006) è inoltre riportato che un 8% di pazienti hanno ricevuto una chirurgia solo esplorativa, che potrebbe incidere negativamente sulla OS per vari motivi tra cui il peggioramento delle condizioni generali, il ritardo nel ricevere la chemioterapia successiva, le complicanze, ecc. (Tab. 2).

## POST-CT SURGICAL RESECTIONS

	FOLFIRI (122 pts)	FOLFOXIRI (122 pts)
<b>R0</b>	6%* (7 pts)	14%* (17 pts)
<b>R1</b>	1%	2%
<b>Explorative</b>	8%	1%

\* P=0.05

**Tabella 2 - Resezioni chirurgiche post-CT**

- ✓ Tuttavia questi dati sulla reseccabilità generano altre ipotesi. La migliore OS nel braccio FOLFOXIRI potrebbe anche essere dovuta al fatto che nello studio, involontariamente, è stata applicata la sequenza CT (FOLFOXIRI) → chirurgia delle metastasi → CT di seconda linea, anche se solo in 18 pazienti su 122 questo potrebbe aver influenzato la OS.

- ✓ Il vantaggio potrebbe essere legato proprio al fatto che la maggior percentuale di pazienti operati per metastasi singole apparteneva al braccio con FOLFOXIRI. Negli studi ove alla CT faceva seguito la chirurgia delle metastasi, la OS mediana era intorno ai 38.9 mesi utilizzando il FOLFOX per i pazienti resecati e di 19.3 mesi considerando tutti i pazienti arruolati. Nuzzo *et al.* hanno riportato, in una casistica di 102 pazienti con metastasi epatiche da cancro del colon-retto (4), una OS di 46 mesi nei pazienti operabili alla diagnosi e di 47 mesi nei pazienti non-operabili alla diagnosi e sottoposti a CT con FOLFIRI neoadiuvante. Pozzo *et al.* hanno osservato, in pazienti con cancro del colon-retto inizialmente non resecabili al fegato e trattati con FOLFIRI (5), una OS mediana di 30.1 mesi. La OS nei non resecati era di 24 mesi, la OS mediana dei resecati invece non è stata ancora raggiunta. Questi dati sottolineano come la chirurgia delle metastasi anche in un sottogruppo possa influenzare la OS della casistica. Nel caso dello studio GONO la minor percentuale di chirurgia radicale nel braccio FOLFIRI può involontariamente aver peggiorato la OS.
- Nello studio FOLFIRI vs FOLFOX con cross-over (6) nel braccio con FOLFIRI in prima linea, il 74% dei pazienti riceveva in seconda linea FOLFOX ottenendo una OS di 21.5 mesi, mentre nella sequenza opposta il 62% riceveva FOLFIRI con una OS di 20.6 mesi. Questo studio ottiene la stessa OS del FOLFOXIRI con la sequenza (FOLFIRI→FOLFOX) e sottolinea come il braccio di controllo dello studio Falcone ottenga dati inferiori (16.7 mesi) rispetto allo studio francese (21.5 mesi). Una OS più bassa è riportata da Colucci *et al.* (7) nel braccio FOLFIRI (14 mesi). Tra i pazienti nel braccio con FOLFIRI dello studio GOIM, solo nel 61% riceveva FOLFOX. Una OS simile a quella ottenuta da Falcone è riportata da Douillard *et al.* (17 mesi) (8).
- Lo studio di Falcone *et al.* mette in seria crisi anche il concetto della sequenzialità dei trattamenti.  $A \rightarrow B \rightarrow C$  vs  $AB \rightarrow C$ . Questi concetti sono stati analizzati negli studi FOCUS e CAIRO (9-10) nell'ipotesi che una terapia sequenziale sia in grado di ridurre la tossicità ed aumentare la compliance dei pazienti, non inficiando i risultati di outcome, in particolare l'OS. Nel FOCUS, il braccio A (5-FU alla PD seguito dal CPT-11) con un'OS di 13.9 mesi non risulta statisticamente inferiore alla sequenza di 5-FU alla PD → 5-FU+CPT-11 vs Oxaliplatino o alla combinazione a due farmaci (5-FU+OXA or CPT-11) (14.8 - 16.3 mesi). Nel CAIRO (Xeloda → IRI → CAPOX vs CAPIRI → CAPOX) si ottiene una OS di 16.3 vs 17.7 mesi, rispettivamente. In questo studio, le conclusioni sono per un identico outcome tra le due strategie con un vantaggio in termini di compliance e tossicità a favore della terapia sequenziale. I risultati in termini di OS sono nettamente inferiori allo studio di Falcone. Quale opzione scegliere e quali parametri decisionali utilizzare per decidere se utilizzare in prima linea in un trattamento palliativo FOLFOXIRI o una strategia sequenziale ( $A \rightarrow B \rightarrow C$  or  $AB \rightarrow C$ )?

- Altro quesito da discutere è la terapia “STOP and GO”. Sono stati presentati recentemente dal GISCAD e GERCOD (11-12) i dati di due studi con simile strategia che hanno ottenuto risultati globali sovrapponibili. Il FOLFOXIRI può essere la migliore schedule per questa filosofia? Utilizzando FOLFOXIRI nella strategia “STOP and GO” si potrebbero ottenere migliori risultati rispetto al FOLFOX? Il FOLFOXIRI somministrato per due cicli, come descritto nello studio “STOP and GO”, potrebbe risultare meno tossico rispetto allo studio GONO, e migliore l’outcome dei risultati ottenuti dal GERCOD con il FOLFOX? Infine il bevacizumab e il cetuximab possono integrarsi e migliorare risultati del FOLFOXIRI?

Lo studio di Falcone *et al.* ci fornisce ottimi risultati e molte informazioni, ma aggiunge altri quesiti e nuovi dubbi che richiederanno ulteriori trial.

I pazienti, tuttavia, nonostante dubbi ed incertezze, hanno tratto in pochi anni un grande beneficio in termini di OS (oltre i 25 mesi di OS mediana). Questo non può che incoraggiare i ricercatori a proseguire sulla strada iniziata. Il rapporto tra QoL e risultati, governato da un’intelligente valutazione dei costi rimane una triade inscindibile a cui mirare nel trattamento palliativo del carcinoma del colon-retto avanzato.

**Il Professor Francesco Di Costanzo** è Direttore dell’Oncologia Medica dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze

**TOP**

**Riferimenti bibliografici e articoli consigliati per approfondimento**

1. Souglakos J, Mavroudis D, Kakolyris S, *et al*: Triplet combination with irinotecan plus oxaliplatin plus continuous-infusion fluorouracil and leucovorin as first-line treatment in metastatic colorectal cancer: A multicenter phase II trial. **J Clin Oncol 20:2651-2657, 2002** ([ritorna al testo](#))
2. Souglakos J, Androulakis N, Syrigos K, *et al*: FOLFOXIRI (folinic acid, 5-fluorouracil, oxaliplatin and irinotecan) vs FOLFIRI (folinic acid, 5-fluorouracil and irinotecan) as first-line treatment in metastatic colorectal cancer (MCC): a multicentre randomised phase III trial from the Hellenic Oncology Research Group (HORG). **Br J Cancer 94:798-805, 2006** ([ritorna al testo](#))
3. Grothey A, Sargent D, Goldberg RM, *et al*: Survival of patients with advanced colorectal cancer improves with the availability of fluorouracil-leucovorin, irinotecan, and oxaliplatin in the course of treatment. **J Clin Oncol 22:1209-1214, 2004** ([ritorna al testo](#))
4. Nuzzo G, Giuliante F, Ardito F, *et al*: Liver resection for primarily unresectable colorectal metastases downsized by chemotherapy. **J Gastrointest Surg. Mar;11(3):318-324, 2007** ([ritorna al testo](#))
5. Pozzo C, Basso M, Cassano A, *et al*: Neoadjuvant treatment of unresectable liver disease with irinotecan and 5-fluorouracil plus folinic acid in colorectal cancer patients. **Ann Oncol 15:933-939, 2004** ([ritorna al testo](#))
6. Tournigand C, Andre T, Achille E, *et al*: FOLFIRI followed by FOLFOX6 or the reverse sequence in advanced colorectal cancer: A randomized GERCOR study. **J Clin Oncol 22:229-237, 2004** ([ritorna al testo](#))
7. Colucci G, Gebbia V, Paoletti G, *et al*: Phase III randomized trial of FOLFIRI versus FOLFOX4 in the treatment of advanced colorectal cancer: A multicenter study of the Gruppo Oncologico Dell'Italia Meridionale. **J Clin Oncol 23:4866-4875, 2005** ([ritorna al testo](#))
8. Douillard Y, Cunningham D, Roth AD, *et al*. Irinotecan combined with fluorouracil compared with fluorouracil alone as first-line treatment for metastatic colorectal cancer: a multicentre randomised trial. **Lancet 335:1041-7, 2000** ([ritorna al testo](#))
9. Seymour MT: Fluorouracil, Oxaliplatin and CPT-11 (irinotecan), Use and Sequencing (MRC FOCUS): A 2135-patient randomized trial in advanced colorectal cancer (ACRC). **J Clin Oncol 23:16S (suppl; abstr 3518), 2005** ([ritorna al testo](#))
10. Koopman M, Antonini NF, Douma J *et al*: Sequential versus combination chemotherapy with capecitabine, irinotecan, and oxaliplatin in advanced colorectal cancer (CAIRO): a phase III randomised controlled trial **Lancet 14;370(9582):135-42, 2007**([ritorna al testo](#))
11. Labianca R, Floriani I, Cortesi E, *et al*: Alternating versus continuous "FOLFIRI" in advanced colorectal cancer (ACC): A randomized "GISCAD" trial. **J Clin Oncol 24:18S (suppl; abstr 3505), 2006** ([ritorna al testo](#))
12. Maindrault-Goebel F, Lledo G, Chibaudel B, *et al*.: Final results of OPTIMOX2, a large randomized phase II study of maintenance therapy or chemotherapy-free intervals (CFI) after FOLFOX in patients with metastatic colorectal cancer (MRC): A GERCOR study. **J Clin Oncol 26:18S (suppl abstract ASCO), 2007** ([ritorna al testo](#))

## APPUNTAMENTI

### IX CONGRESSO NAZIONALE DI ONCOLOGIA MEDICA

Palermo, 12-15 ottobre 2007 - Fiera del Mediterraneo

*Segreteria Organizzativa:*

AIM Congressi srl

Via A. Ristori, 38 00197 Roma

Tel. 06 809.681, Fax 06 2332.5630

E-mail: [aiom2007@aimgroup.it](mailto:aiom2007@aimgroup.it)

Per scaricare il programma consulta il sito web: [www.medinews.it](http://www.medinews.it)

**TOP**

### X INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON PLATINUM COORDINATION COMPOUNDS IN CANCER CHEMOTHERAPY

Verona, 30 novembre-3 dicembre 2007 - Palazzo della Gran Guardia, Piazza Brà

*Organizzazione:* Department of Oncology Mater Salutaris Hospital Legnago

Department of Medicine and Public Health, Section of Pharmacology University of Verona

*in collaborazione con:* Sandoz, South Europe New Drug Organization

Segreteria Scientifica: [infotiscali@ispcc2007.org](mailto:infotiscali@ispcc2007.org)

Per scaricare il programma consulta il sito web: [www.ispcc2007.org](http://www.ispcc2007.org)

**TOP**

### 1° CONVEGNO NAZIONALE MULTIDISCIPLINARE DI MEDICINA

**Convegno di Oncologia:** "Prevenzione, Diagnosi, Stadiazione, Terapia e Supporto Psicologico al malato e ai parenti per tumori del Colon Rettale, Polmoni e Mammella"

Evento patrocinato AIOM - Presidente: Prof. Edmondo Terzoli

Roma, 17-20 gennaio 2008 - Nuova Fiera di Roma, Angelo Vescovali, Entrata Nord

*Organizzazione:* eXit-Us s.r.l.

Via IV Novembre, 15 - 31100 Treviso

Tel. +39 (0) 422.36.26.77, Fax +39 (0) 422.59.00.45

E-mail: [info@akesios.it](mailto:info@akesios.it)

**TOP**