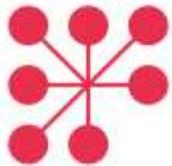


Ergebnisse Projektgruppe gastrointestinale Tumoren Berlin

S. Daum



Tumorzentrum Berlin e.V.
Dachverband der Berliner Tumorzentren

Med. Klinik I
Charité - Campus Benjamin Franklin

Prinzipielles...

- 1.** - strategische Überlegungen
- 2.** - epidemiologische Daten
- 3.** - Therapiedaten
- 4.** - Qualitätsdaten/ Trends

1.

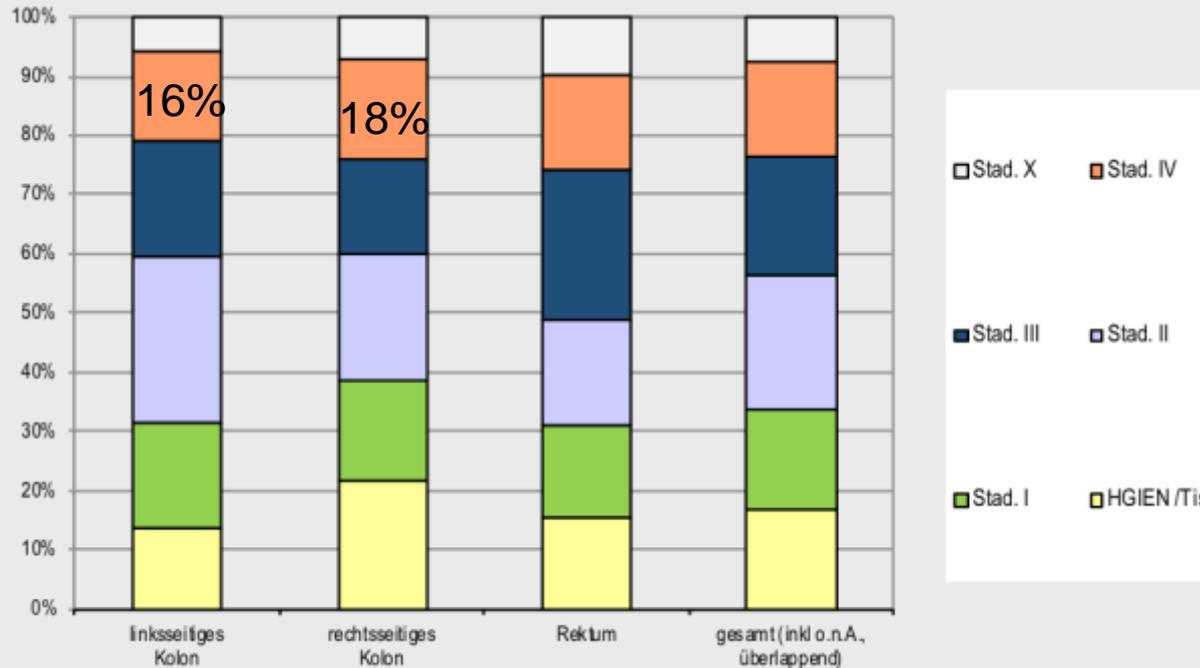
strategische Überlegungen

Zahlen Therapie aus anderen Bundesländern

v.a. Verlauf:

z.B. Zunahme frühere Stadien von Tumoren: Hinweis auf intensivere Vorsorge

Epidemiologische Daten: Stadien in Abhängigkeit der Lokalisation

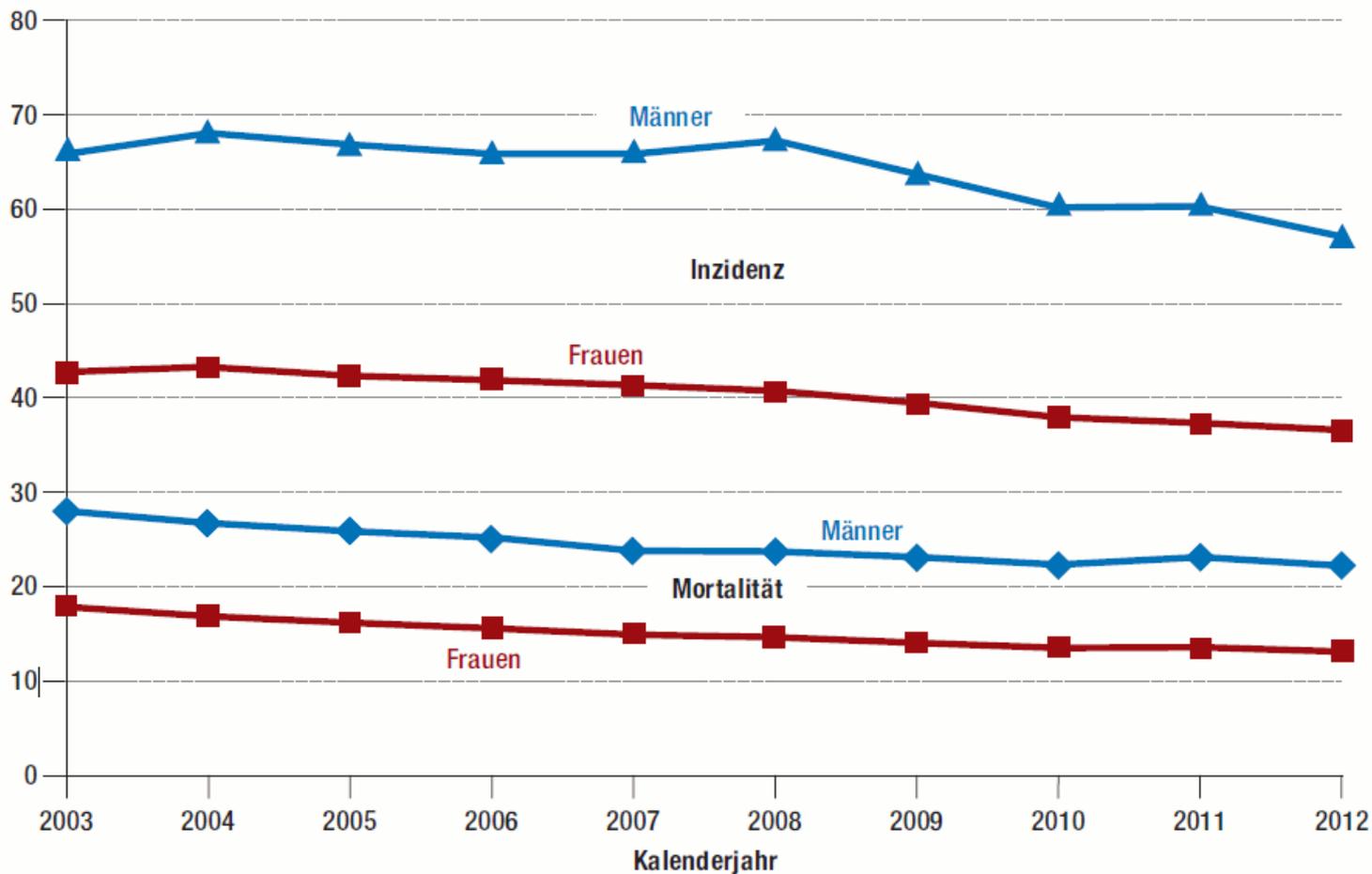


Rechtsseitige Tumore häufiger mit BRAF/ RAS-Mutationen, häufiger fortgeschritten.

Altersstandardisierte
Darmkrebsinzidenz
und -mortalität
in Deutschland im
Zeitraum 2003–2012
(Standard: Europa-
Bevölkerung)

GRAFIK 1

Altersstandardisierte Rate



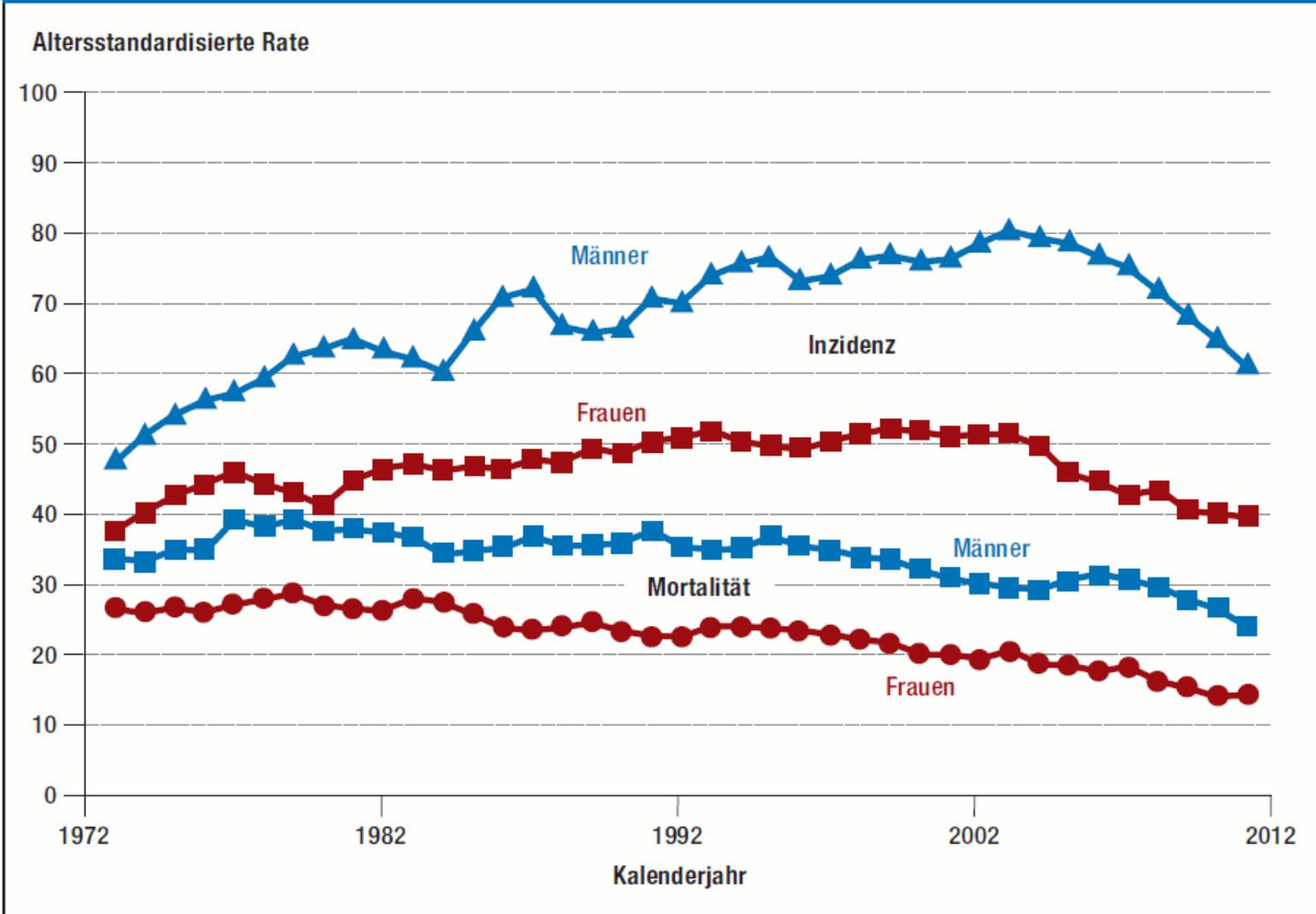
Brenner, Hermann; Schrotz-King, Petra; Holleczer, Bernd; Katalinic, Alexander; Hoffmeister, Michael

Rückgang der Inzidenz und Mortalität von Darmkrebs in Deutschland

Dtsch Arztebl Int 2016; 113(7): 101-6; DOI: 10.3238/arztebl.2016.0101

GRAFIK 2

Altersstandardisierte
Darmkrebsinzidenz
und -mortalität
im Saarland im
Zeitraum 1972–2012
(Standard: Europa-
Bevölkerung)



Brenner, Hermann; Schrotz-King, Petra; Holleczeck, Bernd; Katalinic, Alexander; Hoffmeister, Michael

Rückgang der Inzidenz und Mortalität von Darmkrebs in Deutschland

Dtsch Arztebl Int 2016; 113(7): 101-6; DOI: 10.3238/arztebl.2016.0101

TABELLE

Altersspezifische Veränderungen des kumulativen Erkrankungs- und Sterberisikos für Darmkrebs zwischen 2003 und 2012 bei Männern und Frauen in Deutschland

Geschlecht	Alter (Jahre)	kumulatives Erkrankungsrisiko (%)		Veränderung (%)	kumulatives Sterberisiko (%)		Veränderung (%)
		2003	2012		2003	2012	
Männer	< 55	0,55	0,53	-3	0,17	0,14	-18
	55-64	1,57	1,30	-17	0,52	0,40	-23
	65-74	2,39	1,95	-19	1,31	0,94	-28
	75-84	3,25	2,61	-20	2,70	2,12	-24
	0-84	7,76	6,39	-18	4,64	3,57	-23
Frauen	< 55	0,45	0,51	+14	0,13	0,10	-23
	55-64	0,99	0,75	-24	0,28	0,21	-25
	65-74	1,40	1,03	-26	0,71	0,50	-30
	75-84	1,82	1,44	-21	1,83	1,30	-29
	0-84	4,66	3,73	-20	2,94	2,10	-29

Brenner, Hermann; Schrotz-King, Petra; Holleczeck, Bernd; Katalinic, Alexander; Hoffmeister, Michael

Rückgang der Inzidenz und Mortalität von Darmkrebs in Deutschland

Dtsch Arztebl Int 2016; 113(7): 101-6; DOI: 10.3238/arztebl.2016.0101

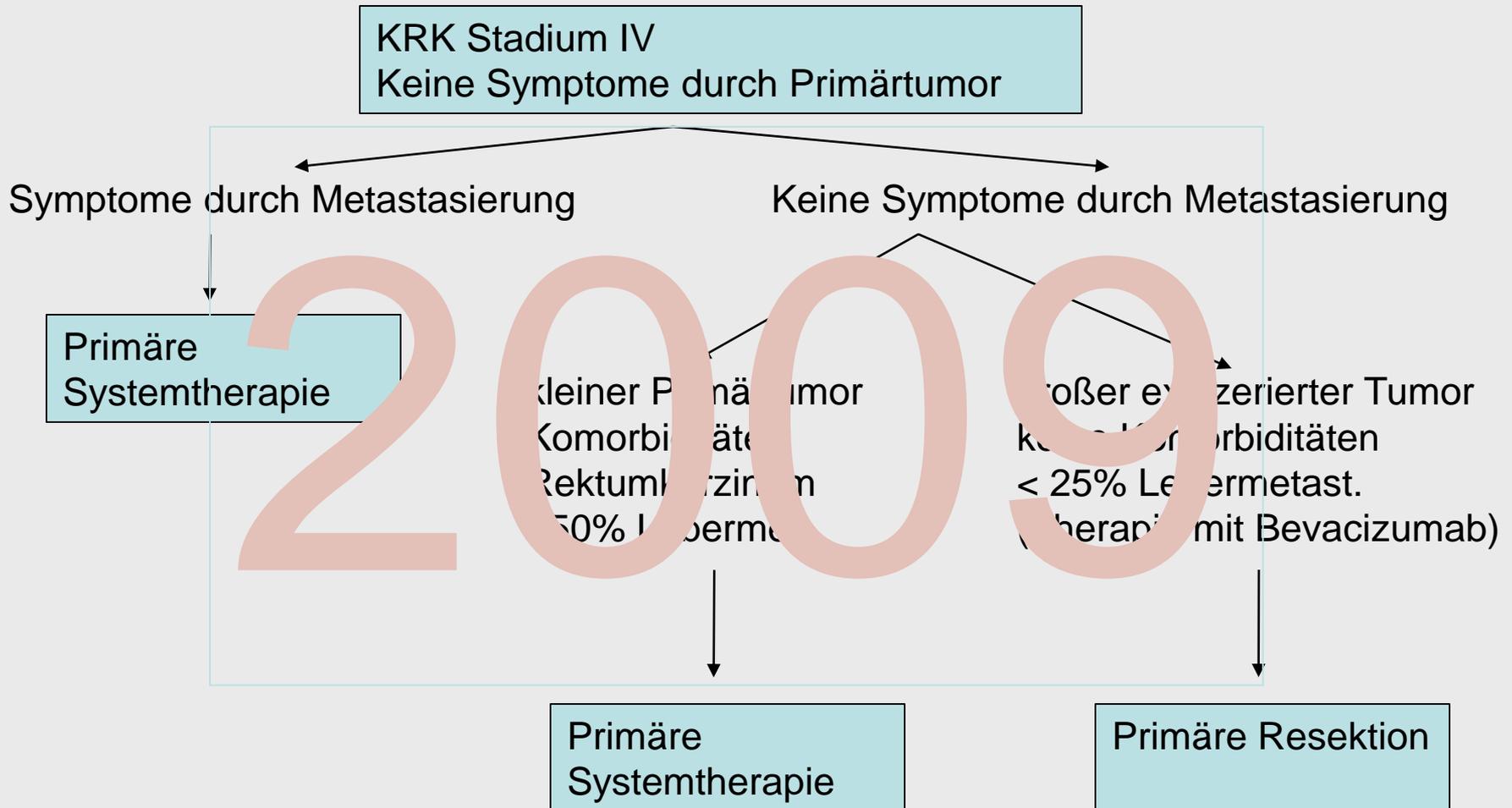
tw. Verlauf: Durchdringung
Standards, neuere Therapien

korrekte/ unnötige Therapien?

tw. Verlauf: Durchdringung
Standards, neuere Therapien

korrekte/ unnötige Therapien?

Algorithmus



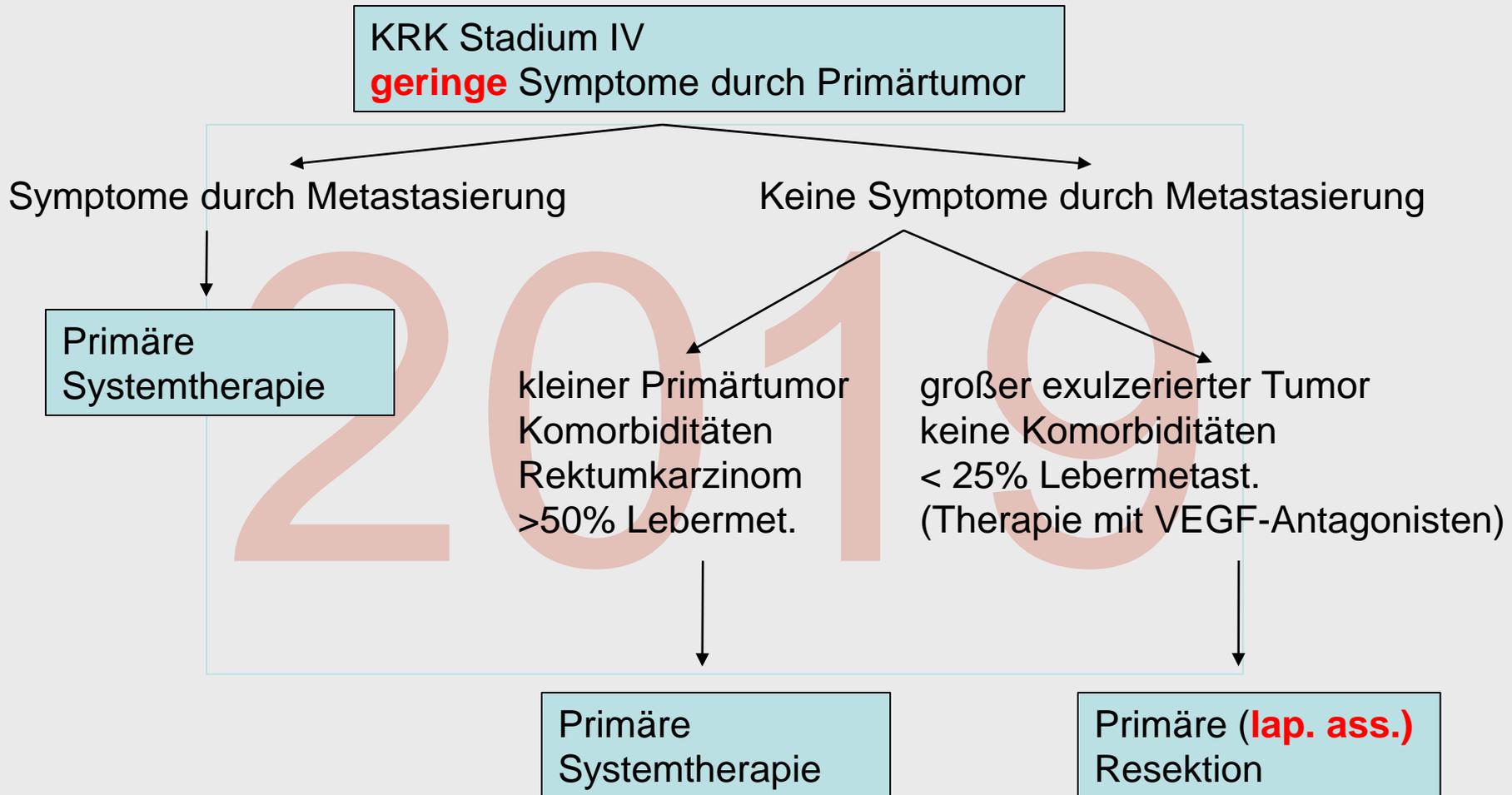
Laufende weitere prospektive Studien

- **NSABP Phase II Trail C-10 (US)**
 - Primärer Endpunkt: Komplikationen des Primärtumors

- **CAIRO 4 Trial Phase III (Holland)**
 - Primärer Endpunkt: OS
 - Sekundäre Endpunkte: PFS, Toxizität, chirurgische 30 Tage Morbidität und Mortalität, QoL, Kosten Nutzenanalyse, ect.

- **Synchronous Phase III BMBF-gefördert (Deutschland)**
 - Primärer Endpunkt: OS
 - Sekundäre Endpunkte: PFS, verabreichte Chemotherapie, chirurgische 30 Tage Morbidität und Mortalität, QoL.

Algorithmus



Vorpublikationen primär chirurgisch (palliativ) ***hohe operative Morbidität/ Mortalität!!***

	Morbidität (%)	Mortalität (%)
Scoggins 1999	30,3	4,6
Ruo 2002	20	1,6
Michel 2004	?	0
Konyalian 2006	14	6
Nash 2002 Rektum	15	1,3
Kleespies 2009 Kolon	19,9	5,1
Rektum	40,3	3,9

Scoggins CR et al. Annals Surg Oncol 1999 (n=66)

Ruo L et al. J Am Coll Surg 2002

Konyalian VR et al. Colorectal Dis 2006

Michel P et al. Gastroenterol Clin Biol 2004 (n=54)

Nash GM et al. Am Surg Oncol 2002 (n=75)

Kleespies et al. Int J Colorectal Dis 2009 (n=233)

relativ aktuelle Publikation

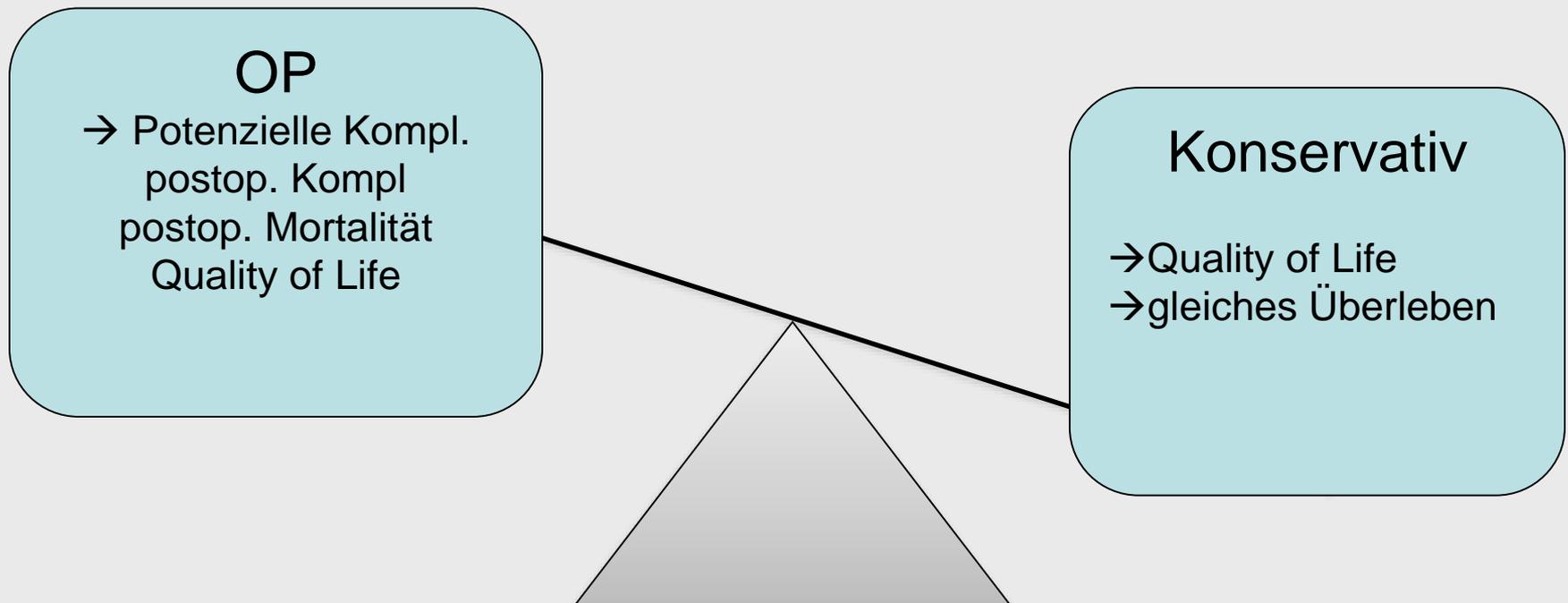
Patienten benötigen selten chirurgische Palliation ihres Primärtumors (Patienten 2000-2006)

n	233 (inkl. 78 Rektum)
Alter (a)	60
Bevacizumab first line	112 (48%)
Perforation (ass. Bevacizumab)	5 (2)
elektive Chirurgie im Verlauf	55 (23%)
chirurgische Palliation	16 (7%)
nicht-chirurgische Palliation	10 (4%)
Med. Überleben (m)	18

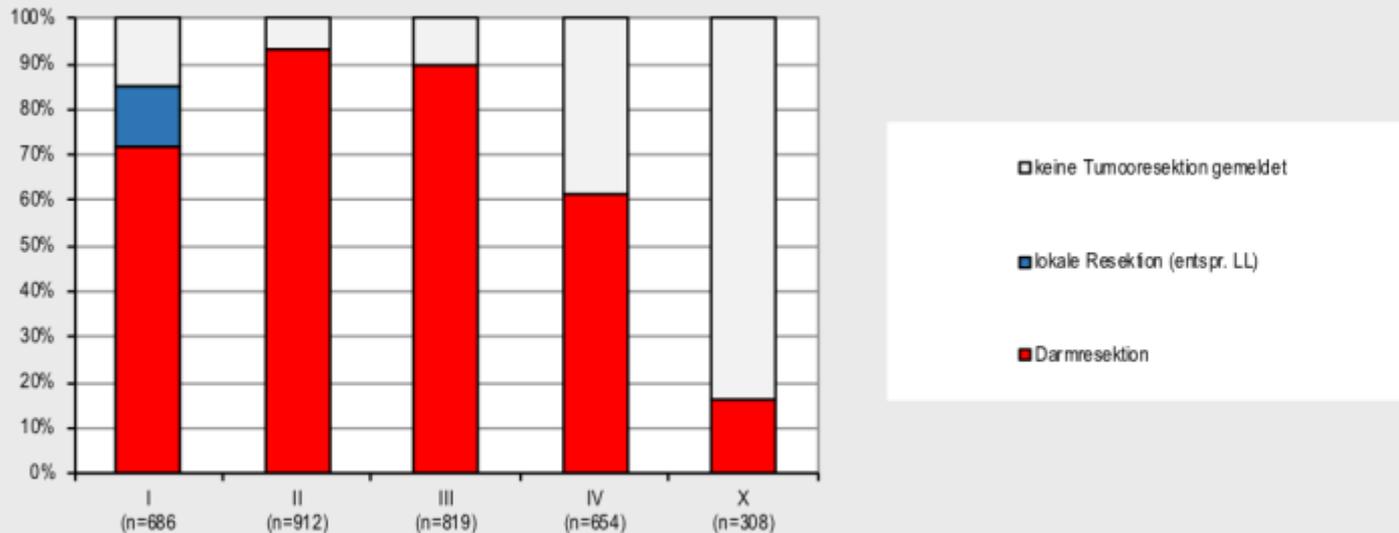
aber leider: retrospektiv, „single center“

Poultides GA et al. JCO 2009

Keine Indikation zur primären Resektion ohne vorliegende lokale Symptome!!



Therapiedaten: Resektion in Abhängigkeit des Stadiums



**Aktuell erfolgt in der Mehrheit der Fälle (>60%)
im Stadium IV eine Resektion.**

3.

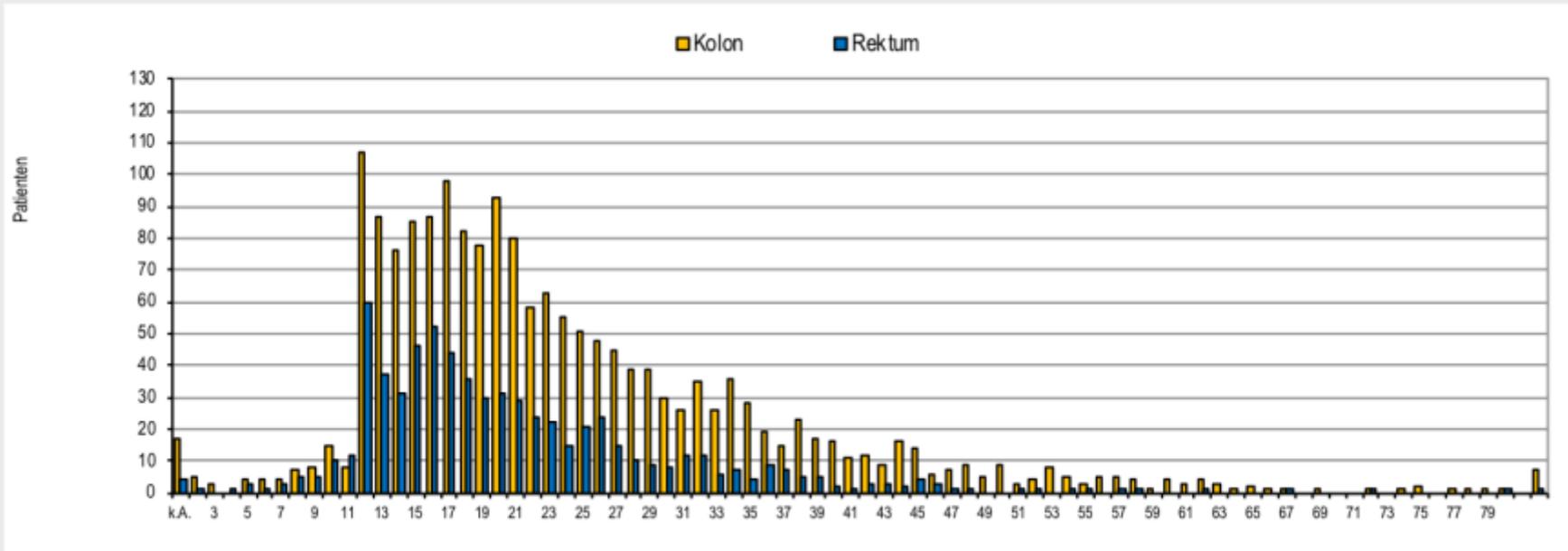
Anzahl der resezierten Lymphknoten korreliert mit Überleben Stadium II/ III

7.6.1.

12 und mehr Lymphknoten sollen entfernt und untersucht werden. (LL KRK 2017)

- um so mehr Lymphknoten disseziiert, um so besser.
- arbiträre Entscheidung für mind. 12/ Resektion.
- Qualitätsindikation für Darmkrebszentren

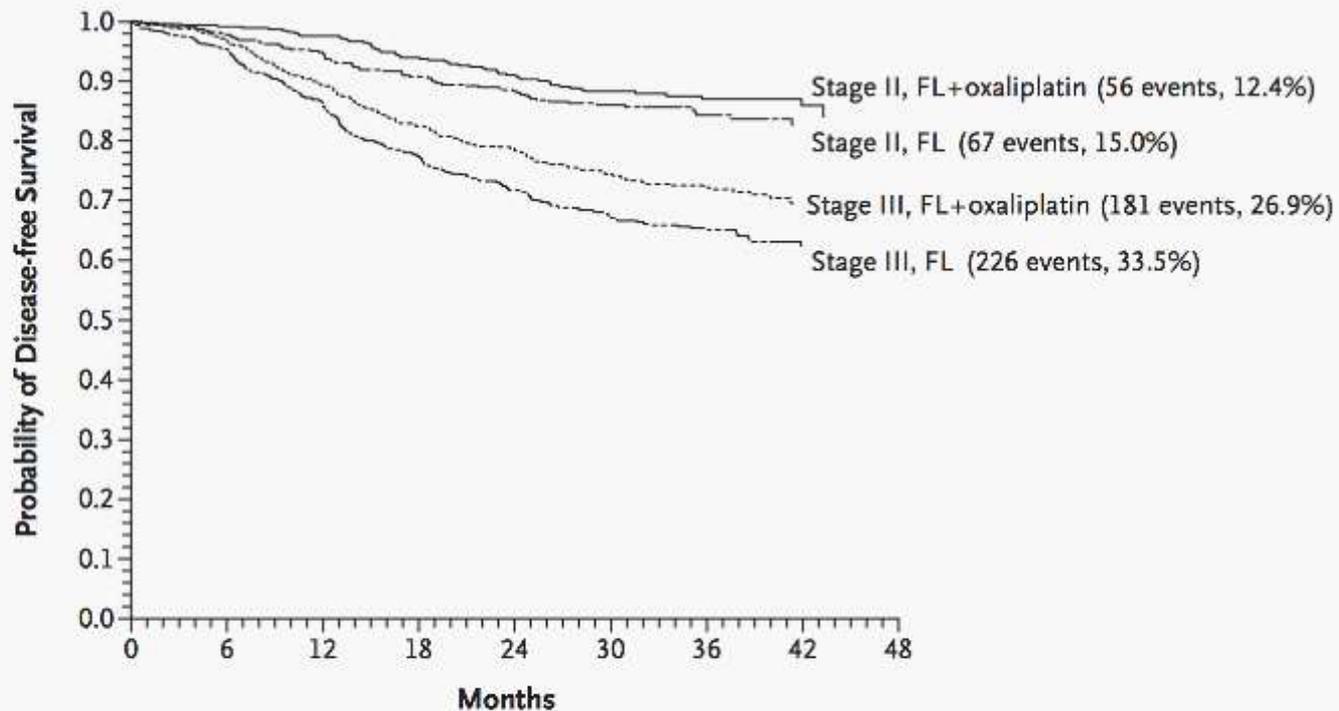
Therapiedaten: Anzahl der resezierten Lymphknoten



>90% der Fälle wird Mindestanzahl der resezierten LK erreicht.

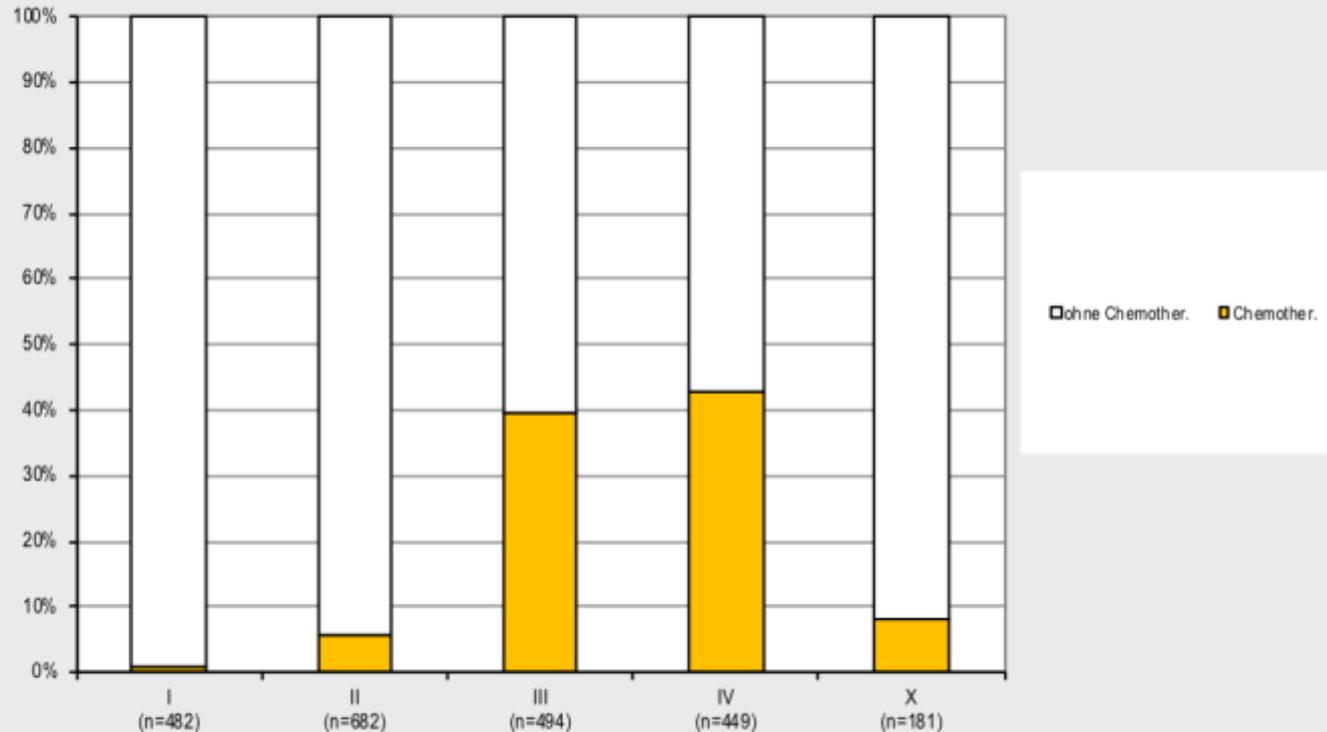
Für die adjuvante Chemotherapie des Kolonkarzinoms im **Stadium III** soll eine **Oxaliplatin-haltige** Therapie eingesetzt werden.

Bei Patienten **über 70** Jahre sollte eine **Oxaliplatin-haltige** Therapie **nicht** erfolgen.



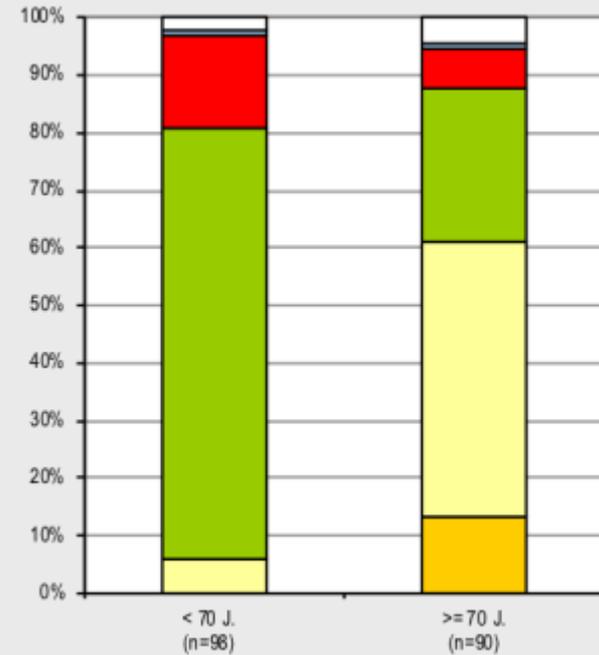
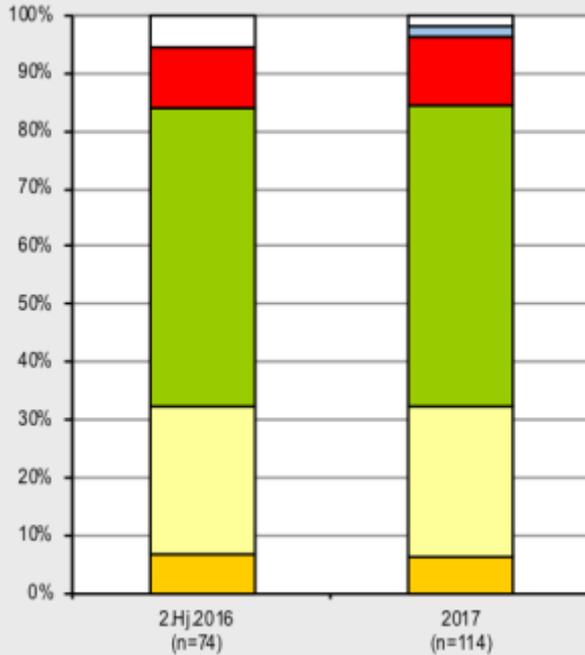
No. at Risk

Stage II, FL+oxaliplatin	451	445	435	417	387	295	170
Stage II, FL	448	435	418	400	369	274	162
Stage III, FL+oxaliplatin	672	641	588	542	501	368	225
Stage III, FL	675	631	563	503	448	345	194



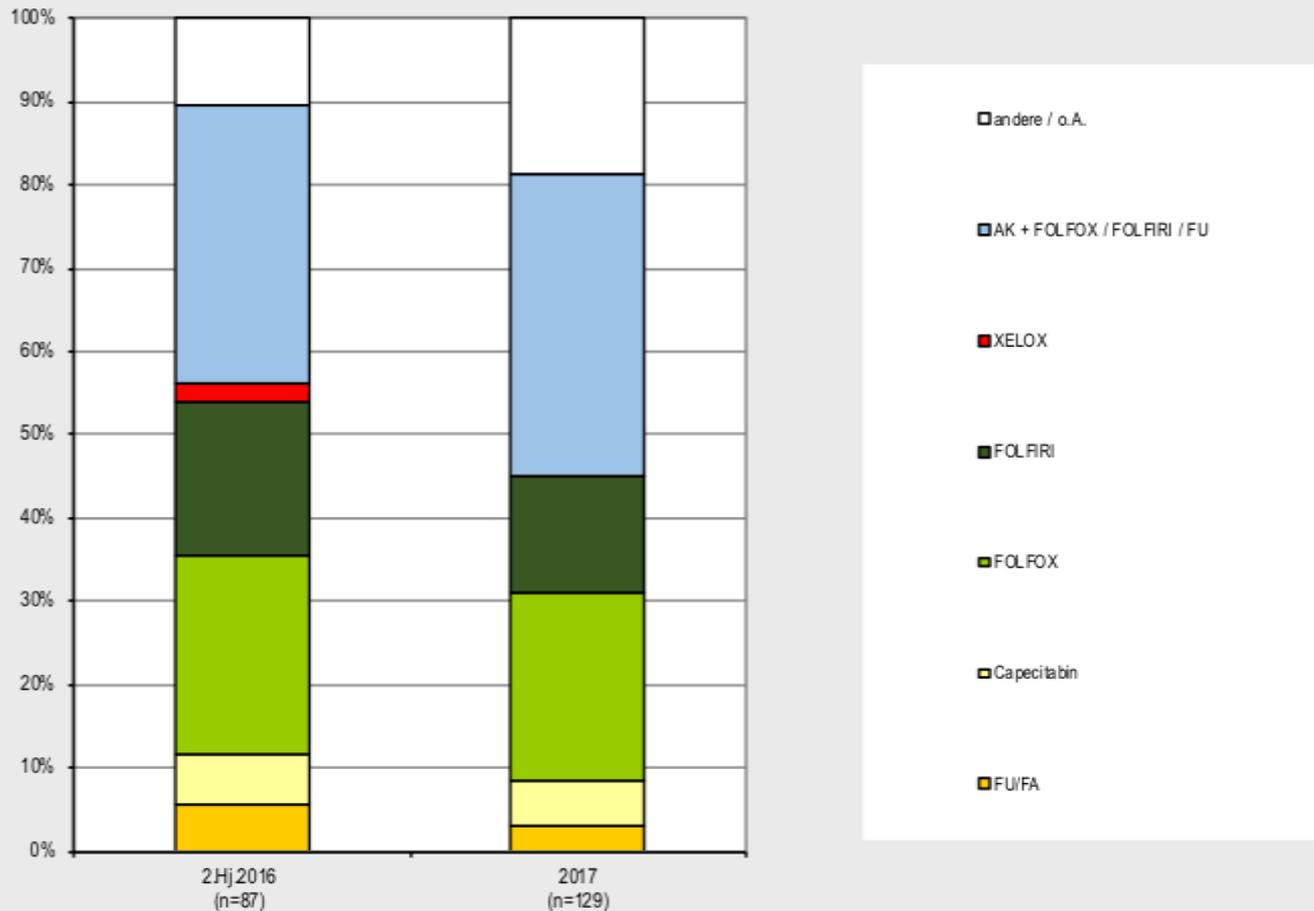
Mit 40% adjuvanter Therapie Stadium III schlechter Anteil erreicht.

3. Therapiedaten: Adjuvante Chemotherapie



Ältere Patienten erhalten dtl. seltener adjuvante Kombinationstherapie.

„Grundsätzlich sollen die Patienten im Laufe ihrer Erkrankung Zugang zu allen Therapiemodalitäten, ..., haben.“



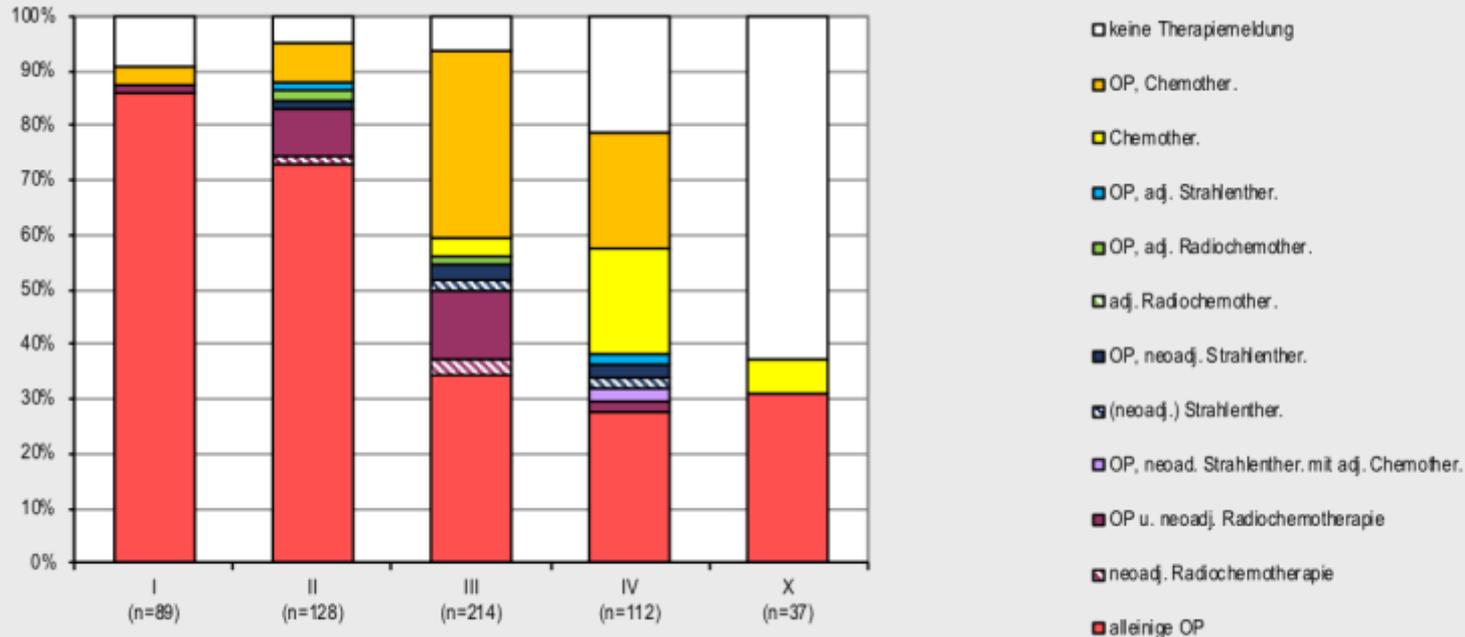
Therapiedaten: definitive Radiochemotherapie

7.5.3.6. Vorgehen bei komplettem Response nach neoadjuvanter Therapie

7.36.	Konsensbasierte Empfehlung	2013
GCP	<p>In den seltenen Fällen, in denen nach neoadjuvanter Radiochemotherapie klinisch, endoskopisch und durch bildgebende Verfahren (Endosonographie und MRT, alternativ evtl. auch CT) kein Tumor mehr nachweisbar ist, kann auf jegliche Operation verzichtet werden. Voraussetzung ist die gründliche Aufklärung über die noch unzureichende Validierung dieses Vorgehens und die Bereitschaft des Patienten, sich einer sehr engmaschigen mindestens 5-jährigen Nachsorge zu unterziehen.</p>	
	Konsens	



Therapiedaten: definitive Radiochemotherapie



**Sehr kleiner Teil ohne Resektion auch in jüngerem Alter?
Wie wird das Outcome?**

Vorgaben (z.B. Onkozert)

- operierte Lymphknoten
- Operationsqualität
- adjuvante Therapien
- Korrelation mit Standorten

Zusammenfassung

- **Sinnhaftigkeit korreliert mit Vollständigkeit der Daten**

-