

2. Qualitätskonferenz Prostatakarzinom Berlin/Brandenburg 22.09.2021

Diskussion der aktuellen Daten zum “high risk“ PCA

Stefan Hinz

Vivantes Klinikum Am Urban

- Die besten Register Daten zum PCA bisher in Berlin und Brandenburg bzw. national
- Unabhängig und objektiv
- Kein Vergleich zu unizentrischen Daten oder Pharma- finanzierten Datenbanken
Daten = neue Währung!
- Durch gesetzliche Verpflichtung hoffentlich auch bald noch vollständiger

- Welche Fragestellungen sollen von einer Onkologischen Datenbank beantwortet werden?
- 1. Darstellung der Behandlungsrealität
- 2. Überprüfung ob Veränderungen in der Therapie (Leitlinien) umgesetzt werden
- 3. Überprüfung der Behandlungsqualität: operative Therapie (R1 Raten, Überleben)
- 4. Mit suffizientem Follow-up: endlose Möglichkeiten

Beurteilung der Ergebnisse

unterschiedliche Therapien können direkt miteinander verglichen werden

Therapieoptimierung, direktes Ansprechen von Pat. Um auf weiterführende Therapie hinweisen könnten

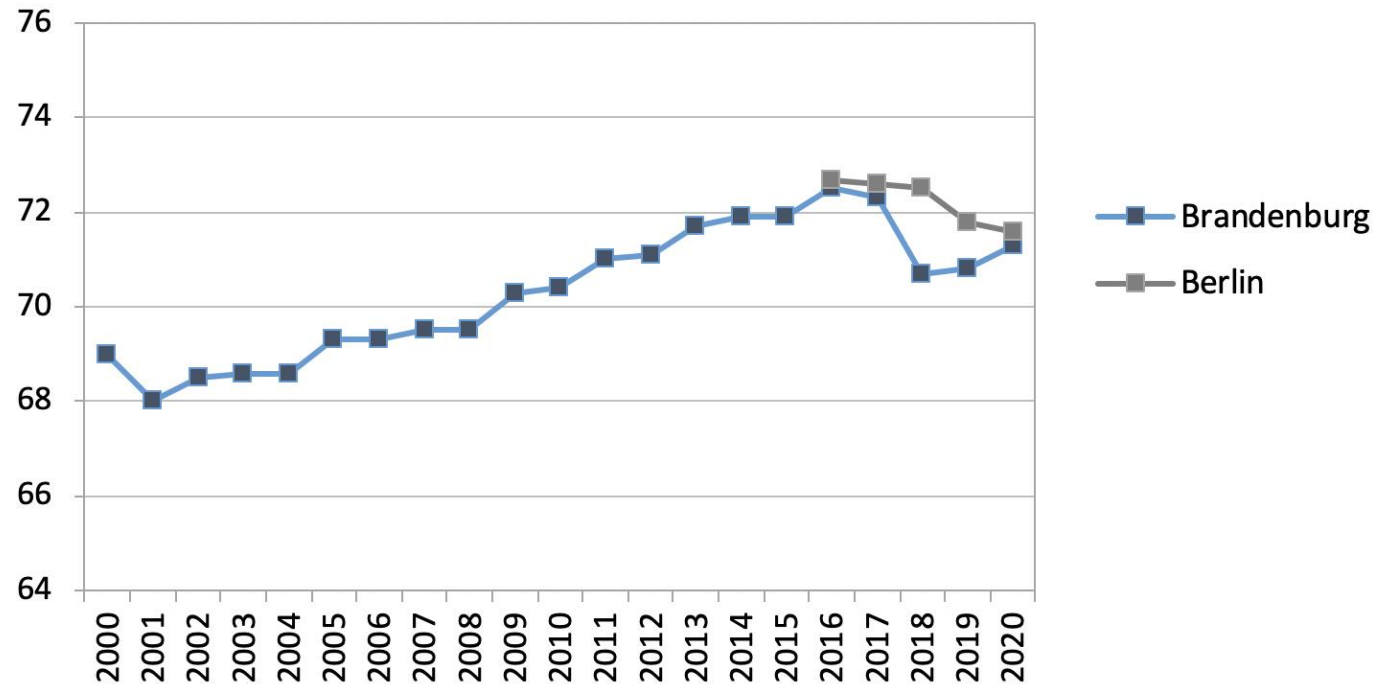


Abb. Mittleres Alter (Median) nach Diagnosejahr und Wohnort,
Brandenburg: Diagnosejahre 2000-2020, n=39.009,
Berlin: Diagnosejahre 2016-2020, n=9.350

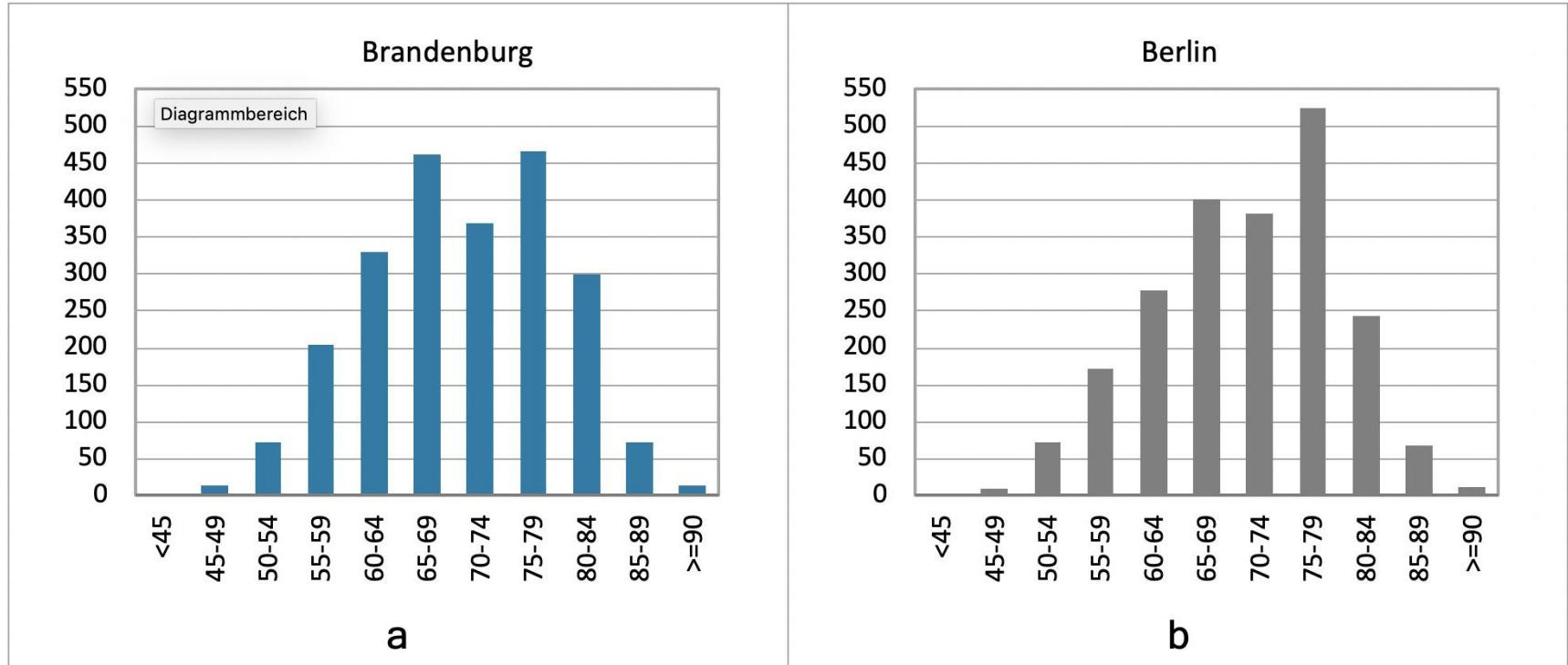


Abb. Absolute Anzahl der erfassten Neuerkrankungen in 5-Jahres-Altersgruppen, Diagnosejahr, 2019, Wohnort Brandenburg (a, n=2.305) Wohnort Berlin (b, n=2.167)

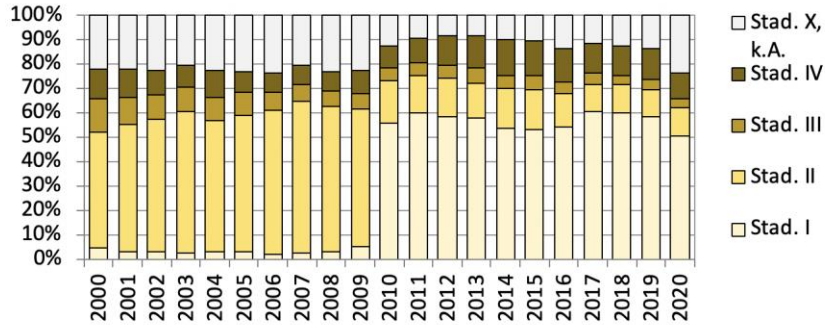
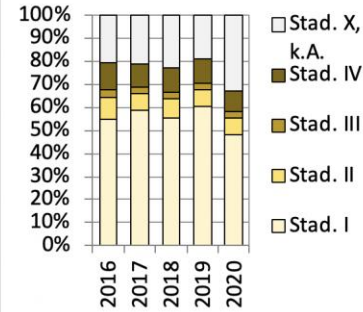


Abb. Klinisches UICC-Stadium, (a) Brandenburg



(b) Berlin

Keine Tendenz sowohl im High Risk als auch im low Risk Bereich

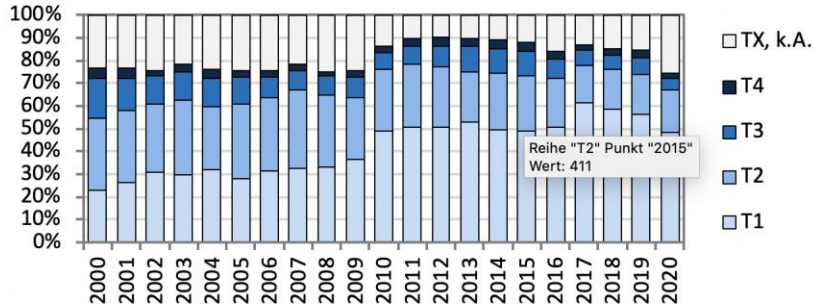
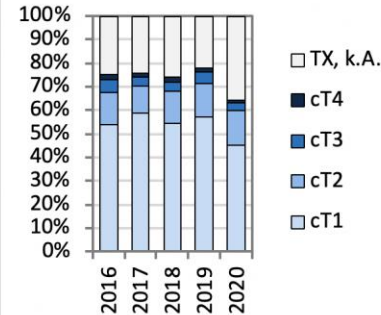


Abb. Klinische T-Kategorie,



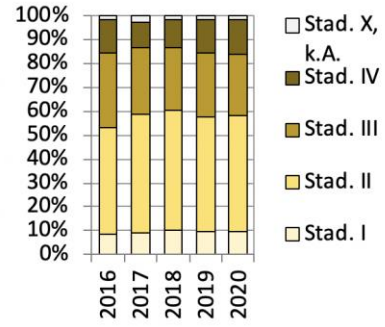
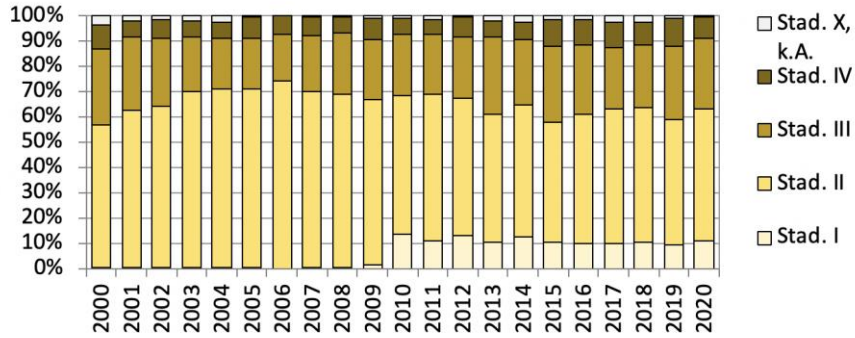


Abb. Pathologisches UICC-Stadium, (a) Brandenburg

(b) Berlin

Gleiches gilt für die pathologischen Stadien

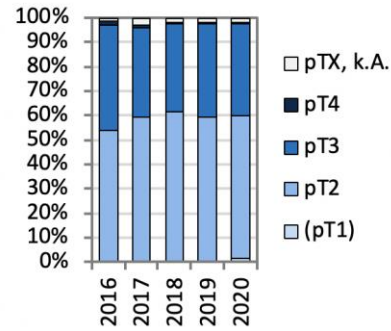
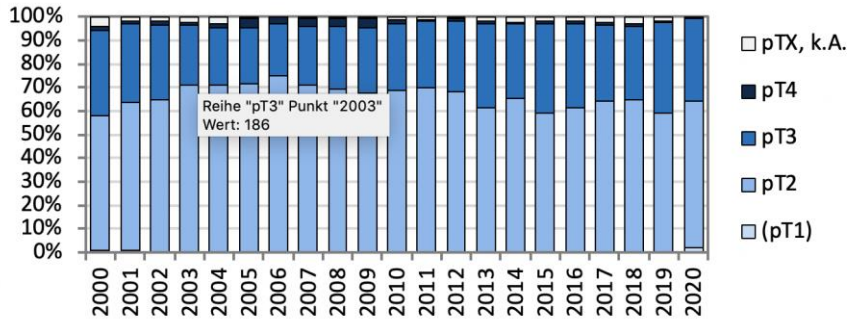


Abb. Pathologische T-Kategorie,

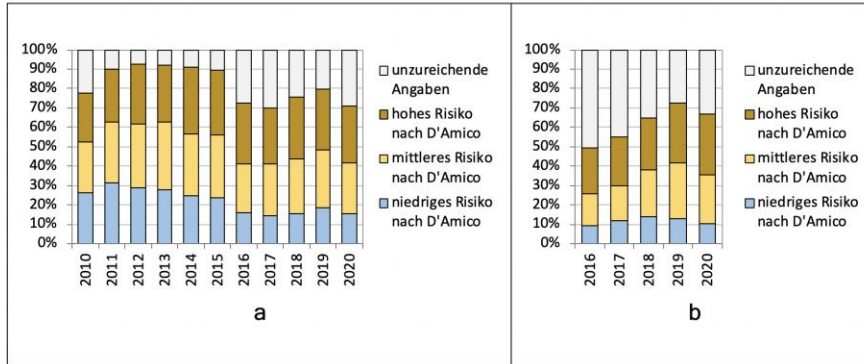


Abb. Einteilung nach D'Amico bei lokal begrenztem Prostatakarzinom nach Diagnosejahr und Wohnort,

a Brandenburg: Diagnosejahre 2010-2020, n=15.237,

b Berlin: Diagnosejahre 2016-2020, n=6.013

Kor4 = auch bei hohem Risiko müssen alle Werte vorhanden sein (für T, Gleason oder PSA) -> gleiche Voraussetzung für alle 3 Risikograde **UND strengeres diagnostisches PSA (unabhängig von Altmann prätherapeutisch)**

Hier können wir eher die Datenqualität beurteilen
Die offensichtlich in Berlin kontinuierlich besser wird aber immer noch deutlich schlechter ist als Brandenburg

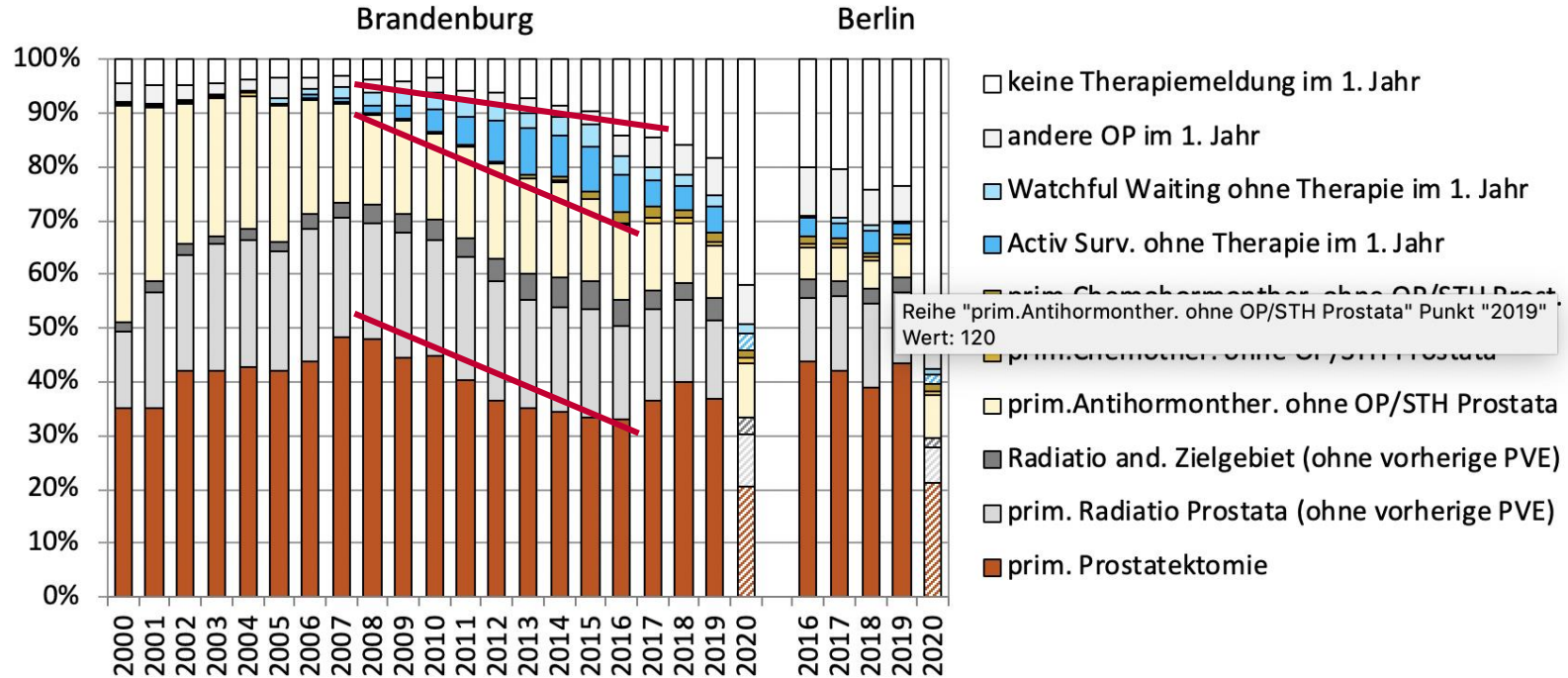
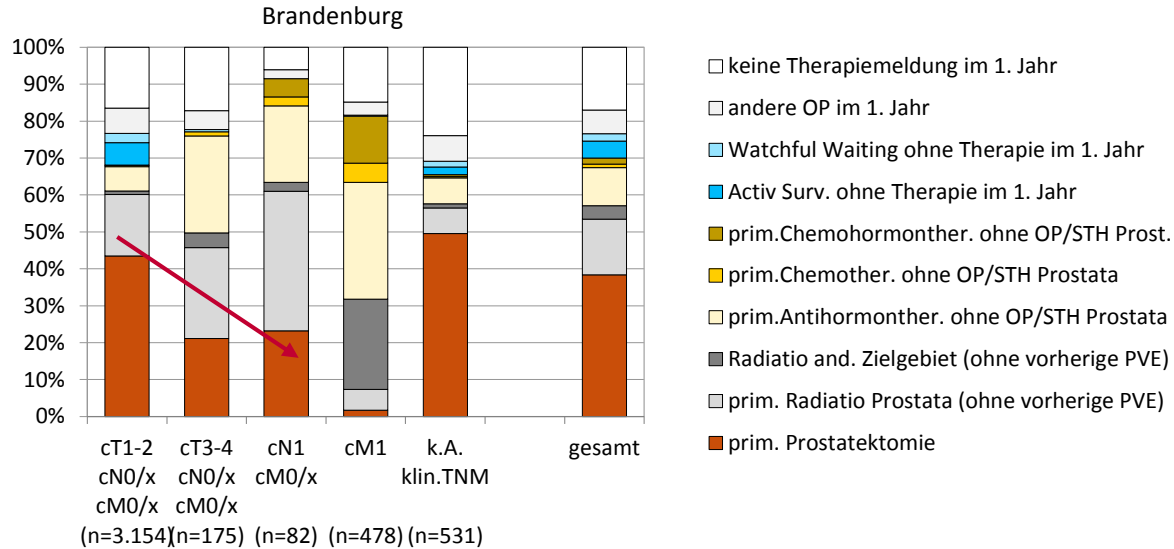


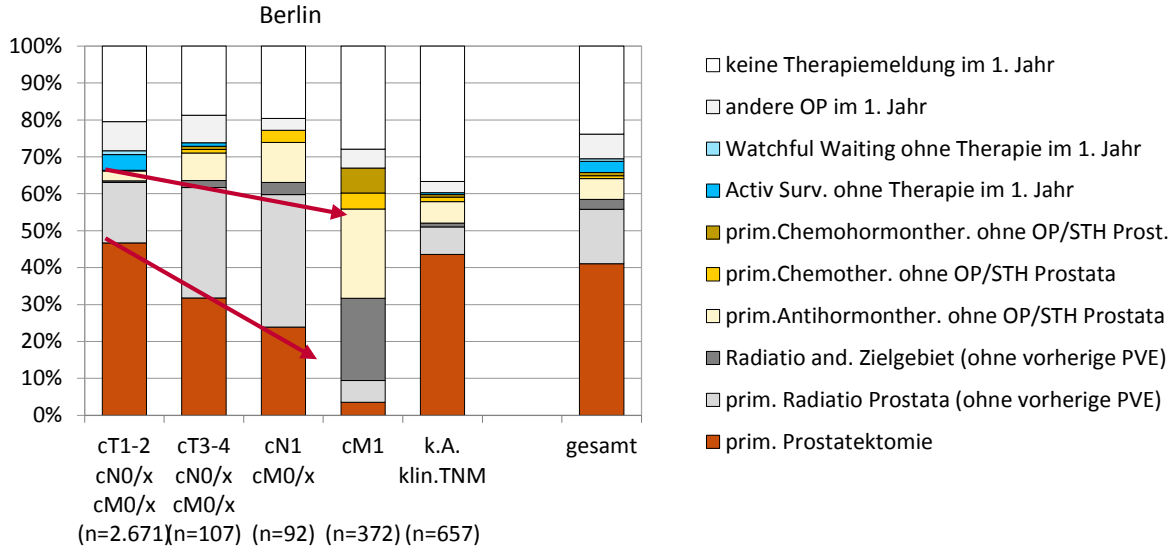
Abb.42 erste Therapie innerhalb der ersten 12 Monate, nach Diagnosejahr und Wohnort
 Bei der Wahl der Primärtherapie fallen keine Trends in den letzten 3-4 Jahren auf
 Ein vermehrter Einsatz der AS und WW ist in den Jahren 2008-2017 klar zu
 verzeichnen aber mit aktueller Stagnation

Therapie innerhalb der ersten 12 Mo nach Diagnose



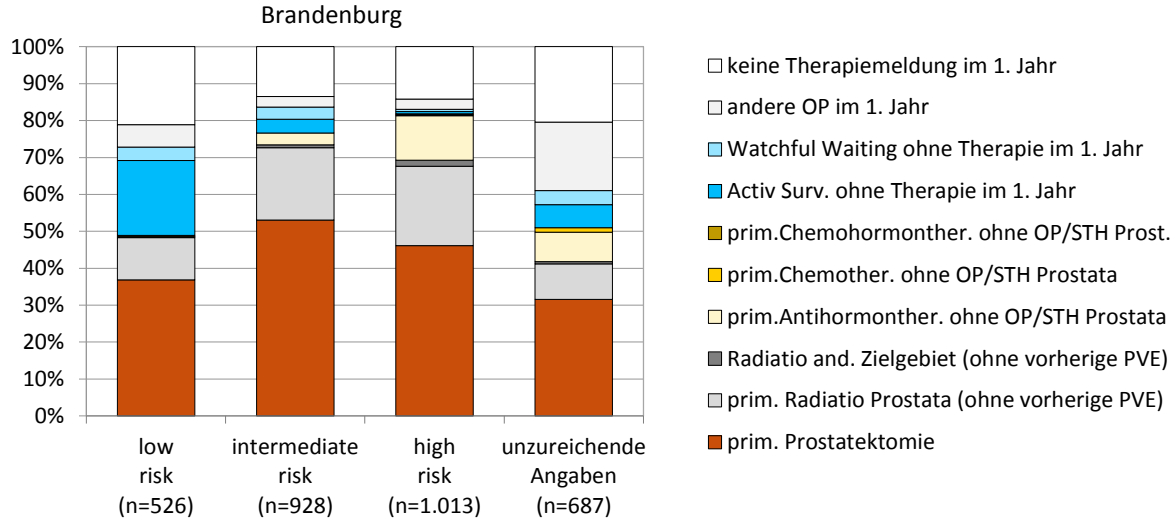
bezogen auf klin. Einteilung der Prostatakarzinome (alleinige pathologische Diagnosemeldung ausgeschlossen), Wohnort Land Brandenburg, Diagnosejahre 2018-2019, n=4.420

Therapie innerhalb der ersten 12 Mo nach Diagnose



Eher anders als gedacht,
Denn tendentiell profitieren ja gerade die high risk Tumore von der Prostatektomie im Sinne eines möglichen multimodalen Therapiekonzeptes

bezogen auf klin. Einteilung der Prostatakarzinome (alleinige pathologische Diagnosemeldung ausgeschlossen), Wohnort Berlin, Diagnosejahre 2018-2019, n=3.899



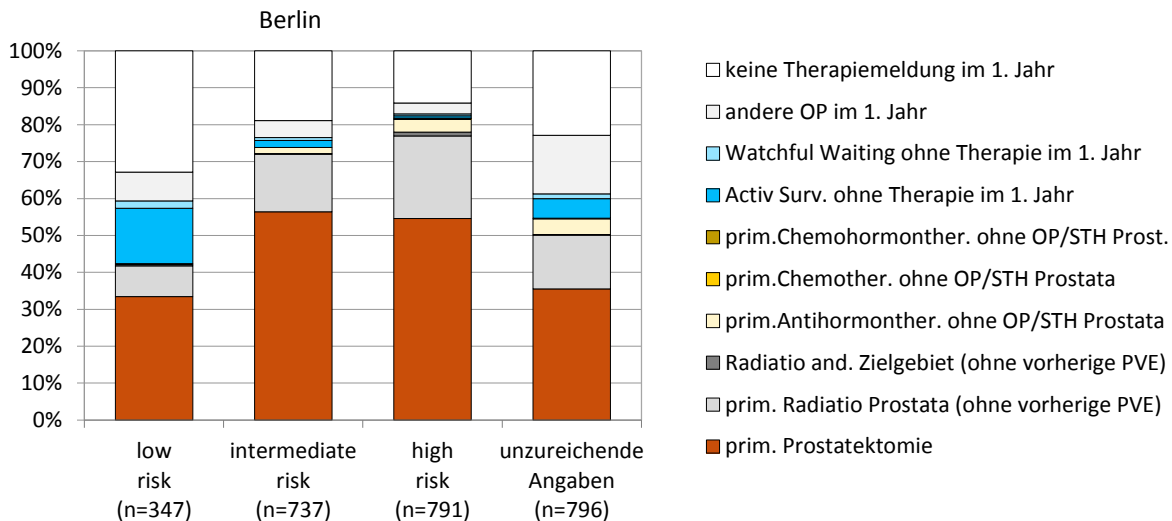
Hier eher nachvollziehbar
 Int. Risk vs low risk
 mehr RPX
 Int. Risk vs. High risk
 Weniger RPX

lokal begrenzte Prostatakarzinome, nach Risikoeinteilung D'Amico

Low risk: cT1c,2a; PSA < 10ng/ml; Gleason Score 3+3=6

Intermdiate risk: cT2c; PSA 10-20 ng/ml; Gleason Score =7

High risk: cT3, cT4; PSA >20 ng/ml; Gleason Score 8,9,10



Hier eher nachvollziehbar
 Int. Risk vs low risk
 mehr RPX
 Int. Risk vs. High risk
 Weniger RPX

lokal begrenzte Prostatakarzinome, nach Risikoeinteilung D'Amico

Low risk: cT1c,2a; PSA < 10ng/ml; Gleason Score 3+3=6

Intermdiate risk: cT2c; PSA 10-20 ng/ml; Gleason Score =7

High risk: cT3, cT4; PSA >20 ng/ml; Gleason Score 8,9,10

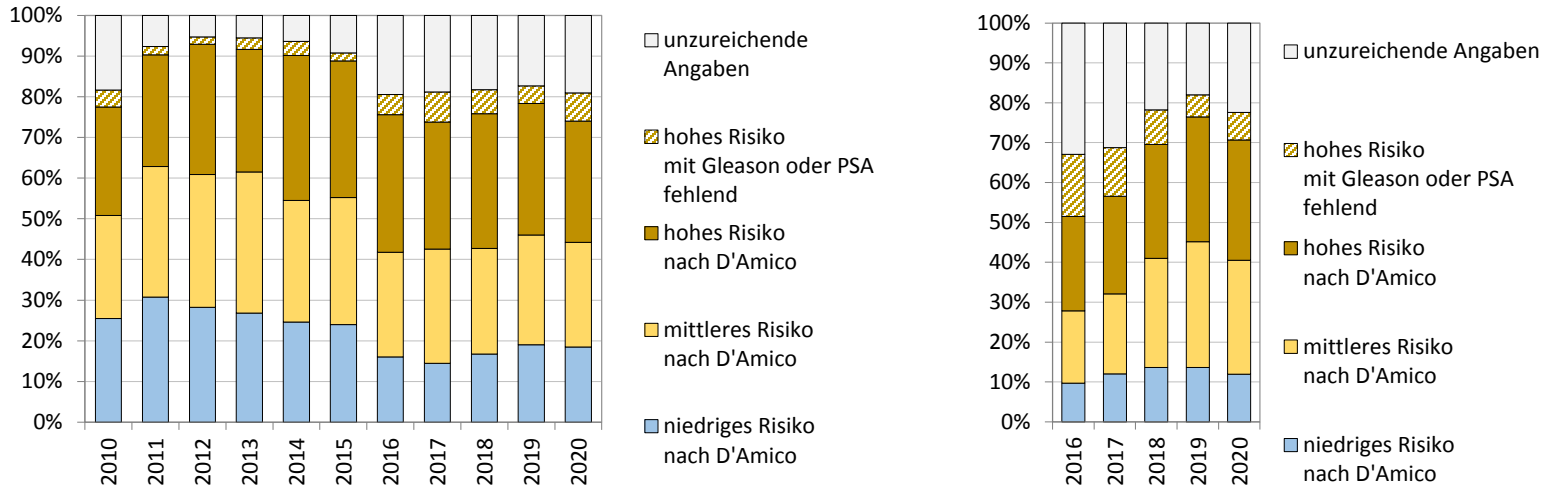
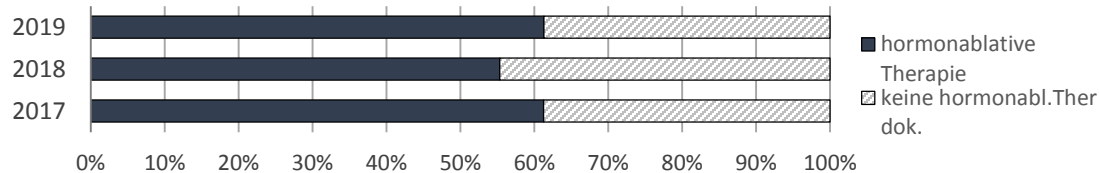


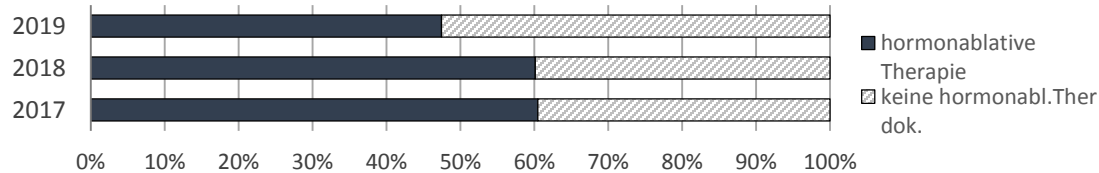
Abb. Riskogruppen nach D'Amico bei lokal begrenzten Prostatakarzinomen (cT1-2 cN0/X cM0/X),
 Behandlungsort Land Brandenburg, Diagnosejahre 2010-2020, n=11.283
 Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 2016-2020, n=7.539

Strahlentherapie und hormonablative Therapie bei lokal begrenztem PCa mit hohem Risiko

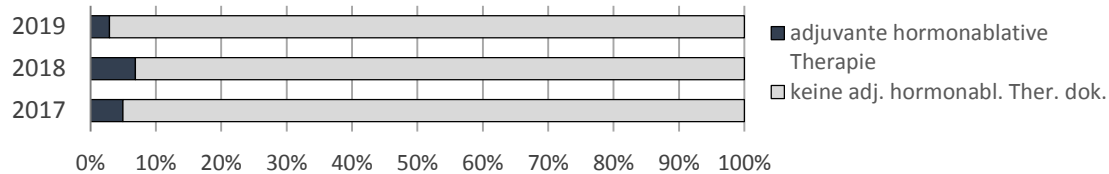
Bestrahlung in Brandenburg, Strahlentherapiejahr 2017-2019: n=311



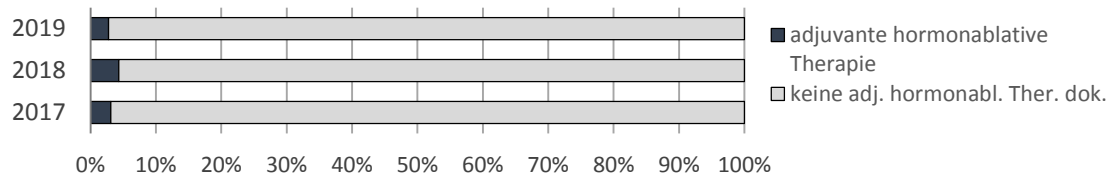
Bestrahlung in Berlin, Strahlentherapiejahr 2017-2019: n=390



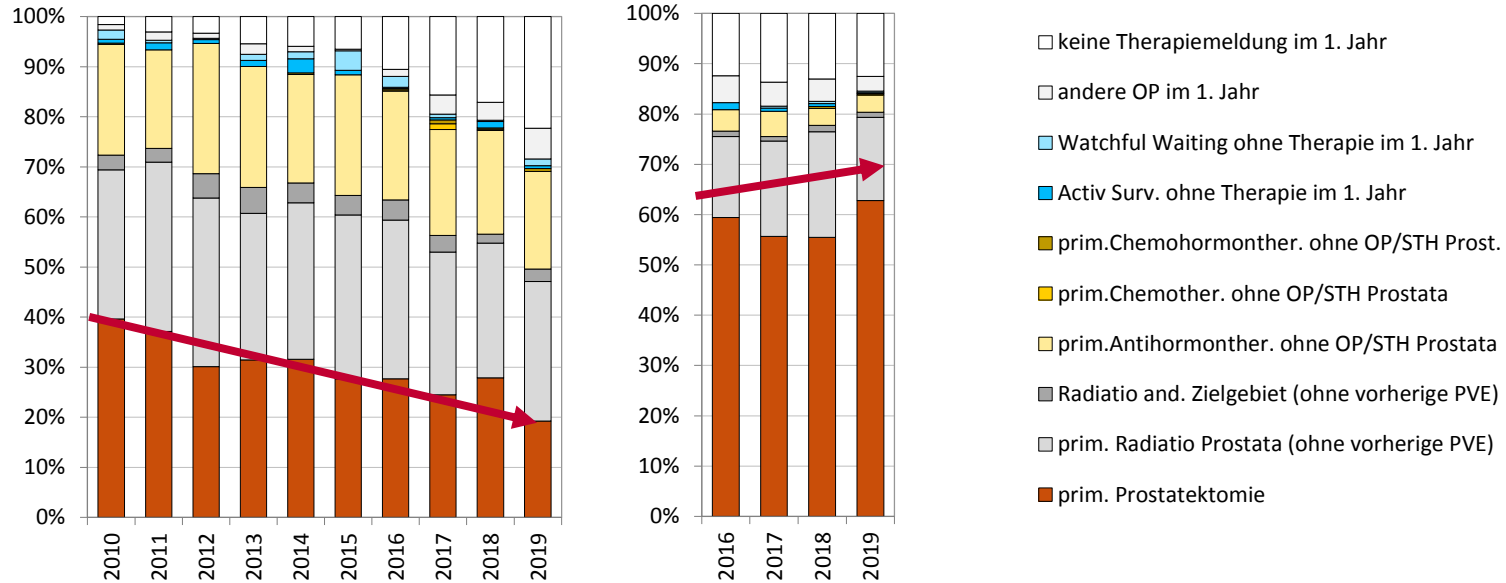
OP-Land Brandenburg, OP-Jahr 2017-2019, n=231



OP-Land Berlin, OP-Jahr 2017-2019, n=1.051

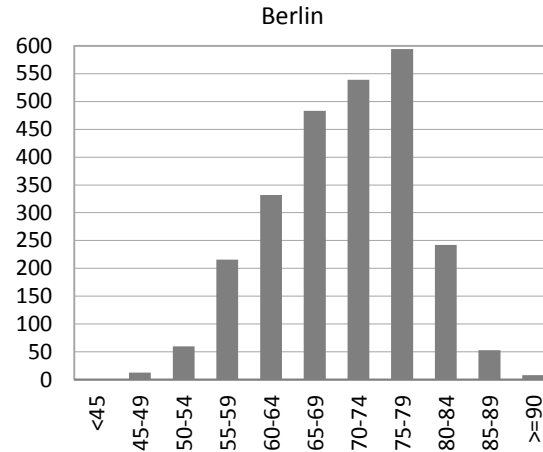
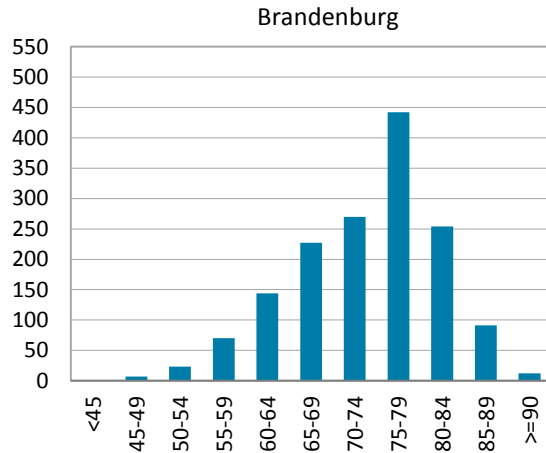


N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score ≥ 8 oder cT-Kategorie T2c



Erste Therapie innerhalb der ersten 12 Monate

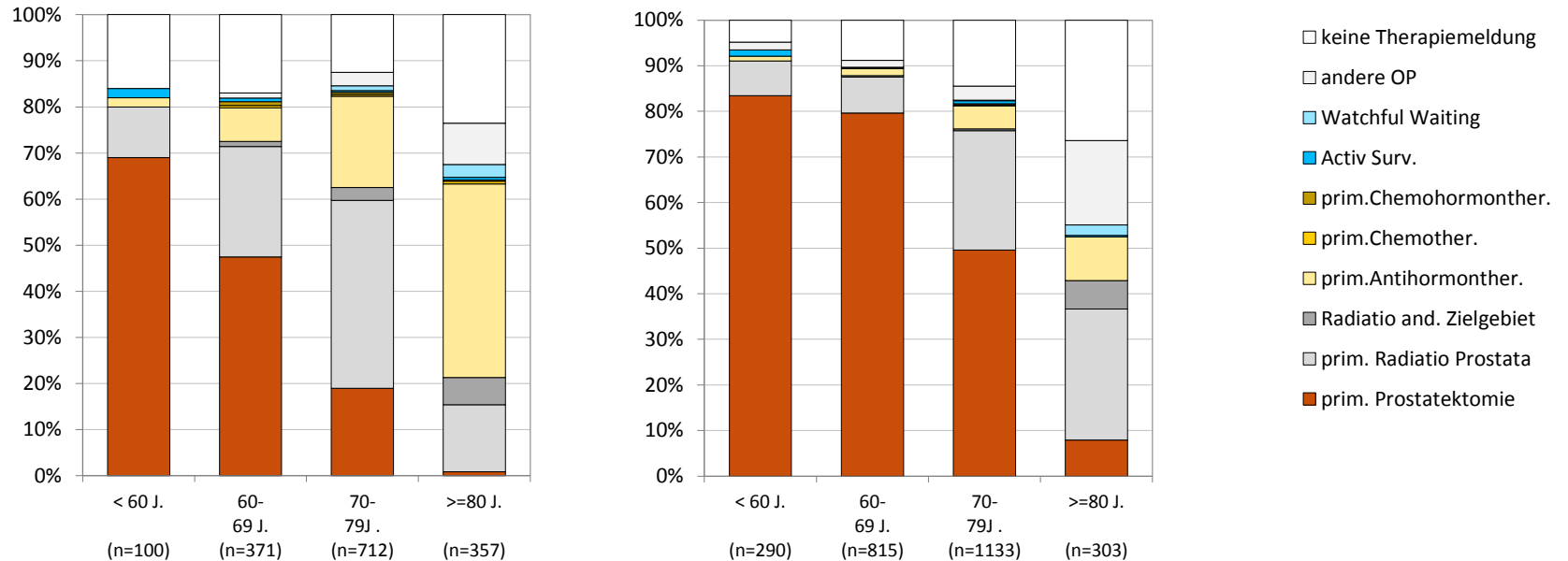
N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score ≥ 8 oder cT-Kategorie T2c



Altersgruppen

Vielleicht ein Hinweis für die hohe Rate an Strahlentherapien

N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score ≥ 8 oder cT-Kategorie T2c



Hier bestätigt sich der Verdacht was ja fachlich auch korrekt ist

N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score \geq 8 oder cT-Kategorie T2c

Tab. Dokumentierter Gefäß-/Nerverhalt, operierte lokal begrenzte high-risk Prostatakarzinome mit PVE, nach Operationsort, Diagnosejahre 2016-2019

OPS		Brandenburg		Berlin	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
5-604.1 /.3 /.5	PVE mit Gefäß-/Nerverhalt	164	42,9	689	46,0
5-604.0 /.2 /.4	PVE ohne Gefäß-/Nerverhalt	204	53,4	769	52,2
6-604.x /./y/ o.n.A.	PVE o.A. Gefäß-/Nerverhalt	14	3,7	14	1,0
	PVE gesamt	382	100	1.472	100

N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score ≥ 8 oder cT-Kategorie T2c

Tab. Dokumentierter Lymphadenektomie, operierte lokal begrenzte high-risk bei Prostatakarzinome mit PVE, nach Operationsort, Diagnosejahre 2016-2019

OPS		Brandenburg		Berlin	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
5-604.02 /1.12 /1.22 /1.32. /1.42 /1.52 5-402 /5.404 /5-406 /5-407	<u>Lymphadenektomie aus OP-Schlüssel</u>	348	91,1	1.447	96,8
	<u>Lymphadenektomie aus LK</u>	12	3,1	12	0,8
	keine Lymphadenektomie	22	5,8	13	0,9
	PVE gesamt	382	100	1.472	100

N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score \geq 8 oder cT-Kategorie T2c

Tab. Anwendung eines OP-Roboters, operierte lokal begrenzte high-risk
Prostatakarzinome mit PVE, Operationsort Berlin, Diagnosejahre 2016-2019

OPS		Brandenburg		Berlin	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
PVE mit 5-897/ 5-987.0	PVE mit Anwendung eines OP-Roboters	9	2,4	503	34,2
PVE ohne 5-897/ 5-987.0	PVE ohne Anwendung eines OP-Roboters	373	97,6	969	65,8
	PVE gesamt	382	100	1.472	100

N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score ≥ 8 oder cT-Kategorie T2c

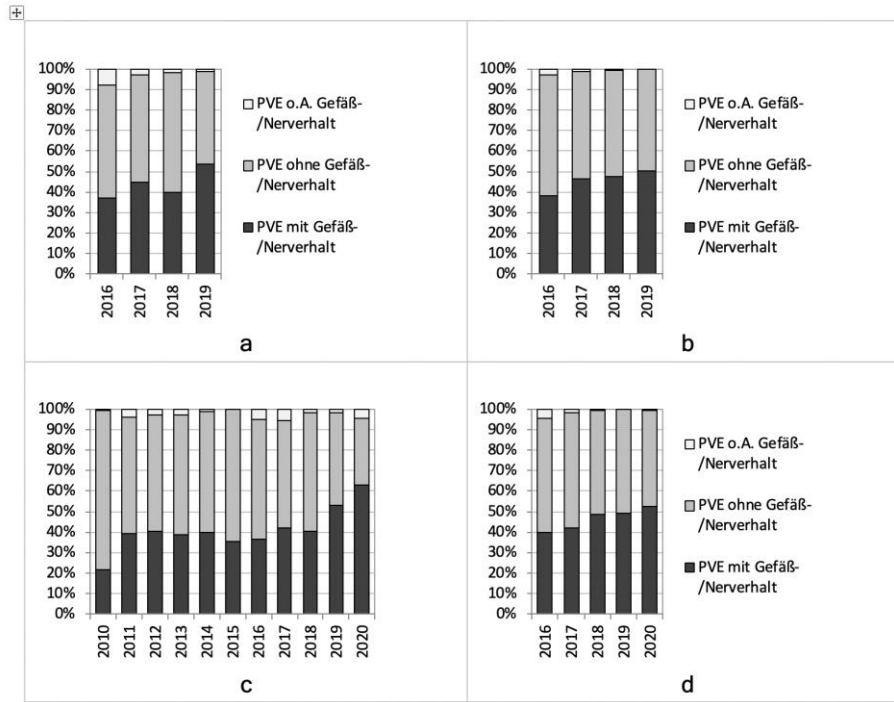


Abb. Nervhaltende Tumorresektion, operierte lokal begrenzte high-risk Prostatakarzinome mit PVE,

N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score \geq 8 oder cT-Kategorie T2c

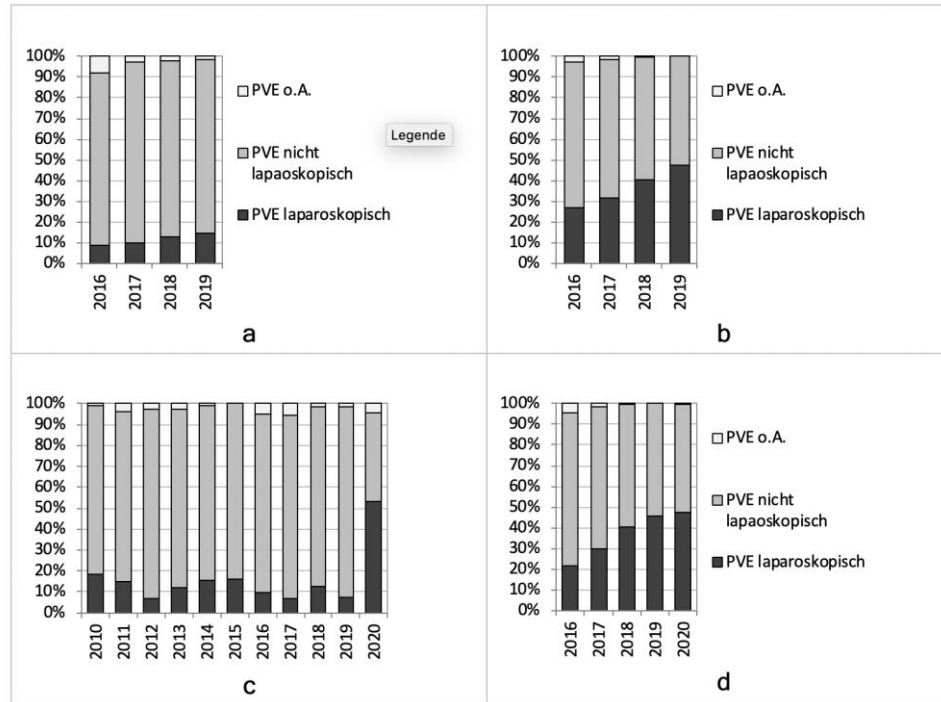


Abb. Laparoskopische Tumorresektion, operierte lokal begrenzte high-risk Prostatakarzinome mit PVE,

N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score ≥ 8 oder cT-Kategorie T2c

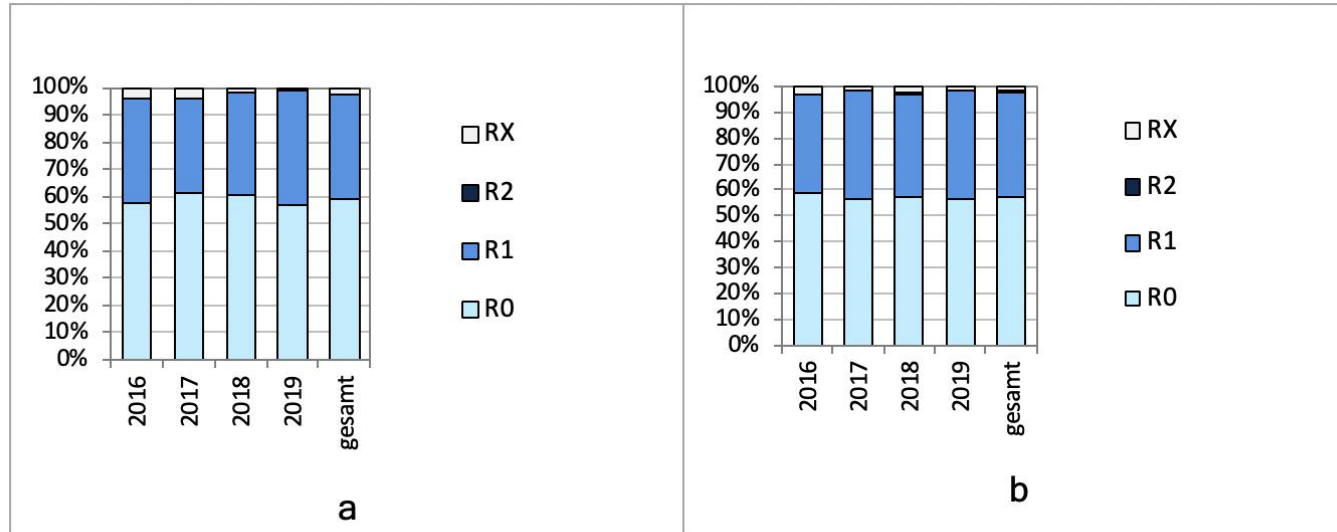


Abb. Lokale R-Klassifikation, operierte lokal begrenzte high-risk Prostatakarzinome mit PVE/Zystektomie, nach Diagnosejahr, Diagnosejahre 2016-2019,

(a) Operation im Land Brandenburg, n=382

(b) Operation in Berlin, n=1.472

N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score ≥ 8 oder cT-Kategorie T2c

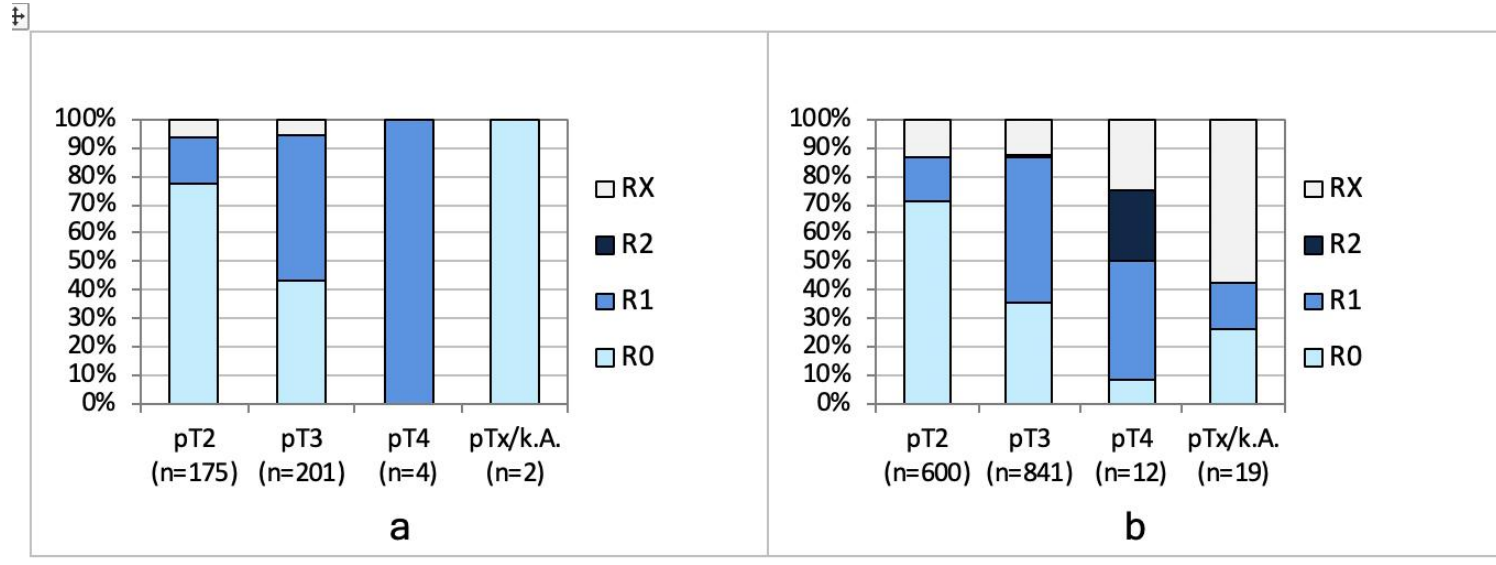


Abb. R-Klassifikation in Abhängigkeit von der pT-Kategorie, operierte lokal begrenzte high-risk Prostatakarzinome mit PVE/Zystektomie, Diagnosejahre 2016-2019,

N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score \geq 8 oder cT-Kategorie T2c

Jahr der Bestrahlung	Brandenburg	Berlin	gesamt
2016	76	16	92
2017	112	129	241
2018	94	149	243
2019	106	126	232
2020	36	48	84
	424	468	892

N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score ≥ 8 oder cT-Kategorie T2c

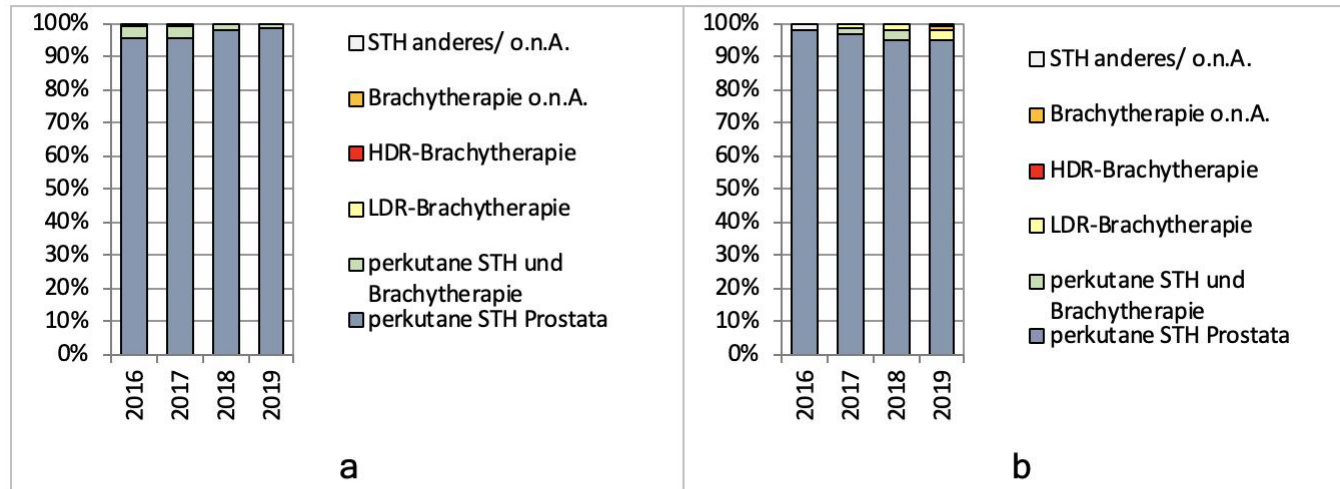


Abb. Lokal begrenzte high-risk Prostatakarzinome mit primärer Strahlentherapie der Prostata, ohne primäre Tumorsektion, Art der Bestrahlung,

(a) Bestrahlungsort Land Brandenburg, Diagnosejahre 2016-2019, n=424

(b) Bestrahlungsort Berlin, Diagnosejahre 2016-2019, n=468

N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score ≥ 8 oder cT-Kategorie T2c

6.4.2. Dosis bei definitiver perkutanen Bestrahlung der Prostata

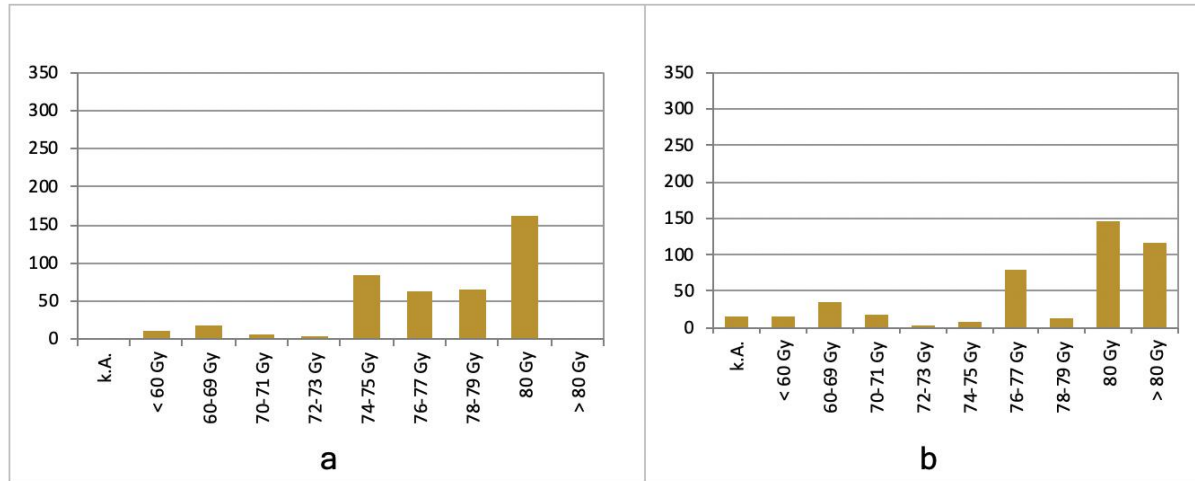


Abb. Lokal begrenzte high-risk Prostatakarzinome, Strahlengesamtdosis bei primärer perkutaner Strahlentherapie der Prostata, ohne primäre Tumorresektion,

(a) Bestrahlungsort Land Brandenburg, Diagnosejahre 2016-2019, n=411

(b) Bestrahlungsort Berlin, Diagnosejahre 2016-2019, n=450

N0, M0, PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score \geq 8 oder cT-Kategorie T2c

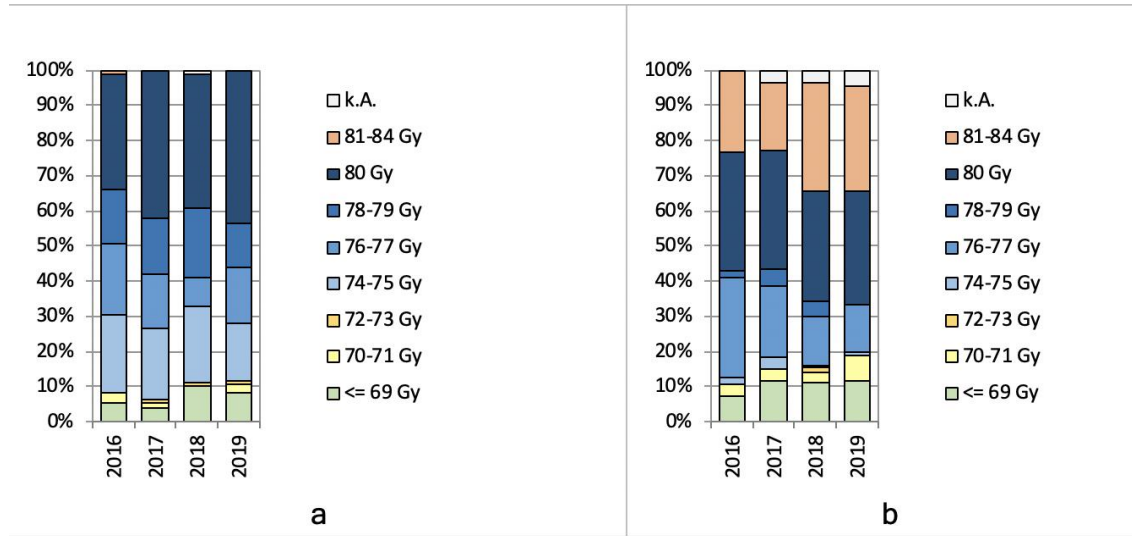
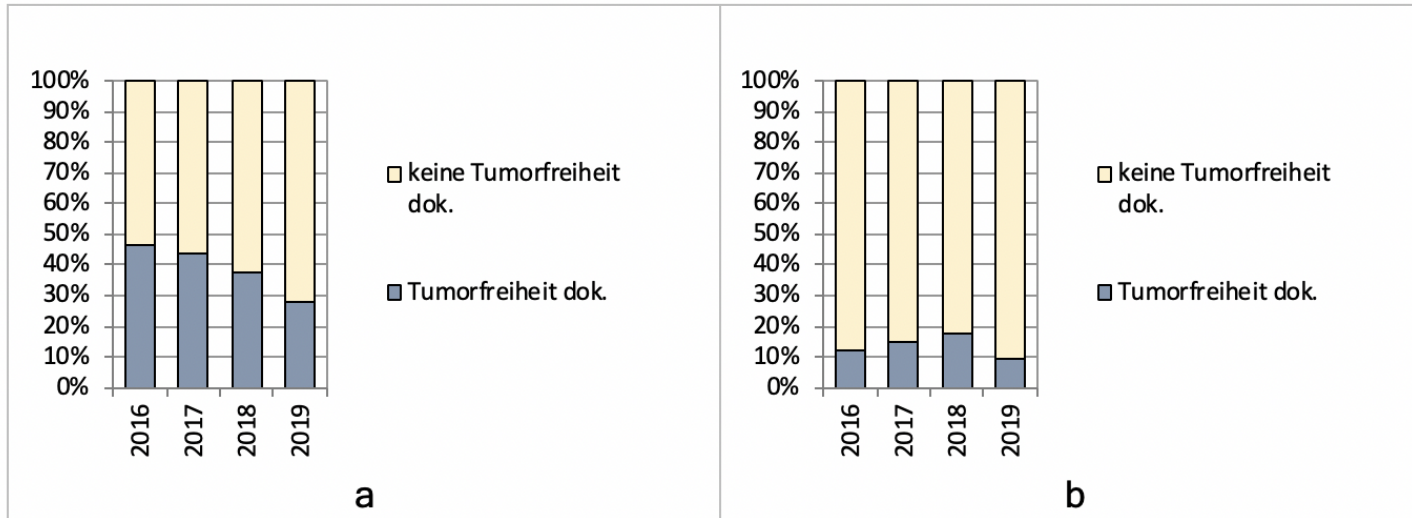


Abb. Lokal begrenzte high-risk Prostatakarzinome, Strahlengesamtdosis bei primärer perkutaner Strahlentherapie der Prostata, ohne primäre Tumorresektion,

(a) Bestrahlungsort Land Brandenburg, Diagnosejahre 2016-2019, n=411

(b) Bestrahlungsort Berlin, Diagnosejahre 2016-2019, n=450

6.4.3. Tumorfreiheit nach Strahlentherapie

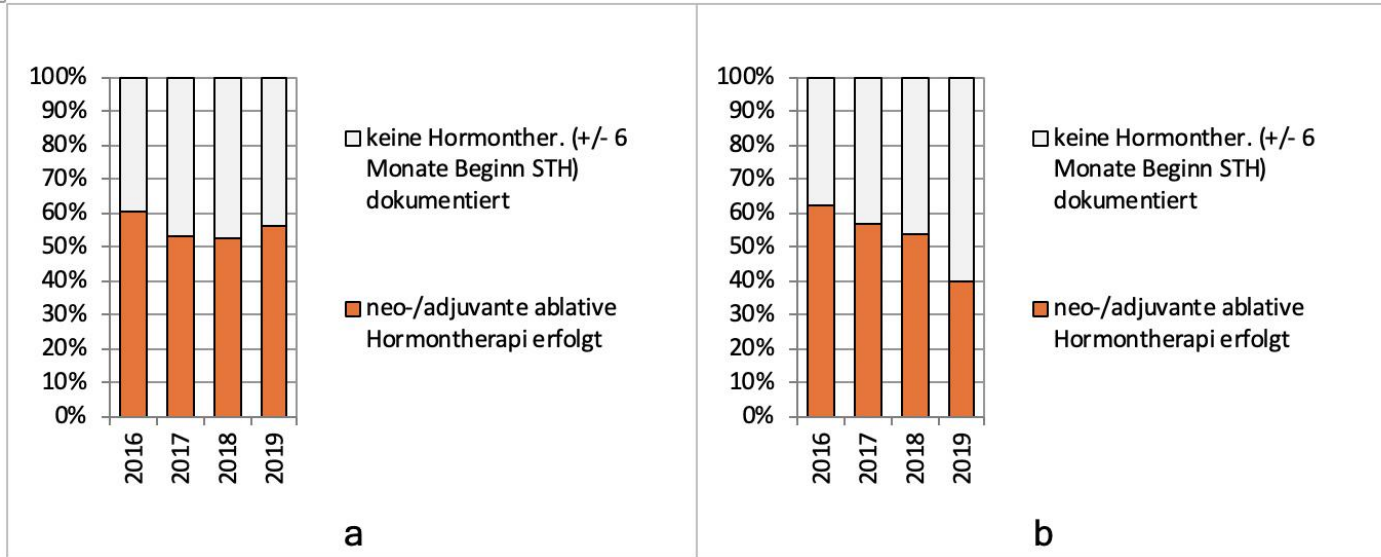


Meldeanlässe laut StV, Art.12

....

4. jede Änderung im Verlauf einer Tumorerkrankung, wie beispielsweise das Auftreten von Rezidiven, Metastasen, das Voranschreiten der Tumorerkrankung, **teilweise oder vollständige Tumorremission** und Nebenwirkungen, sowie

6.4.4. Neo-/adjuvante hormonablative Therapie



- zentral verpflichtende Datenerhebung sinnvoll
- Aber: findet nach wie vor nicht statt
 oder mit mangelhafter Qualität

Was kann aus meiner Sicht getan werden?

- Definition weniger aber verpflichtender Items
- Reduktion der Items (Tumorzahlen....)
- Angleichung KKR und DKG/Onkozert
- Rückmeldung an die Zentren und Kommunikation (zumindest Nachsorge)
- Mobile Einheit vom KKR mit Rotation durch die Zentren (MDA+Klinik)
- Automatisiertes Patient-reported Outcome per email



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.