

Das metastasierte kolorektale Karzinom von 1998-2004 (950 Patienten)

Entwicklung eines Qualitätssicherungsprojektes in onkologischen Schwerpunktpraxen

Ammon/Meyer/Müller, Göttingen; Wysk/Gaede/Elers/Rodewig, Hannover; Tessen, Goslar; Kindler/Dietzmann, Berlin; Strohbach, Berlin; Otremba/Reschke, Oldenburg; Hülsheger, Peine; Eschenburg, Güstrow; Valdix, Schwerin; Sauer/Günther, Potsdam; Rohrberg/Hurtz/Schmidt, Halle; Däßler, Freital; Aldaoud/Schwarzer, Leipzig; Schürer, Leipzig; Siehl/Söling, Kassel; Nawka/Kühn, Berlin; Lakner/Decker, Rostock; Spohn, Halle; Ruffert/Hofmann, Jena; Kairies, Greifswald; Becker/Kreisel-Büstgens, Minden; Schwindt, Plauen; Hauch, Erfurt; Schwittay, Röttha; Schmidt/Schneider-Obermeyer/Schweigert, Berlin; Heine, Wolfsburg; Lebahn/Maiwirth, Berlin; Peuser, Leipzig; Keitel-Wittig/Herrenberger/Kirsch, Berlin; Dobberstein, Hoyerswerda; IORC, Hamburg; Junkers/Weißfels/Koschuth, Berlin; Schick/Schick/Thiel, München; Schwend/Strache, Berlin; Tschechne/Luft, Lehrte; Schürer, Leipzig; Mohr, Berlin; Groß, Berlin; Blau, Berlin; Hutzschenreuter, Nordhorn; Müller-Hagen, Hamburg; Müller, Leer; Kayser, Dannenberg; Bredt, Bremervörde; Heim/Reichert, Berlin; Keppler, Neustadt; Walter, Wismar

Einleitung

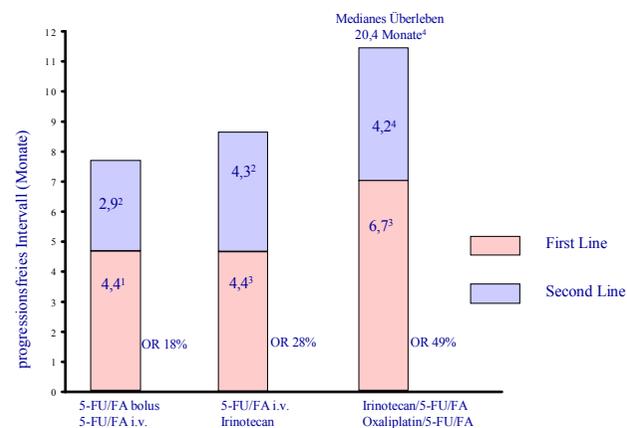
Während Kliniken angehalten sind, sich an klinischen Studien zu beteiligen, ist die rechtliche Situation im niedergelassenen Bereich unklar. Die Leistungserbringer (Krankenkassen und MDK) sind der Auffassung, dass sich die niedergelassenen onkologisch tätigen Ärzte der Versorgung zu widmen haben. Eine Übernahme der Kosten aus klinischen Studien erfolgt nicht über die GKV.

Andererseits haben auch die niedergelassenen Ärzte eine Dokumentationspflicht gegenüber den Patienten und Kostenträgern zu erfüllen.

Um der Dokumentationspflicht gerecht zu werden und eine gute Standardqualität zu erreichen, begannen im Herbst 1998 niedergelassene Onkologen aus Niedersachsen den Verlauf von Therapien bei Patienten mit einem kolorektalen Karzinom gemeinsam standardisiert zu dokumentieren. Kurze Zeit später kamen onkologisch tätige Ärzte aus anderen Bundesländern hinzu. Inzwischen engagieren sich mehr als 60 Praxen in diesem „Qualitätszirkel ambulante Onkologie“ (jetzt „Projektgruppe Interdisziplinäre Onkologie“).

Durch die Hinzunahme neuer Substanzen wie Irinotecan oder Oxaliplatin konnte in den letzten Jahren die Behandlung des metastasierten kolorektalen Karzinoms wesentlich verbessert werden.

Eine 5-FU-Bolustherapie in der 1st-line-Therapie¹, gefolgt von einer 5-FU/FA-Infusionsgabe in der 2nd-line-Therapie² ergab ein progressionsfreies Intervall von 7,3 Monaten. Mit einem 5-FU/FA-Infusionsregime³ gefolgt von einer Irinotecan-Monotherapie² wurden bereits 8,7 Monate erreicht. Setzt man jedoch Irinotecan³ bzw. Oxaliplatin in Kombination mit einem 5-FU/FA-Infusionsregime ein, werden progressionsfreie Zeiten von 10,9 Monaten erreicht. Das mediane Überleben kann damit auf mehr als 20 Monate gesteigert werden⁴.



Seit 1998 erfolgten mehrere Zulassungen in der Therapie des metastasierten kolorektalen Karzinoms:

- 1998 Irinotecan in der 2nd-line-Therapie
- 1999 Oxaliplatin/5-FU/FA in der 1st-line-Therapie
- 1999 Irinotecan/5-FU/FA in der 1st-line Therapie
- 2002 Capecitabine in der 1st-line-Therapie
- 2002 UFT in der 1st-line-Therapie.

Im Rahmen des Qualitätssicherungsprojektes wurden unter Berücksichtigung der zugelassenen Substanzen Patienten mit einem metastasierten kolorektalen Karzinom, die mit einer definierten Therapie behandelt wurden, dokumentiert und ausgewertet. Dabei wurde der jeweilige Stand der wissenschaftlichen Daten berücksichtigt.

Projekt	Laufzeit	teiln. Praxen	eingeschlossene Patienten	dokumentierte Patienten	ausgewertete Patienten	Stand
NIO 1	9/1998-6/2000	18	100	93	93	Endauswertung
NIO 2	3/2000-10/2003	25	170	129	80	Endauswertung
NIO 3	3/2000-12/2002	25	222 (1 st -line) 113 (2 nd -line) 19 (3 rd -line)	184 65 11	184 65 0	Endauswertung
NIO 4	12/2002-12/2003	31	200	82	82	Zwischenausw.
PIO 1	seit 2/2003	24	126	21	0	Projekt läuft
gesamt	1998-2004	49	950	585	504	

Behandlungspläne

NIO 1

2nd-4th-line Irinotecan 100 mg/m² an den Tagen 1, 8, 15, 22, 29, 36
Wiederholung am Tag 50

NIO 2

2nd-line Irinotecan/Folinäure/5-FU 80/500/2000 mg/m² an den Tagen 1, 8, 15, 22, 29, 36
Wiederholung am Tag 50

NIO 3

1st-line Irinotecan/Folinsäure/5-FU 80/500/2300-2000 mg/m² an den Tagen 1, 8, 15, 22, 29, 36
Wiederholung am Tag 50

2nd-line

Oxaliplatin 85 mg/m², d 1, 15, 29
Folinsäure/5-FU 500/2000 mg/m² an den Tagen 1, 8, 15, 22, 29, 36
Wiederholung am Tag 50

3rd-line

Irinotecan 75 mg/m² an den Tagen 1, 8, 15, 22, 29, 36
Wiederholung am Tag 50

NIO 4

1st-line Irinotecan/Folinsäure/5-FU 80/500/2000 mg/m² an den Tagen 1, 8, 15, 22, 29, 36
Wiederholung am Tag 50

PIO 1

1st-line Oxaliplatin/Folinsäure/5-FU 50/500/2000 mg/m² an den Tagen 1, 8, 15, 22
Wiederholung am Tag 36

2nd-line

Irinotecan/Folinsäure/5-FU 80/500/2000 mg/m² an den Tagen 1, 8, 15, 22, 29, 36
Wiederholung am Tag 50

bzw. für alle Patienten, die für eine 24-h-Pumpentherapie nicht in Betracht kommen

1st-line

Capecitabin 2.500 mg/m² p.o., d 1-14, Wiederholung am Tag 22

oder

Capecitabin 2.000 mg/m² p.o., d 1-14/ Oxaliplatin 130 mg/m², d 1
Wiederholung am Tag 22

oder

Capecitabin 2.000 mg/m² p.o., d 1-14/ Irinotecan 80 mg/m², d 1 + 8
Wiederholung am Tag 22

oder

Tegafur/Uracyl 320/672 mg/m²/d.p.o./Folinsäure 3 x 30 mg p.o. an den Tagen 1-28
Wiederholung ab Tag 36

Patientencharakteristik

Projekt	Altersmedian (Jahre)	Leber-/Lungen-Metastasen (%)	Vortherapien Anzahl
NIO 1	65	63	1-4
NIO 2	61	69	1
NIO 3	62	65	0
NIO 4	62	70	0
PIO 1	Projekt läuft		0

Ergebnisse

Projekt	Behandlungsdauer (Monate)	OR	NC	PD	Toxizität WHO-Grad 3/4 (>10%)	Mediane TTP (Monate)	Medianes Überleben (Monate)
NIO 1	3	12%	55%	18%	13% Diarrhoe 10% Alopezie	n.a.	25
NIO 2	4,9	44%	40%	9%	17% Diarrhoe	7,0	33
NIO 3	4,9	59%	21%	9%	13% Diarrhoe	6,8	25
NIO 4	4,4	67%	16%	8%	17% Diarrhoe	6,6+	nicht erreicht
PIO 1	Projekt läuft						

Diskussion

In nur 5 Jahren wurden 950 nicht selektierte Patienten mit einem metastasierten kolorektalen Karzinom in unseren Schwerpunktpraxen behandelt, 582 dokumentiert und bereits 501 Patienten ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass die Ergebnisse zu Ansprechraten und Toxizität mit den Daten aus vorhandenen Phase-III-Studien gut übereinstimmen. Erfreulicherweise liegen die Überlebenszeiten allerdings deutlich über den aus diesen klinischen Studien.

Dies zeigt, dass die ambulante Behandlung von Patienten mit einem kolorektalen Karzinom in onkologischen Schwerpunktpraxen effektiv und von großem Nutzen für die Patienten ist. Das Ergebnis dieser 5 Jahre andauernden eigenen Überprüfung ergibt auch, dass eine palliative Therapie für den Patienten in der Praxis bei guter Lebensqualität möglich ist. Eine Behandlung in der Klinik kann somit bei dieser Tumorentität vermieden werden.

Die Dokumentation von Patientendaten ist zu einem festen Bestandteil in den Praxen geworden. Ein weiterer Schritt wäre, nicht nur einzelne Therapien, sondern die jeweilige Tumorentität vollständig in allen Therapiesequenzen zu dokumentieren.