

Qualitätssicherungsprojekt: Adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms

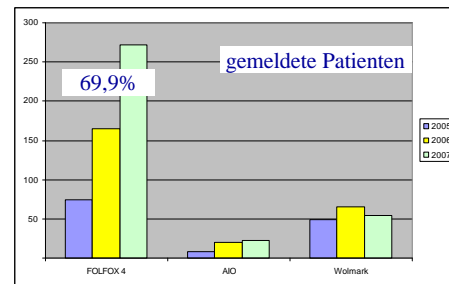
(3. Zwischenauswertung)

Hutzschenreuter/Sauer, Nordhorn; Wehmeyer/Lerchenmüller/Kratz-Albers, Münster; Hayungs, Rheine; Müller, Leer; Kalhori/Nusch, Velbert; Kairies, Greifswald; Rubanov, Hameln; Tessen, Goslar; Schwindt, Plauen; Valdig, Schwerin; Franz-Werner, Otterstadt; Naumann, Berlin; Däßler, Freital; von Grünhagen/Gaier, Cottbus; Müller-Hagen/Bertram, Hamburg; Schmidt/Schweigert/Schneider-Obermeyer, Berlin; Bredt, Bremervörde; Blumenstengel, Eisenach; Lenzen/Wamhoff, Osnabrück; Tschelchne/Luft, Lehrte; Schwerdtfeger, Köthen; Domagalski/Hegge, Osnabrück; Wolf/Freid, Dresden; Schröder, Hannover; Keppler/Wußling, Nordhausen; Hülshager, Peine; Ehscheidt/Jungbluth/Gerner, Neuwied; Papke, Neustadt/Sachsen; Wusk/Gaede/Ehlers/Rodewig, Hannover; Weinert, Bad Salzungen; Obst, Großburgwedel; Rieß, Niefern-Öschelbrunn; Uhlig, Naunhof; Bosse, München; Strohbach/Speidel, Berlin; Rohrbeg/Hurtz/Schmidt/Oppenhorst/Frank-Gleich, Halle; Mölle/Jacobasch, Dresden; Siegmund/Penke, Damme; Kayser, Dannenberg; Adari, Walsrode; Detken/Seraphin, Northeim; Söling, Kassel; Mory, Zschopau; Isele, Rastatt; Nawka/Kühn, Berlin; Grundeis/Teich, Chemnitz; Karcher/Fuxius, Heidelberg; Hansen/Reeb, Kaiserslautern; Köhler, Langen; Priebe-Richter, Stadhagen; Stern, Altötting; Harich/Kasper, Hof; Prügel, Zwickau; Waberzcek, Hartha bei Döbeln; Petersen, Heidenheim; Dietzfelbinger, Herrsching; Buschmann, Bonn; Eschenburg, Güstrow; Blau, Berlin; Elsel, Zwickau



Einleitung

Entsprechend der Interdisziplinären S3-Leitlinie¹ ist eine R0-Resektion des Primärtumors Voraussetzung für eine adjuvante Therapie. Die pathohistologische Stadienbestimmung legt die Indikation zur adjuvanten Therapie fest. Es sollten zur Bestimmung des pN-Stadiums 12 oder mehr regionäre Lymphknoten entnommen und untersucht werden. Eine adjuvante Chemotherapie ist im UICC-Stadium III (jedes pT, pN1-2, M0) indiziert, folgende Schemata sind akzeptiert: FOLFOX 4¹, Wolmark (Roswell Park)² und O'Connell³. Der Beginn der Chemotherapie sollte 4-8 Wochen nach der Operation erfolgen.



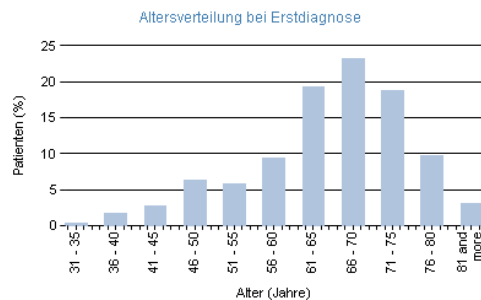
Von 745 gemeldeten Patienten bekamen 521 (69,9%) FOLFOX 4.

Ziel des Projektes

Erfassung und Auswertung von Patientendaten im Rahmen der **Versorgungsforschung** innerhalb onkologischer Schwerpunktpraxen

Ergebnisse

Dieses Projekt startete im Oktober 2004 und wird gemeinsam von Chirurgen und niedergelassenen internistischen Onkologen durchgeführt. 62 Praxen sind beteiligt. Diese Zwischenauswertung beinhaltet 363 auswertbare Patienten.



Das mediane **Alter** lag bei 67 Jahren (33-84 Jahre), der **Allgemeinzustand** nach ECOG bei 1 (0-2). 227 Patienten (62,5%) waren **männlich**, 136 (37,5%) **weiblich**.

Therapien	n = 363	UICC-Stadien	n = 363	entnommene LK	n = 350*
FOLFOX 4	228 (62,8%)	II*	49 (13,5%)	< 12 LK	55 (15,7%)
Wolmark	111 (30,6%)	III	305 (84,0%)	= 12 LK	295 (84,3%)
AIO	24 (6,6%)	IV**	9 (2,5%)		

*n = 13 keine Angabe

*Bei 32 (65,3%) Patienten mit einem UICC-Stadium II lag mindestens ein Risikofaktor vor (T4, G3, <12 entnommene LK, Notfall-OP). **Metastasen R0-reseziert.

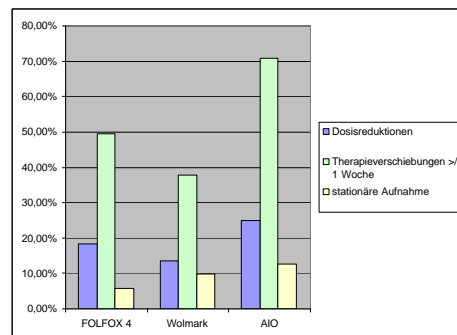
Der **Klinikaufenthalt** betrug im Median 14 Tage (4-49 Tage), der **Zeitraum von Operation bis zum Beginn der adjuvanten Therapie** 5,4 Wochen (2-24 Wochen).

Zyklen

n = 363	FOLFOX 4	Wolmark	AIO
Zyklen (median)	12 (1-12)	4 (1-4)	3 (1-4)

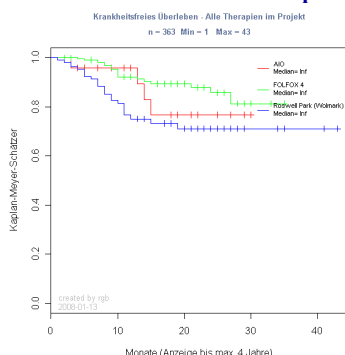
231 (62,5%) Patienten und 147 (64,5%) der FOLFOX 4-Patienten erhielten die vorgesehene Zyklenzahl.

Bei 24 (6,6%) von 363 Patienten musste am Ende der Therapie eine Progression der Erkrankung diagnostiziert werden.



Das FOLFOX 4-Schema wurde bei 59 (25,9%) Patienten aufgrund einer Toxizität abgebrochen und Oxaliplatin in 17,1% der Fälle abgesetzt. Eine periphere **Neurotoxizität** vom Grad 3 wurde bei 27 (11,8%) Patienten diagnostiziert.

Krankheitsfreies Überleben ab Operation



Diskussion

Die adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms wird in den onkologischen Praxen entsprechend der Leitlinien durchgeführt.

Der neue Standard (FOLFOX 4) wurde in diesem QS-Projekt bei 62,8% der Patienten eingesetzt.

Diese Auswertung zeigt, dass 64,5% der FOLFOX 4-Patienten die vorgesehene Zyklenzahl bekamen. In der MOSAIC-Studie² liegt dieser Wert bei 74,7%. Die periphere Neurotoxizität vom Grad 3 lag bei 11,8% gegenüber 12,4% (MOSAIC).

Das Projekt wird fortgesetzt.

¹Interdisziplinäre S3-Leitlinie "Diagnostik, Therapie und Nachsorge des kolorektalen Karzinoms" vom 15. März 2004; ²André, NEJM 2004 (MOSAIC); ³Wolmark, JCO 1999; 1879-1888/Interdisziplinäre S3-Leitlinie 15. März 2004 (Saini); ⁴O'Connell, JCO 1997