Kompetenzgruppe Gastrointestinale Tumore

Dr. B. Otremba, Oldenburg

26. Februar 2010

Kompetenzgruppe Gastrointestinale Tumore – Stand 26.01.2010

Entität	gemeldet	dokumentiert	beteiligte Praxen
Adj. Therapie des Kolonkarzinoms	1.699	1.223	84
CRC	3.425	2.533	111
Magenkarzinom	736	522	64
Pankreaskarzinom	261	64	42
Gesamt	**6.121**	**4.342**	**123**

Erhebung seit 2004, Pankreaskarzinom seit 04/2009

Adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms

- Projektleiter:
  - PD Dr. K. Ridwelski
  - Dr. H. Kröning, Magdeburg

Adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms (1.642 Patienten)

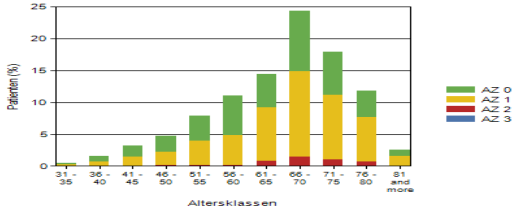
Hutzschenreuter/Sauer, Nordhorn; Hayungs, Rheine; Wehmeyer/Lerchenmüller/Kratz-Albers, Münster; Tessen, Goslar; Kalhori/Nusch, Velbert; Müller, Leer; Kairies, Greifswald; Franz-Werner, Otterstadt; Naumann, Berlin; Valdix, Schwerin; Tschechne/Luft/Jordan, Lehrte; Blumenstengel, Eisenach; Schmidt/Schweigert/Schneider-Obermeyer, Berlin; Rubanov, Hameln; Detken/Seraphin, Northeim; Däßler, Freital; Söling, Kassel; von Grünhagen/Gaier, Cottbus; Otremba/Reschke/Zirpel/Kühn, Oldenburg; Reichert/Jansen, Westerstede; Domagalski/Hegge, Osnabrück; Hülsheger/Körfer, Peine; Ehscheidt/Jungbluth, Neuwied; Bredt, Bremervörde; Müller-Hagen/Bertram, Hamburg; Petersen, Heidenheim; Schwindt, Plauen;; Wolf/Freidt, Dresden; Elsel, Zwickau; Schröder, Hannover; Harich/Kasper, Hof; Marquard, Celle; Grundeis/Teich, Chemnitz; Wolf/Freidt, Dresden; Schardt, Gelsenkirchen; Siegmund/Penke, Damme; Eschenburg/Wilhelm, Güstrow; Lenzen/Wamhoff, Osnabrück; Adari, Walsrode; Spohn/Möller, Halle; Schmidt, Neunkirchen; Rieß, Niefern-Öschelbrunn; Schulze, Zittau; Priebe-Richter, Stadthagen; Prügl, Zwiesel; Keppler/Wußling, Nordhausen;Gaede/Ehlers/Rodewig/Königsmann, Hannover; Schwerdtfeger, Köthen; Papke, Neustadt/Sachsen; Strohbach/Speidel, Berlin; Buschmann, Bonn; Köhler, Langen; Lakner/Decker, Rostock; Kingreen/Koschuth, Berlin; Waberzeck, Hartha bei Döbeln; Josten/Klein, Wiesbaden; Weinert, Bad Salzuflen; Karcher/Fuxius, Heidelberg; Löhr, Wiesbaden; Stern, Altötting; Ammon/Meyer, Göttingen; Obst, Großburgwedel; Mölle/Jacobasch, Dresden; Uhlig, Naunhof; Rohrberg/Hurtz/Schmidt/Oppenhorst/Frank-Gleich, Halle; Arzberger, Meissen; Kröger/Schütz, Bremerhaven; Rodemer/Schellenberger, Wilhelmshaven; Hahn, Herne; Kayser, Danneberg; Ringel/Ringel/Wartenberg, Friedberg; Blau, Berlin; Abenhardt/Bojko, München; Maintz/Groschek/Hinske, Würselen; Mory, Zschopau; Hesselbarth, Schwalmstedt; Dietzfelbinger, Herrsching; Jacobs/Schmits/Daus, Saarbrücken; Forstbauer/Ziske, Troisdorf; Nawka/Kühn, Berlin; Lange, Bonn; Schneider-Kappus, Ulm; Bartels, Hamburg

Projektleitung: PD Dr. K. Ridwelski/Dr. H. Kröning, Magdeburg **4. Auswertung anläßlich des Hannover-Meetings 22./23. Januar 2010**

Einleitung

Entsprechend der Interdisziplinären S3-Leitlinie[1] 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 4[1,2], Wolmark (Roswell Park)[3] und O´Connell[4]. Der Beginn der Chemotherapie sollte 4-8 Wochen nach der Operation erfolgen. Die erkrankungsfreie Überlebenszeit beträgt 64,2% in der x-act-Studie[5] (für Capecitabin) und 72% in der MOSAIC-Studie[2] (für FOLFOX 4).

Allgemeinzustand: 1 (0-3) ECOG



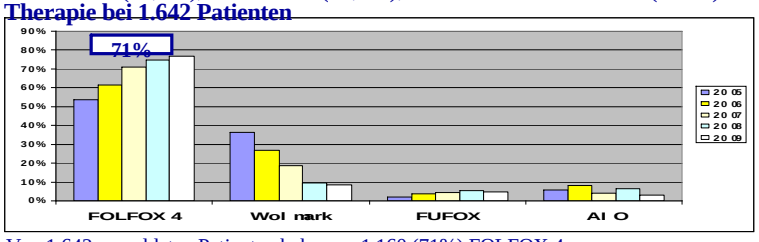
Ziel des Projektes

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

Ergebnisse

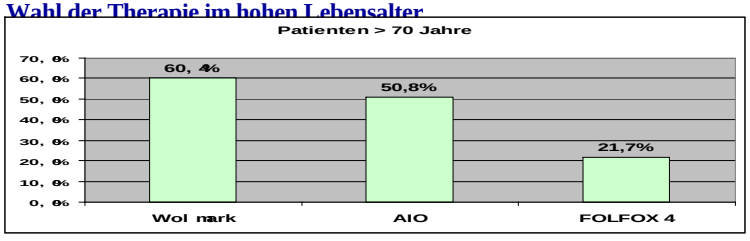
Dieses Projekt startete im Oktober 2004 und wird gemeinsam von Chirurgen und 84 niedergelassenen internistischen Onkologen durchgeführt. Diese Auswertung beinhaltet **1.043 auswertbare Patienten**: 593 Männer (56,9%), 450 Frauen (43,1%); medianes Alter: 67 Jahre (32-86)

Therapie bei 1.642 Patienten



Von 1.642 gemeldeten Patienten bekamen 1.160 (71%) FOLFOX 4.

Wahl der Therapie im hohen Lebensalter

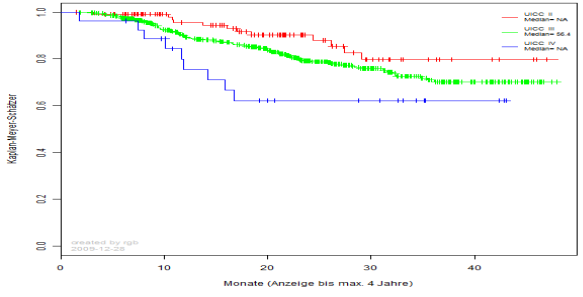


UICC-Stadien

I*	2 (0,2%)
II*	140 (13,4%)
III	870 **(83,4%)**
IV**	31 (3,0%)

*91 (64,1%) Patienten mit Risikofaktor (perforierter Tumor, T4, G3, <12 entnommene LK, Notfall-OP). **Metastasen R0-reseziert.

Krankheitsfreies Überleben



Bei 315 Patienten liegt ein 2-Jahres-Follow up vor, bei 104 Patienten ein 3-Jahres-Follow up. Laut Sargent[6] erlaubt das erkrankungsfreie Überleben nach 2 bzw. 3 Jahren eine Vorhersage hinsichtlich des 5-Jahres-Überleben. 90 Patienten sind bisher verstorben.

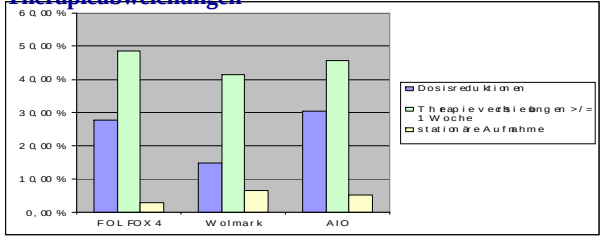
Der **Klinikaufenthalt** betrug im Median 14 Tage (3-64 Tage), der **Zeitraum von Operation bis zum Beginn der adjuvanten Therapie** 5,1 Wochen (1-26 Wochen).

Therapien

FOLFOX 4	692 **(66,3%)**
Wolmark	212 (20,3%)
AIO	59 (5,7%)
FUFOX	50 (4,8%)
andere	30 (2,9%)

742 (71,1%) Patienten und 526 (76,0%) der FOLFOX 4-Patienten erhielten die vorgesehene Zyklenzahl. Bei 48 (4,6%) von 1.043 Patienten musste am Ende der Therapie eine Progression der Erkrankung diagnostiziert werden.

Therapieabweichungen



Das FOLFOX 4-Schema wurde bei 115 (16,6%) Patienten aufgrund einer Toxizität abgebrochen und Oxaliplatin in 17,0% der Fälle abgesetzt. Eine periphere **Neurotoxizität** wurde bei 460 (66,5%) Patienten (Grad 3: 10,2%) diagnostiziert.

Diskussion

Die adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms wird in den onkologischen Praxen entsprechend der Leitlinien durchgeführt. Die Standardtherapie (FOLFOX 4) wurde bei 66,3% der auswertbaren Patienten eingesetzt, die Schemata AIO und Wolmark vorwiegend bei Patienten > 70 Jahre.

Diese Auswertung zeigt, dass 76,0% der FOLFOX 4-Patienten die vorgesehene Zyklenzahl bekamen. In der MOSAIC-Studie[2] liegt dieser Wert bei 74,7%. Die periphere Neurotoxizität vom Grad 3 lag bei 10,2% gegenüber 12,4% (MOSAIC). Das erkrankungsfreie 3-Jahres-Überleben der Patienten mit einem UICC III-Stadium liegt bei 71%, wobei bisher nur bei 30% der Patienten ein 2-Jahres-Follow Up bzw. bei 10% ein 3-Jahres-Follow up vorliegt.

[1]Interdisziplinäre S3-Leitlinie "Diagnostik, Therapie und Nachsorge des kolorektalen Karzinoms" vom 15. März 2004; [2]André, NEJM 2004 (MOSAIC); [3]Wolmark, JCO 1999: 1879-1888/Interdisziplinäre S3-Leitlinie 15. März 2004 (Saini); [4]O´Connell, JCO 1997, [5]Scheithauer 2003 (X-Act), [6]Sargent et al., JCO 2007

Logistik und Unterlagen zu diesem Projekt: rgb GmbH, Sarstedt
Homepage: www.rgb-onkologie.de, E-mail: info@rgb-onkologie.de, Tel.: 05066/692071, Fax: 05066/692064
Datenbanktechnologie und Biometrie: Kersting/Bartels

Adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms (1.642 Patienten)

Hutzschenreuter/Sauer, Nordhorn; Hayungs, Rheine; Wehmeyer/Lerchenmüller/Kratz-Albers, Münster; Tessen, Goslar; Kalhori/Nusch, Velbert; Müller, Leer; Kairies, Greifswald; Franz-Werner, Otterstadt; Naumann, Berlin; Valdix, Schwerin; Tschechne/Luft/Jordan, Lehrte; Blumenstengel, Eisenach; Schmidt/Schweigert/Schneider-Obermeyer, Berlin; Rubanov, Hameln; Detken/Seraphin, Northeim; Däßler, Freital; Söling, Kassel; von Grünhagen/Gaier, Cottbus; Otremba/Reschke/Zirpel/Kühn, Oldenburg; Reichert/Jansen, Westerstede; Domagalski/Hegge, Osnabrück; Hülsheger/Körfer, Peine; Ehscheidt/Jungbluth, Neuwied; Bredt, Bremervörde; Müller-Hagen/Bertram, Hamburg; Petersen, Heidenheim; Schwindt, Plauen;; Wolf/Freidt, Dresden; Elsel, Zwickau; Schröder, Hannover; Harich/Kasper, Hof; Marquard, Celle; Grundeis/Teich, Chemnitz; Wolf/Freidt, Dresden; Schardt, Gelsenkirchen; Siegmund/Penke, Damme; Eschenburg/Wilhelm, Güstrow; Lenzen/Wamhoff, Osnabrück; Adari, Walsrode; Spohn/Möller, Halle; Schmidt, Neunkirchen; Rieß, Niefern-Öschelbrunn; Schulze, Zittau; Priebe-Richter, Stadthagen; Prügl, Zwiesel; Keppler/Wußling, Nordhausen;Gaede/Ehlers/Rodewig/Königsmann, Hannover; Schwerdtfeger, Köthen; Papke, Neustadt/Sachsen; Strohbach/Speidel, Berlin; Buschmann, Bonn; Köhler, Langen; Lakner/Decker, Rostock; Kingreen/Koschuth, Berlin; Waberzeck, Hartha bei Döbeln; Josten/Klein, Wiesbaden; Weinert, Bad Salzuflen; Karcher/Fuxius, Heidelberg; Löhr, Wiesbaden; Stern, Altötting; Ammon/Meyer, Göttingen; Obst, Großburgwedel; Mölle/Jacobasch, Dresden; Uhlig, Naunhof; Rohrberg/Hurtz/Schmidt/Oppenhorst/Frank-Gleich, Halle; Arzberger, Meissen; Kröger/Schütz, Bremerhaven; Rodemer/Schellenberger, Wilhelmshaven; Hahn, Herne; Kayser, Danneberg; Ringel/Ringel/Wartenberg, Friedberg; Blau, Berlin; Abenhardt/Bojko, München; Maintz/Groschek/Hinsike, Würselen; Mory, Zschopau; Hesselbarth, Schwalmstedt; Dietzfelbinger, Herrsching; Jacobs/Schmits/Daus, Saarbrücken; Forstba

Projektleitung: PD Dr. K. Ridwelski/Dr.

Hannover-Meeting 22./23.01.2010

download: www.rgb-onkologie.de

Einleitung

Entsprechend der Interdisz… OG

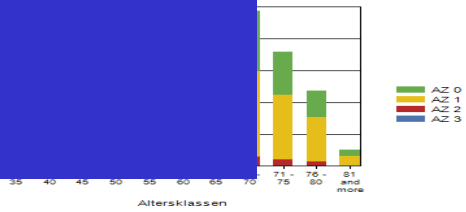
pathohistologische Stadienl…

mehr regionäre Lymphknot…

pT, pN1-2, M0) indiziert.

Chemotherapie sollte 4-8 W…

Capecitabin) und 72% in de…



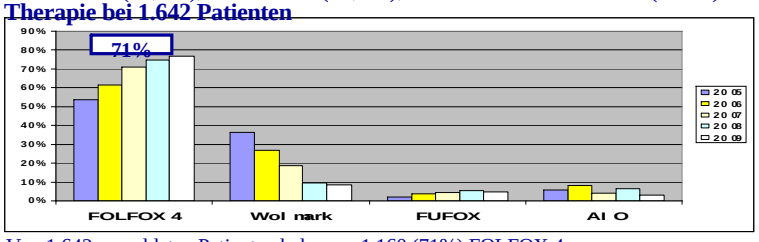
Ziel des Projektes

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

Ergebnisse

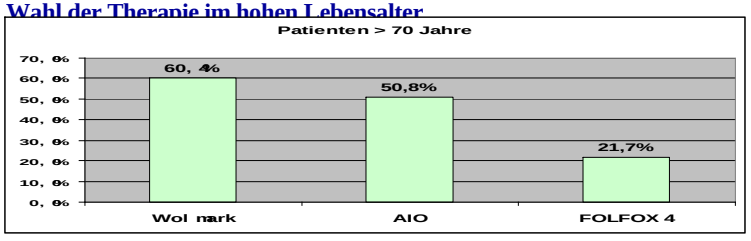
Dieses Projekt startete im Oktober 2004 und wird gemeinsam von Chirurgen und 84 niedergelassenen internistischen Onkologen durchgeführt. Diese Auswertung beinhaltet **1.043 auswertbare Patienten**: 593 Männer (56,9%), 450 Frauen (43,1%); medianes Alter: 67 Jahre (32-86)

Therapie bei 1.642 Patienten



Von 1.642 gemeldeten Patienten bekamen 1.160 (71%) FOLFOX 4.

Wahl der Therapie im hohen Lebensalter

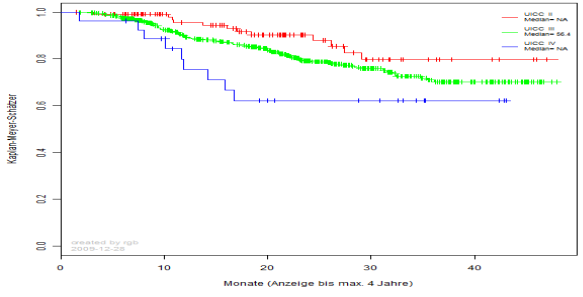


UICC-Stadien

I*	2 (0,2%)
II*	140 (13,4%)
III	870 **(83,4%)**
IV**	31 (3,0%)

*91 (64,1%) Patienten mit Risikofaktor (perforierter Tumor, T4, G3, <12 entnommene LK, Notfall-OP). **Metastasen R0-reseziert.

Krankheitsfreies Überleben



Bei 315 Patienten liegt ein 2-Jahres-Follow up vor, bei 104 Patienten ein 3-Jahres-Follow up. Laut Sargent[6] erlaubt das erkrankungsfreie Überleben nach 2 bzw. 3 Jahren eine Vorhersage hinsichtlich des 5-Jahres-Überleben. 90 Patienten sind bisher verstorben.

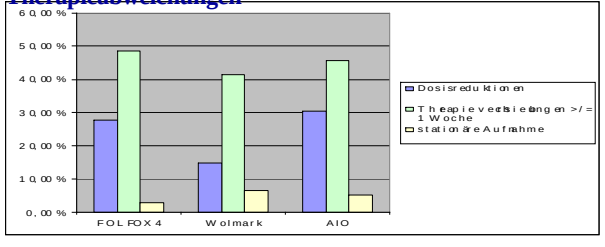
Der **Klinikaufenthalt** betrug im Median 14 Tage (3-64 Tage), der **Zeitraum von Operation bis zum Beginn der adjuvanten Therapie** 5,1 Wochen (1-26 Wochen).

Therapien

FOLFOX 4	692 **(66,3%)**
Wolmark	212 (20,3%)
AIO	59 (5,7%)
FUFOX	50 (4,8%)
andere	30 (2,9%)

742 (71,1%) Patienten und 526 (76,0%) der FOLFOX 4-Patienten erhielten die vorgesehene Zyklenzahl. Bei 48 (4,6%) von 1.043 Patienten musste am Ende der Therapie eine Progression der Erkrankung diagnostiziert werden.

Therapieabweichungen



Das FOLFOX 4-Schema wurde bei 115 (16,6%) Patienten aufgrund einer Toxizität abgebrochen und Oxaliplatin in 17,0% der Fälle abgesetzt. Eine periphere **Neurotoxizität** wurde bei 460 (66,5%) Patienten (Grad 3: 10,2%) diagnostiziert.

Diskussion

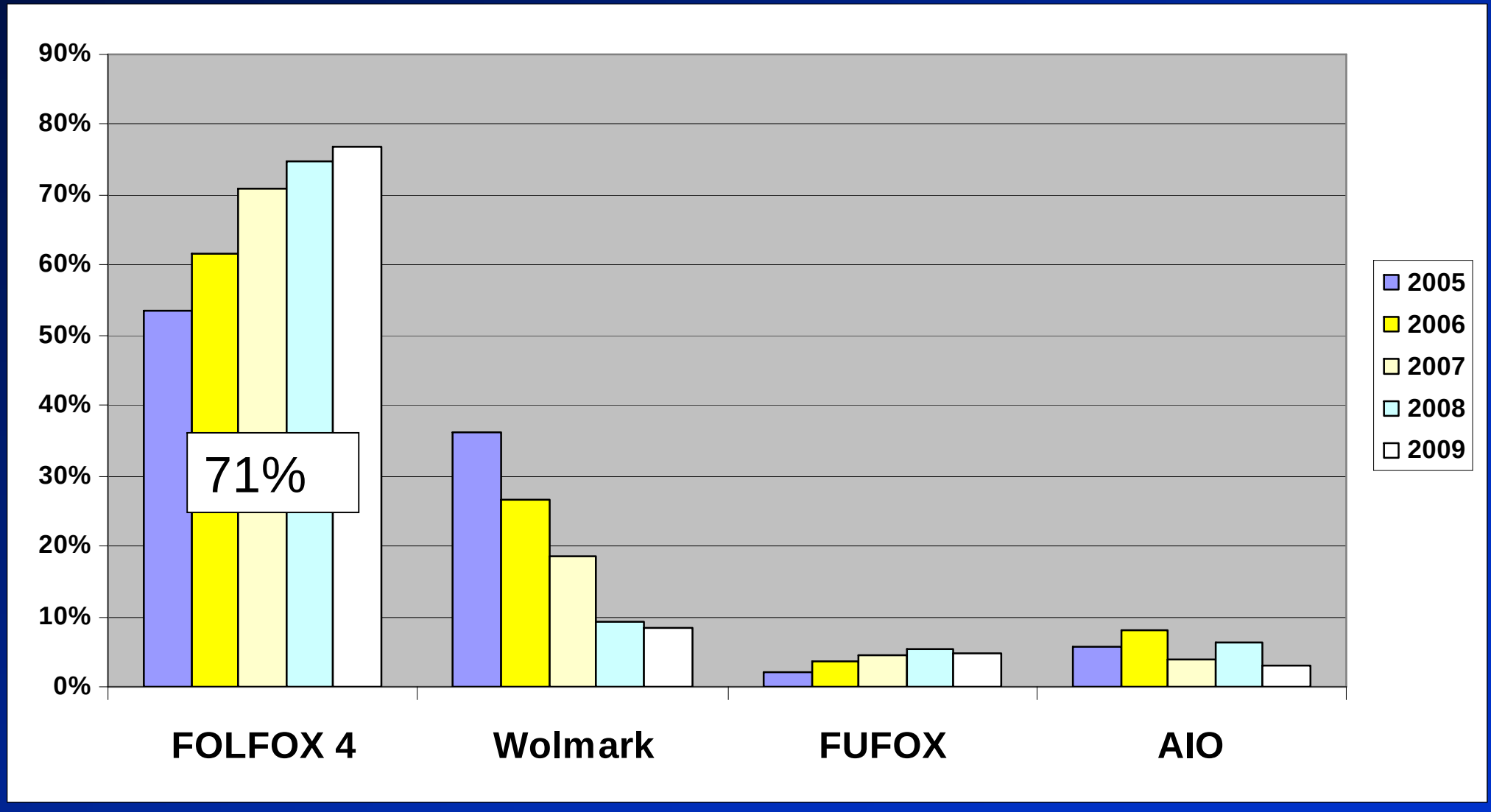
Die adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms wird in den onkologischen Praxen entsprechend der Leitlinien durchgeführt. Die Standardtherapie (FOLFOX 4) wurde bei 66,3% der auswertbaren Patienten eingesetzt, die Schemata AIO und Wolmark vorwiegend bei Patienten > 70 Jahre.

Diese Auswertung zeigt, dass 76,0% der FOLFOX 4-Patienten die vorgesehene Zyklenzahl bekamen. In der MOSAIC-Studie[2] liegt dieser Wert bei 74,7%. Die periphere Neurotoxizität vom Grad 3 lag bei 10,2% gegenüber 12,4% (MOSAIC). Das erkrankungsfreie 3-Jahres-Überleben der Patienten mit einem UICC III-Stadium liegt bei 71%, wobei bisher nur bei 30% der Patienten ein 2-Jahres-Follow Up bzw. bei 10% ein 3-Jahres-Follow up vorliegt.

[1]Interdisziplinäre S3-Leitlinie "Diagnostik, Therapie und Nachsorge des kolorektalen Karzinoms" vom 15. März 2004; [2]André, NEJM 2004 (MOSAIC); [3]Wolmark, JCO 1999: 1879-1888/Interdisziplinäre S3-Leitlinie 15. März 2004 (Saini); [4]O`Connell, JCO 1997, [5]Scheithauer 2003 (X-Act), [6]Sargent et al., JCO 2007

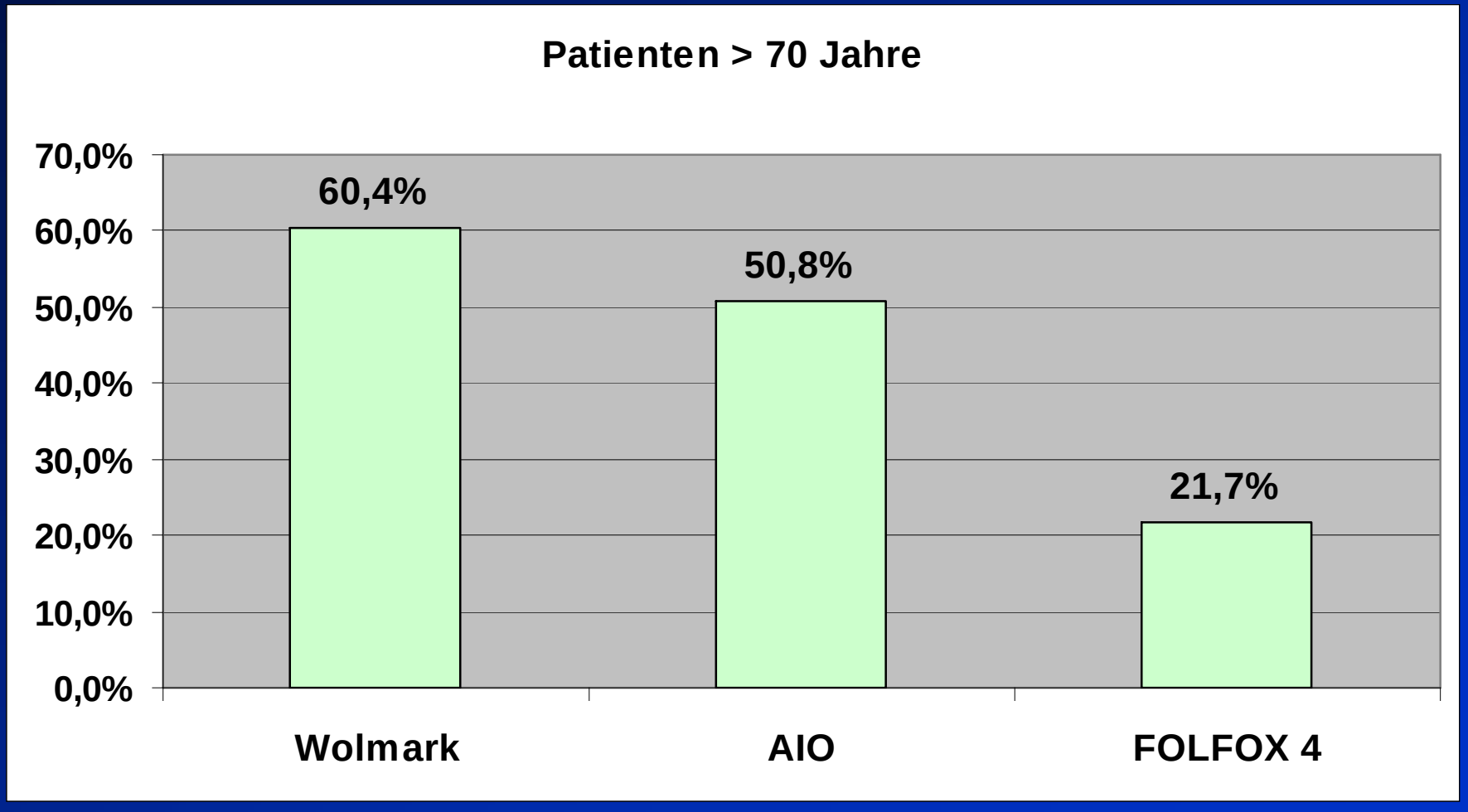
Logistik und Unterlagen zu diesem Projekt: rgb GmbH, Sarstedt
Homepage: www.rgb-onkologie.de, E-mail: info@rgb-onkologie.de, Tel.: 05066/692071, Fax: 05066/692064
Datenbanktechnologie und Biometrie: Kersting/Bartels

Adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms – gemeldete Patienten



n = 1.642 gemeldet

Adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms

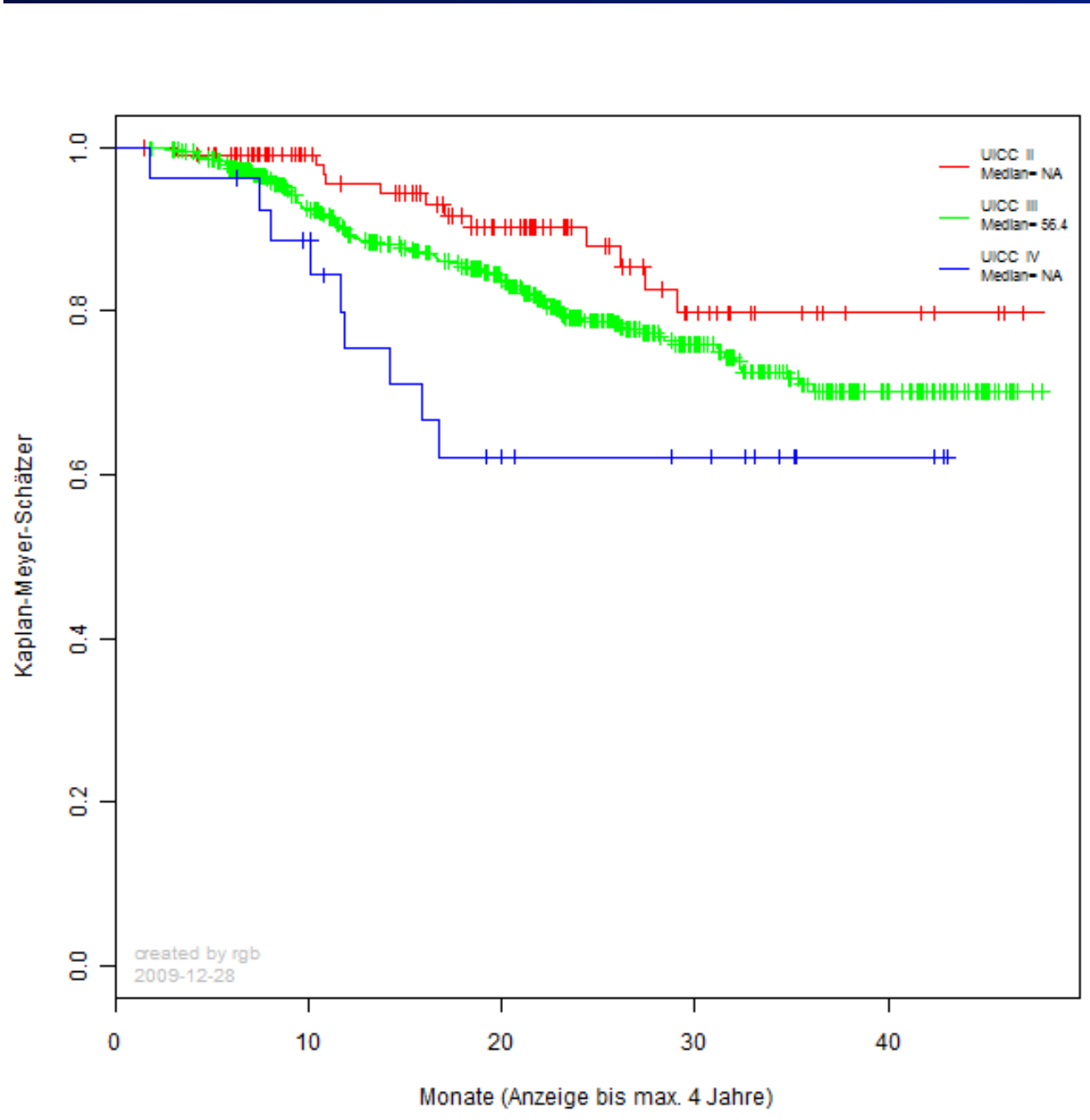


n = 1.043 auswertbar

Adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms

- 90 Patienten bisher verstorben
- 2 Jahres-Follow up: n = 315
- 3 Jahres-Follow up: n = 104

Adjuvante Therapie des Kolonkarzinoms



Krankheitsfreies Überleben:

UICC III: 71%

MOSAIC-Studie: 72%

Palliative Therapie CRC (Register)

- Projektleiter: Dr. F. Strohbach, Berlin

Behandlungsstrategien beim metastasierten kolorektalen Karzinom in Praxen (3.317 Patienten)

p.i.o. Projektgruppe Internistische Onkologie

Müller, Leer; Hayungs/Innig, Rheine; Wehmeyer/Lerchenmüller/Kratz-Albers, Münster; Kairies, Greifswald; Hutzschenreuter/Sauer, Nordhorn; Kröning, Magdeburg; Grundeis/Teich, Chemnitz; Valdix, Schwerin; Blumenstengel, Eisenach; Schwindt, Plauen; Tessen, Goslar; Schmidt/Schneider-Obermeyer/Schweigert, Berlin; Kalhori/Nusch,Velbert; Domagalski/Hegge, Osnabrück; Tschechne/Luft, Lehrte; Otremba/Reschke/Zirpel/Kühn, Oldenburg; Göhler/Dörfel, Dresden; Naumann, Berlin; Eschenburg/Wilhelm, Güstrow; Harich/Kasper, Hof; Keppler/Wußling, Nordhausen; Kindler, Berlin; Söling, Kassel; Ridwelski, Madeburg; Buschmann, Bonn; Franz-Werner/Feustel, Speyer; Reichert/Jansen, Westerstede; Detken/Seraphin, Northeim; Petersen, Heidenheim; Rubanov, Hameln; Schulze, Zittau; Schardt, Gelsenkirchen; Schmidt, Neunkirchen; Elsel, Zwickau; Prügl, Zwiesel; Siegmund/Penke, Damme; Rodemer/Schellenberger, Wilhelmshaven; Däßler, Freital; Rieß, Niefern-Öschelbronn; Hülsheger/Körfer, Peine; Hoffmeister, Bad Säckingen; Marquard, Celle; Bredt, Bremervörde; Schröder, Hannover; Uhlig, Naunhof; Wysk/Gaede/Ehlers/Rodewig/Königsmann, Hannover; Müller-Hagen/Bertram/Stein, Hamburg; Schwerdtfeger, Köthen; Scheuer/Noll/Zinßlus, Pirmasens; Mittermüller, Germering; Wolf/Freidt, Dresden; Lange, Bonn; Kröger/Schütz, Bremerhaven; Lakner/Decker, Rostock; Weber, Schwalmstedt; Neise/Lollert/Neise, Krefeld; Papke, Neustadt/Sachsen; Rohrberg/Hurtz/Schmidt/Oppenhorst/Frank-Gleich, Halle; Seipelt/Koch, Bad Soden; Schneider-Kappus, Ulm; Nawka/Kühn, Berlin; Eggert/Wiegand/Jehner, Moers; Weniger/Bittrich, Erfurt; Karcher/Fuxius, Heidelberg; Peuser, Leipzig; v. Grünhagen/Gaier, Cottbus; Priebe-Richter; Stadthagen; Adari, Walsrode; Josten/Klein, Wiesbaden; Schürer, Leipzig; Fries, Bamberg; Ringel/Ringel/Wartenberg, Friedberg; Lenzen/Wamhoff, Osnabrück; Stern, Alttötting; Germeroth, Reichenbach; Schick/Schick/Theml, München; Schwend/Strache, Berlin; Fett/Camphausen, Wuppertal; Ammon/Meyer, Göttingen; Köhler, Langen; Hornung, Essen; Weidenbach/Balser, Marburg; Ripper/Ertl/Paul, Friedberg; Kingreen/Koschuth, Berlin; Bosse, München; Arzberger, Meissen; Möbius, Stollberg; Obst, Burgwedel; Scherpe/Steffens, Stade; Mölle/Jacobasch, Dresden; Hornberger/Tanzer, Bad Reichenhall; Hoffmann/Zimmermann, Leipzig; Hoffknecht, Dernhard; Löhr, Wiesbaden; Waberzeck, Hartha bei Döbeln; Hahn, Herne; Lautenschläger/Fauth, Hanau; Maintz/Groscheck/Hinske, Würselen; Behrens/Steudel/Fechner, Halle; Gauch/Gerhardt/Kanis, Gera; Risse/Nacke, Remagen; Jacobs/Schmits/Daus, Saarbrücken; Wietig/Frick, Rostock; Sieg/Schröder, Mülheim; Spohn/Möller, Halle; Bartels, Hamburg

Projektleitung: Strohbach, Berlin

Datenlage

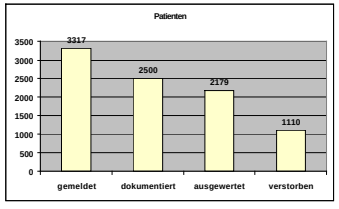
Bis 1998 bestand die Standardtherapie beim metastasierten kolorektalen Karzinom aus 5-FU/Folinsäure. Durch die Hinzunahme von Irinotecan, Oxaliplatin, Capecitabin, Bevacizumab und Cetuximab konnte die Überlebenszeit von Patienten, die in Studien behandelt wurden, von 6 Monaten auf mehr als 24 Monate verlängert werden.

Ziel dieser Erhebung

In einer Gruppe onkologischer Schwerpunktpraxen (PIO) werden seit März 2004 die Behandlungsdaten von Patienten mit einem kolorektalen Karzinom erfasst und ausgewertet. Ziel ist es, studienanaloge Therapieergebnisse auf höchstem medizinischem Niveau zu erreichen.

Ergebnisse

Von **3.317** angemeldeten Patienten sind bisher **2.179** dokumentiert und ausgewertet, **1.110** Patienten verstorben. **111** onkologische Schwerpunktpraxen sind beteiligt.



Adjuvante Therapie

Eine adjuvante Therapie erhielten 653 (30,0%) Patienten, wobei bei 155 (23,5%) ein Platinderivat zum Einsatz kam.

Diskussion

Eine Chemo- bzw. Immun-/Chemotherapie wird etwa zu gleichen Teilen in der First- (55%/44%) bzw. Second-line Therapie (52%/46%) beim kolorektalen Karzinom eingesetzt. Die Remissionsraten der 1st line-Therapien (48% bzw. 53%) sind vergleichbar. Das Überleben (23,1 bzw. 23,7 Monate) unterscheiden sich nicht.

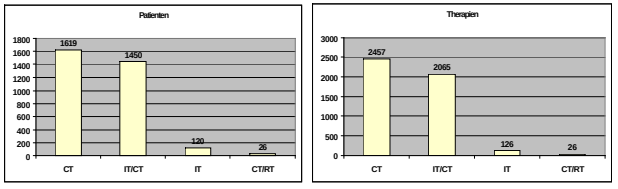
Eine Immun-/Chemotherapie mit Irinotecan wurde bei 823 von 1.348 (61%) Patienten durchgeführt. Bei einer Therapie mit Oxaliplatin waren es dagegen nur 64 von 592 (11%).

Das mediane Gesamtüberleben einer 1st line-Therapie liegt bei 23,2 Monaten, wobei Patienten < 65 Jahre (n = 886) 25,6 Monate und Patienten = 65 Jahre (n = 1.274) 22,1 Monate überlebten.

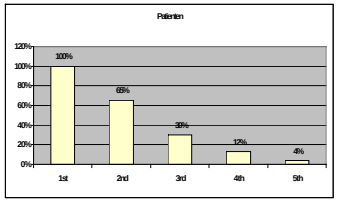
Die Datenerhebung und -auswertung ist zu einem festen Bestandteil in den Praxen geworden. Nur so ist es möglich, Aussagen zur Therapiequalität zu erhalten, zu diskutieren und die Ergebnisqualität in den Praxisalltag zu übernehmen.

Palliative Therapie

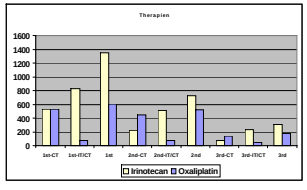
Eine palliative Therapie erhielten 2.178 Patienten. Insgesamt 4.674 Therapien (Chemo, Immun-, Strahlentherapie) wurden verabreicht.

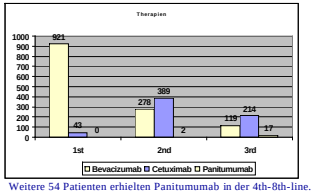


65% der Patienten bekamen eine 2nd-line-, 30% eine 3rd-line- und 11% eine 4th-line Therapie. Maximal 8 Therapien wurden verabreicht.



Es wurden folgende Substanzen eingesetzt:
Irinotecan 1.352 Patienten (62%) 1st und 732 Patienten (51%) 2nd,
Oxaliplatin 596 Patienten (27%) 1st und 524 Patienten (37%) 2nd,
Bevacizumab 921 Patienten (42%) 1st und 278 Patienten (20%) 2nd,
Cetuximab 43 Patienten (2%) 1st und 380 Patienten (27%) 2nd-line.

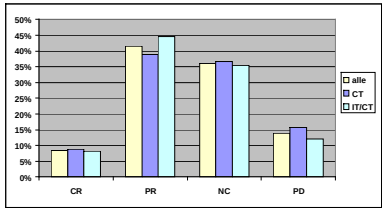




Weitere 54 Patienten erhielten Panitumumab in der 4th-8th-line.

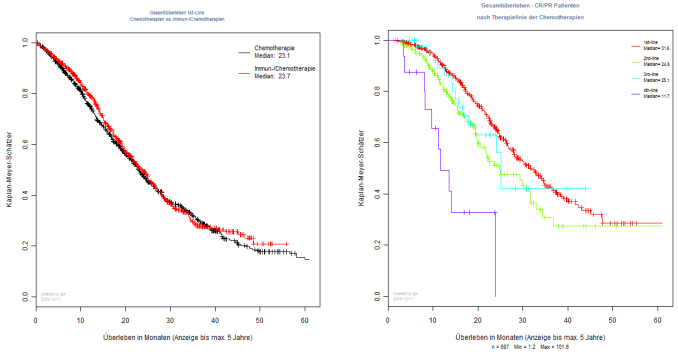
Ansprechen

Die Remissionsrate in der 1st-line Therapie beträgt für die gesamte Gruppe 51% (48% für die Chemotherapie und 53% für IT/CT).

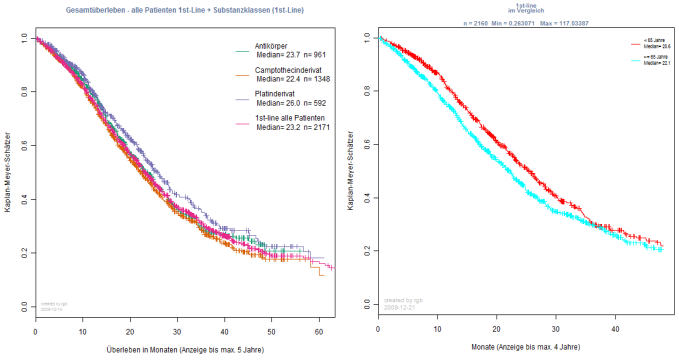


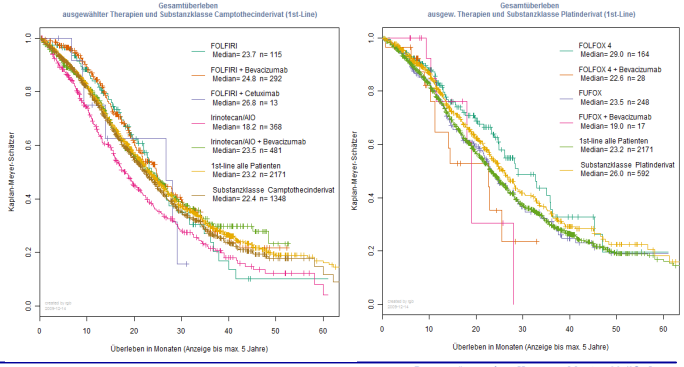
Überleben

Das mediane Gesamtüberleben ab Erstdiagnose nach Kaplan-Meier beträgt 43,0 Monate, ab Erstmetastasierung 26,5 Monate.



Das mediane Gesamtüberleben bei einer 1st line-Therapie liegt bei 23,2 Monaten. Patienten mit einer CR bzw. PR überlebten 31,6 Monate.





Logistik und Unterlagen zu diesem Projekt: rgb GmbH, Sarstedt
2010
Homepage: www.rgb-onkologie.de E-mail: info@rgb-onkologie.de Tel.: 05066/692071 Fax: 05066/692064

Posterpräsentation: Hannover-Meeting 22./23. Januar

Datenbanktechnologie und Biometrie: Koesting/Bartels

Behandlungsstrategien beim metastasierten kolorektalen Karzinom in Praxen (3.317 Patienten)

p.i.o. Projektgruppe Internistische Onkologie

Müller, Leer; Hayungs/Innig, Rheine; Wehmeyer/Lerchenmüller/Kratz-Albers, Münster; Kairies, Greifswald; Hutzschenreuter/Sauer, Nordhorn; Kröning, Magdeburg; Grundeis/Teich, Chemnitz; Valdix, Schwerin; Blumenstengel, Eisenach; Schwindt, Plauen; Tessen, Goslar; Schmidt/Schneider-Obermeyer/Schweigert, Berlin; Kalhori/Nusch,Velbert; Domagalski/Hegge, Osnabrück; Tschechne/Luft, Lehrte; Otremba/Reschke/Zirpel/Kühn, Oldenburg; Göhler/Dörfel, Dresden; Naumann, Berlin; Eschenburg/Wilhelm, Güstrow; Harich/Kasper, Hof; Keppler/Wußling, Nordhausen; Kindler, Berlin; Söling, Kassel; Ridwelski, Madeburg; Buschmann, Bonn; Franz-Werner/Feustel, Speyer; Reichert/Jansen, Westerstede; Detken/Seraphin, Northeim; Petersen, Heidenheim; Rubanov, Hameln; Schulze, Zittau; Schardt, Gelsenkirchen; Schmidt, Neunkirchen; Elsel, Zwickau; Prügl, Zwiesel; Siegmund/Penke, Damme; Rodemer/Schellenberger, Wilhelmshaven; Däßler, Freital; Rieß, Niefern-Öschelbronn; Hülsheger/Körfer, Peine; Hoffmeister, Bad Säckingen; Marquard, Celle; Bredt, Bremervörde; Schröder, Hannover; Uhlig, Naunhof; Wysk/Gaede/Ehlers/Rodewig/Königsmann, Hannover; Müller-Hagen/Bertram/Stein, Hamburg; Schwerdtfeger, Köthen; Scheuer/Noll/Zinßlus, Pirmasens; Mittermüller, Germering; Wolf/Freidt, Dresden; Lange, Bonn; Kröger/Schütz, Bremerhaven; Lakner/Decker, Rostock; Weber, Schwalmstedt; Neise/Lollert/Neise, Krefeld; Papke, Neustadt/Sachsen; Rohrberg/Hurtz/Schmidt/Oppenhorst/Frank-Gleich, Halle; Seipelt/Koch, Bad Soden; Schneider-Kappus, Ulm; Nawka/Kühn, Berlin; Eggert/Wiegand/Jehner, Moers; Weniger/Bittrich, Erfurt; Karcher/Fuxius [illegible] Alttötting; Germeroth, Reichenbach; Schick/Schick/Theml, München; Schwend/Stra[illegible] Möbius, Stollberg; Obst, Burgwedel; Scherpe/Steffens, Stade; Mölle/Jacobasch, Dre[illegible]elen; Behrens/Steudel/Fechner, Halle; Gauch/Gerhardt/Kanis, Gera; Risse/Nacke, Rema

Hannover-Meeting 22./23.01.2010

Deutscher Krebskongress ?.02.2010

download: www.rgb-onkologie.de

Datenlage

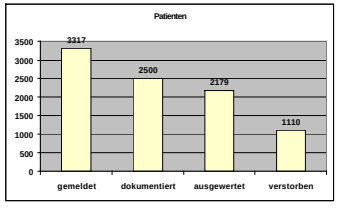
Bis 1998 bestand die Standardther[illegible] Karzinom aus 5-FU/Folinsäure. D[illegible] Oxaliplatin, Capecitabin, Bevaci[illegible] Überlebenszeit von Patienten, die[illegible] 6 Monaten auf mehr als 24 Monate[illegible]

Ziel dieser Erhebung

In einer Gruppe onkologischer S[illegible] März 2004 die Behandlungsdaten [illegible] Karzinom erfasst und ausgewertet. Ziel ist es, studienanaloge Therapieergebnisse auf höchstem medizinischem Niveau zu erreichen.

Ergebnisse

Von **3.317** angemeldeten Patienten sind bisher **2.179** dokumentiert und ausgewertet, **1.110** Patienten verstorben. **111** onkologische Schwerpunktpraxen sind beteiligt.



Adjuvante Therapie

Eine adjuvante Therapie erhielten 653 (30,0%) Patienten, wobei bei 155 (23,5%) ein Platinderivat zum Einsatz kam.

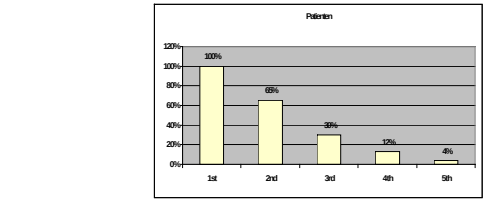
Diskussion

Eine Chemo- bzw. Immun-/Chemotherapie wird etwa zu gleichen Teilen in der First- (55%/44%) bzw. Second-line Therapie (52%/46%) beim kolorektalen Karzinom eingesetzt. Die Remissionsraten der 1st line-Therapien (48% bzw. 53%) sind vergleichbar. Das Überleben (23,1 bzw. 23,7 Monate) unterscheiden sich nicht.

Eine Immun-/Chemotherapie mit Irinotecan wurde bei 823 von 1.348 (61%) Patienten durchgeführt. Bei einer Therapie mit Oxaliplatin waren es dagegen nur 64 von 592 (11%).

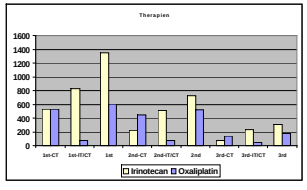
Das mediane Gesamtüberleben einer 1st line-Therapie liegt bei 23,2 Monaten, wobei Patienten < 65 Jahre (n = 886) 25,6 Monate und Patienten = 65 Jahre (n = 1.274) 22,1 Monate überlebten.

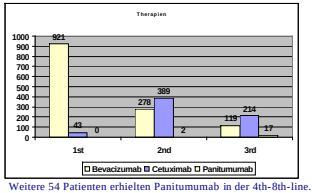
Die Datenerhebung und -auswertung ist zu einem festen Bestandteil in den Praxen geworden. Nur so ist es möglich, Aussagen zur Therapiequalität zu erhalten, zu diskutieren und die Ergebnisqualität in den Praxisalltag zu übernehmen.



65% der Patienten bekamen eine 2nd-line-, 30% eine 3rd-line- und 11% eine 4th-line Therapie. Maximal 8 Therapien wurden verabreicht.

Es wurden folgende Substanzen eingesetzt:
Irinotecan 1.352 Patienten (62%) 1st und 732 Patienten (51%) 2nd,
Oxaliplatin 596 Patienten (27%) 1st und 524 Patienten (37%) 2nd,
Bevacizumab 921 Patienten (42%) 1st und 278 Patienten (20%) 2nd,
Cetuximab 43 Patienten (2%) 1st und 380 Patienten (27%) 2nd-line.

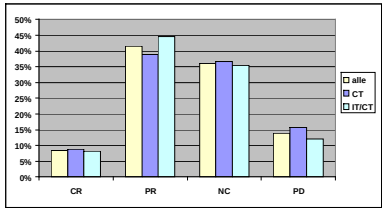




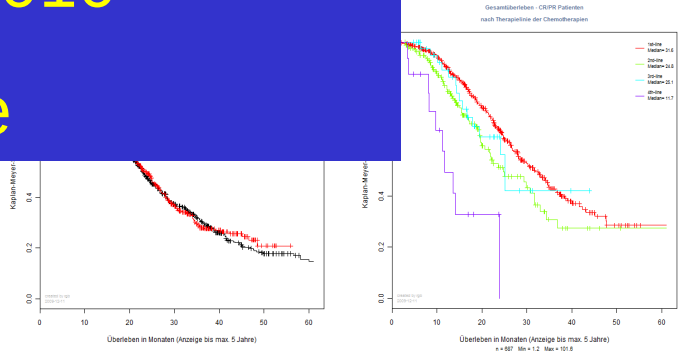
Weitere 54 Patienten erhielten Panitumumab in der 4th-8th-line.

Ansprechen

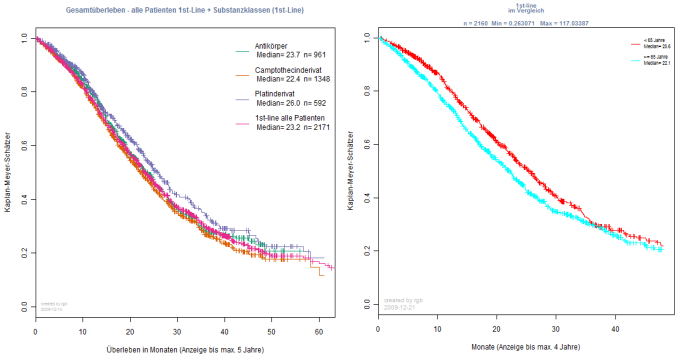
Die Remissionsrate in der 1st-line Therapie beträgt für die gesamte Gruppe 51% (48% für die Chemotherapie und 53% für IT/CT).

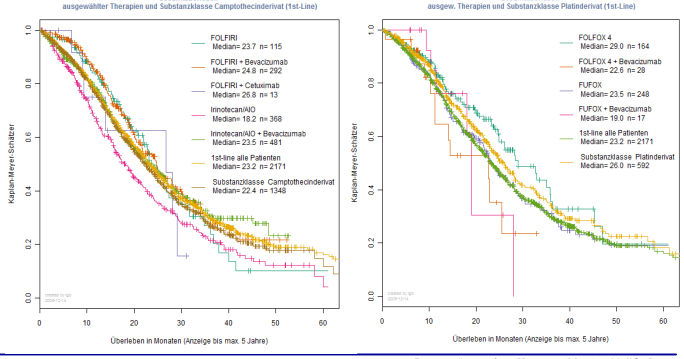


[illegible]diagnose nach Kaplan-Meier 26,5 Monate.



Das mediane Gesamtüberleben bei einer 1st line-Therapie liegt bei 23,2 Monaten. Patienten mit einer CR bzw. PR überlebten 31,6 Monate.



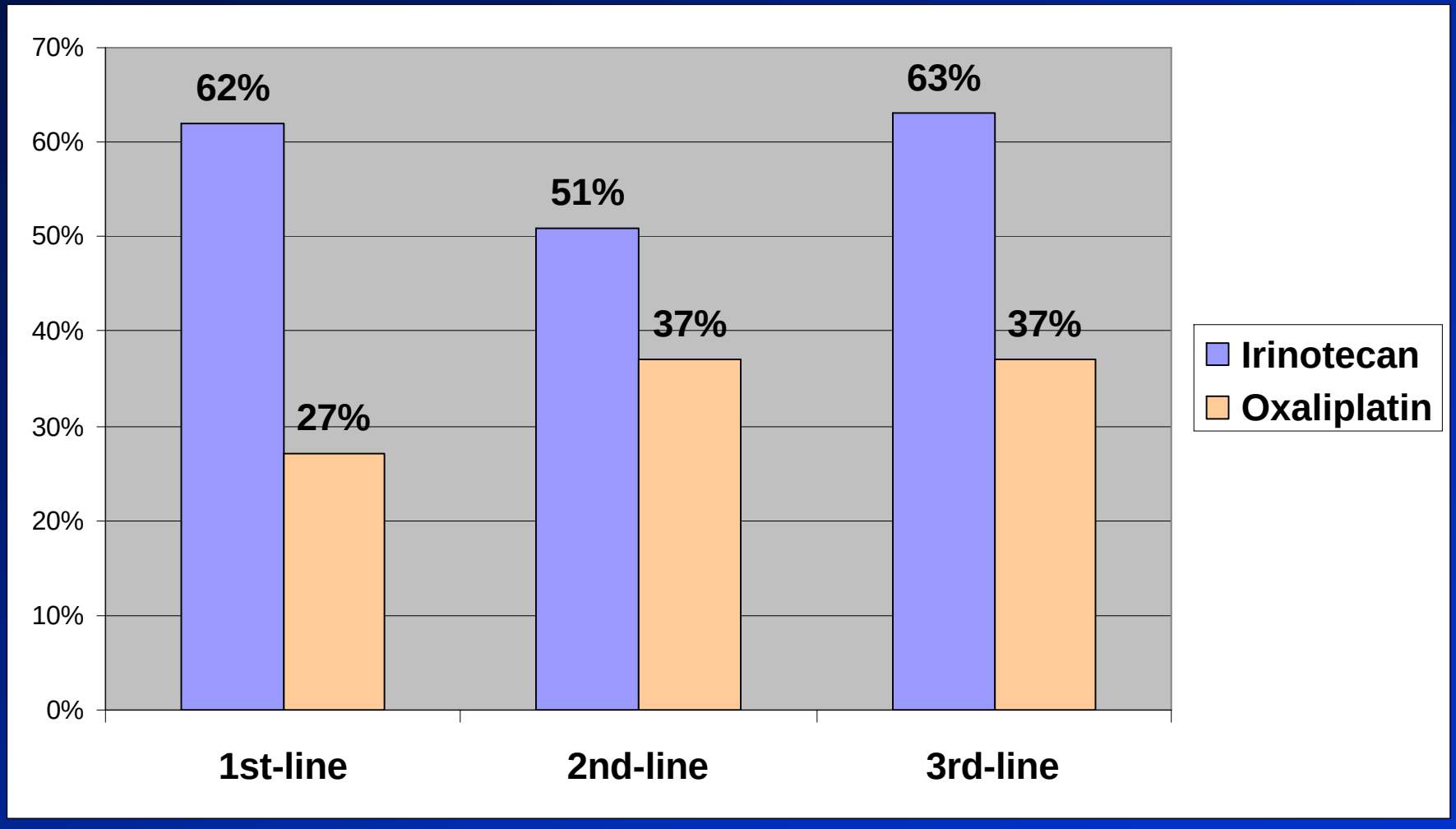


Logistik und Unterlagen zu diesem Projekt: rgb GmbH, Sarstedt 2010
Homepage: www.rgb-onkologie.de E-mail: info@rgb-onkologie.de Tel.: 05066/692071 Fax: 05066/692064

Posterpräsentation: Hannover-Meeting 22./23. Januar

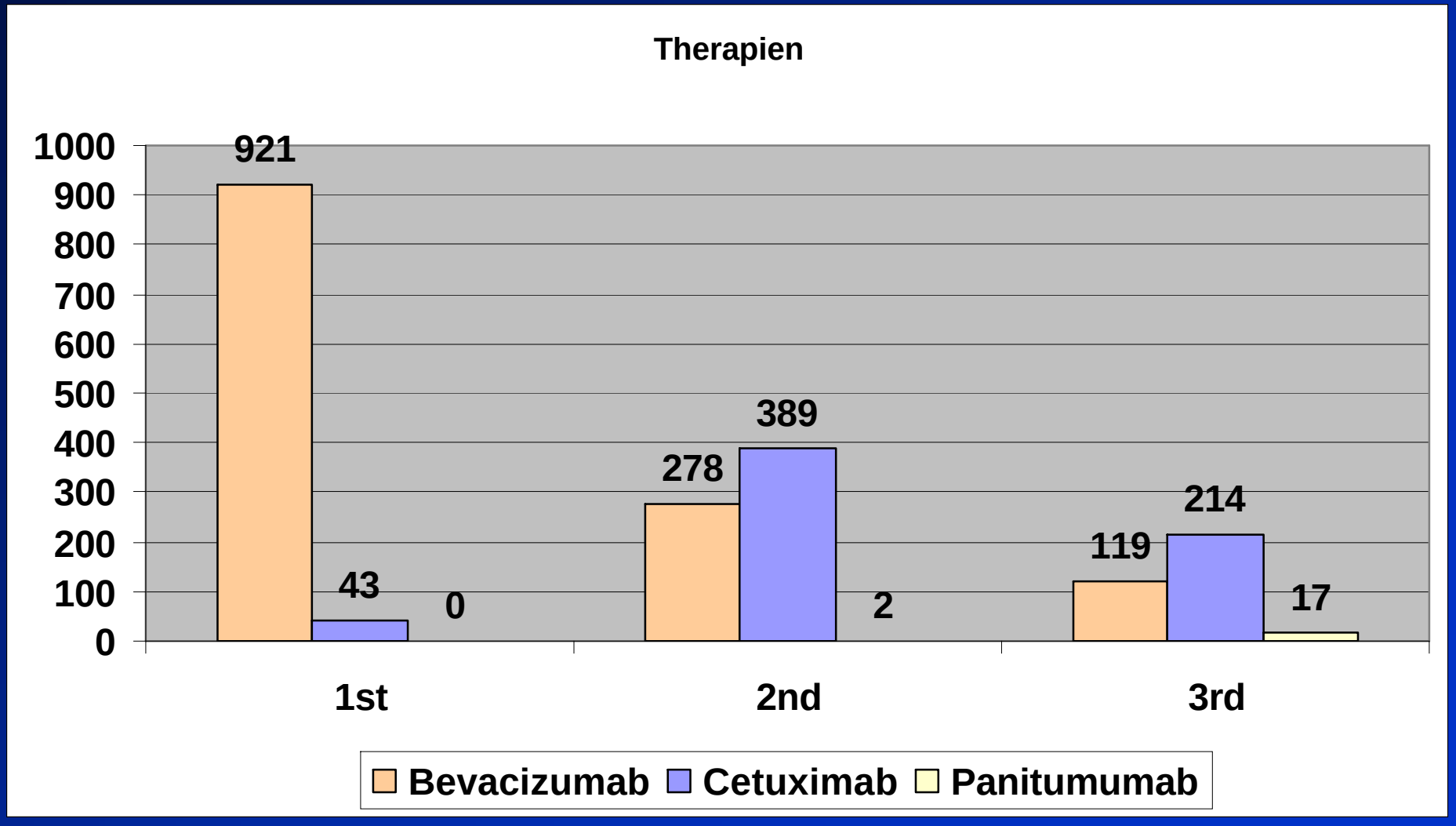
Datenbanktechnologie und Biometrie: Koesting/Bartels

Palliative Therapie CRC (Register)



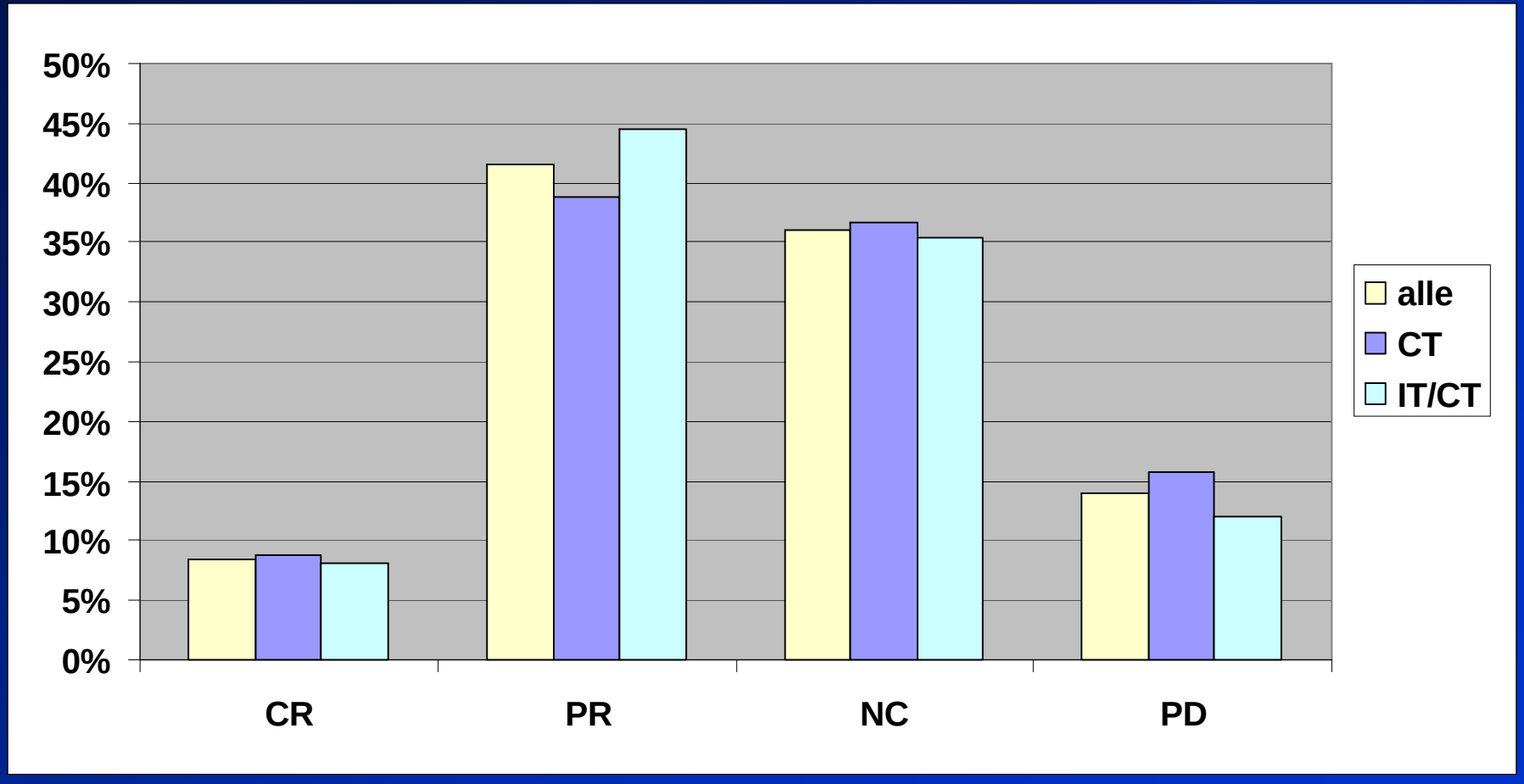
n = 2.179 auswertbar

Palliative Therapie CRC (Register)



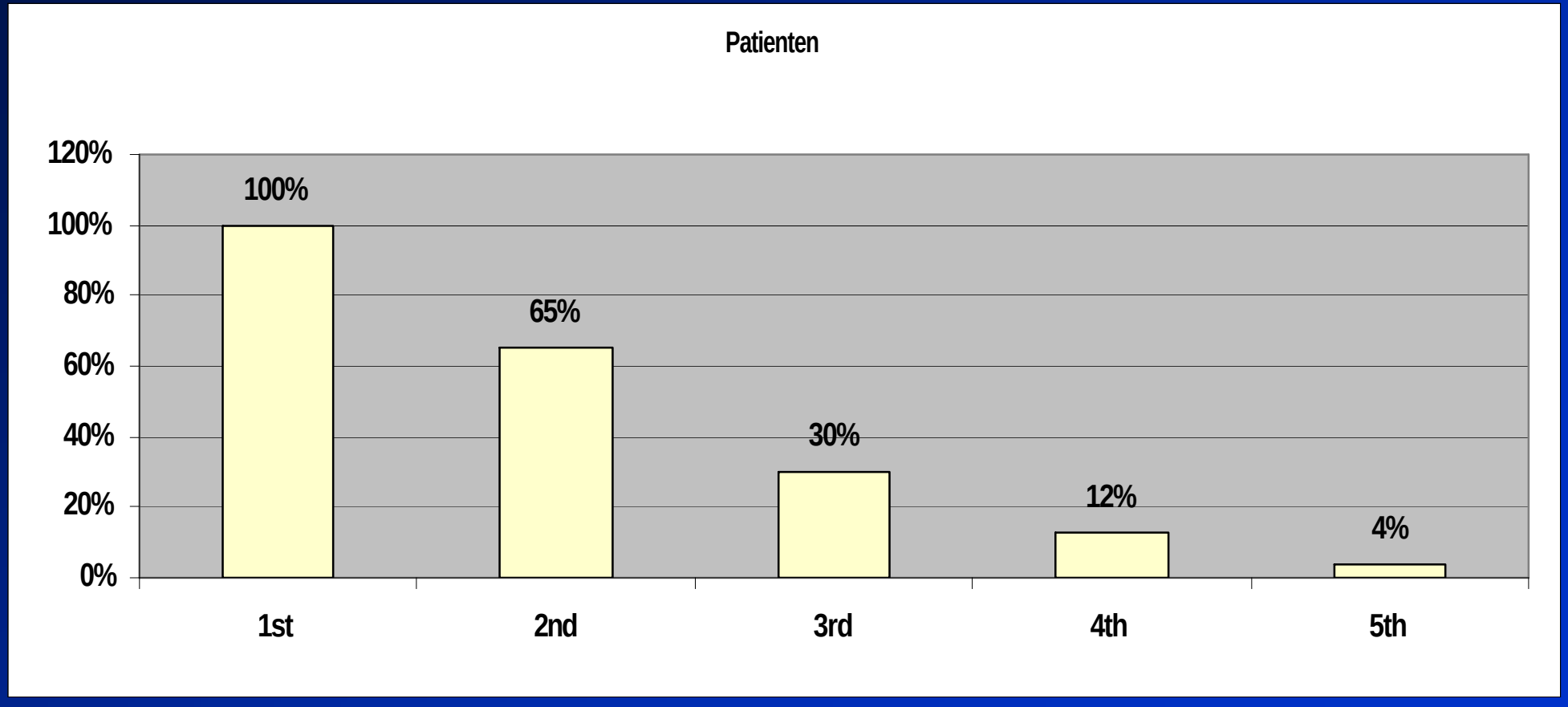
n = 2.179 auswertbar

Palliative Therapie CRC (Register)
Remissionsraten 1st-line



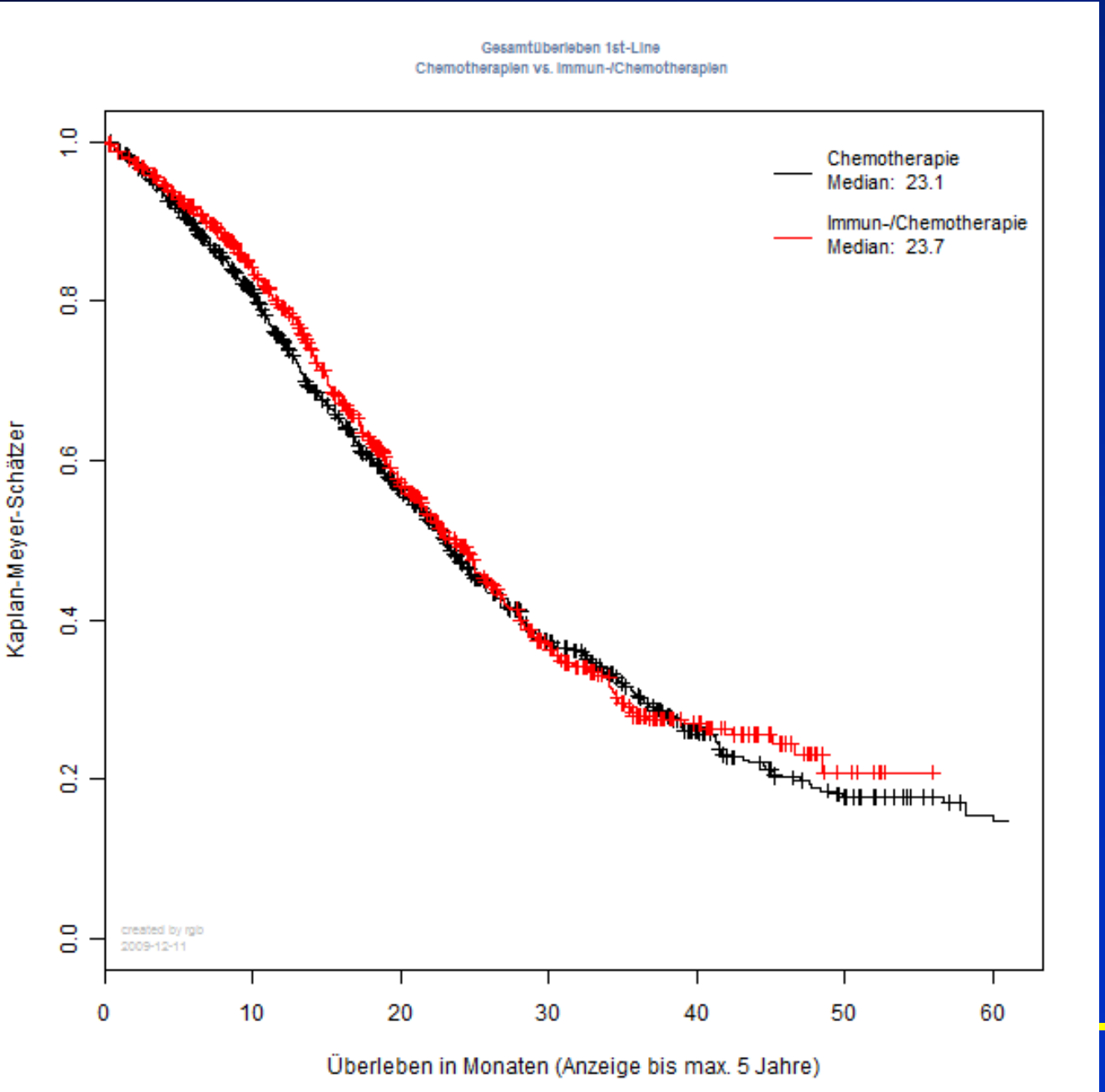
51% OR gesamte Gruppe, 48% CT, 53% IT/CT

Palliative Therapie CRC (Register)



n = 1.110 verstorben (51%)

Palliative Therapie CRC (Register)

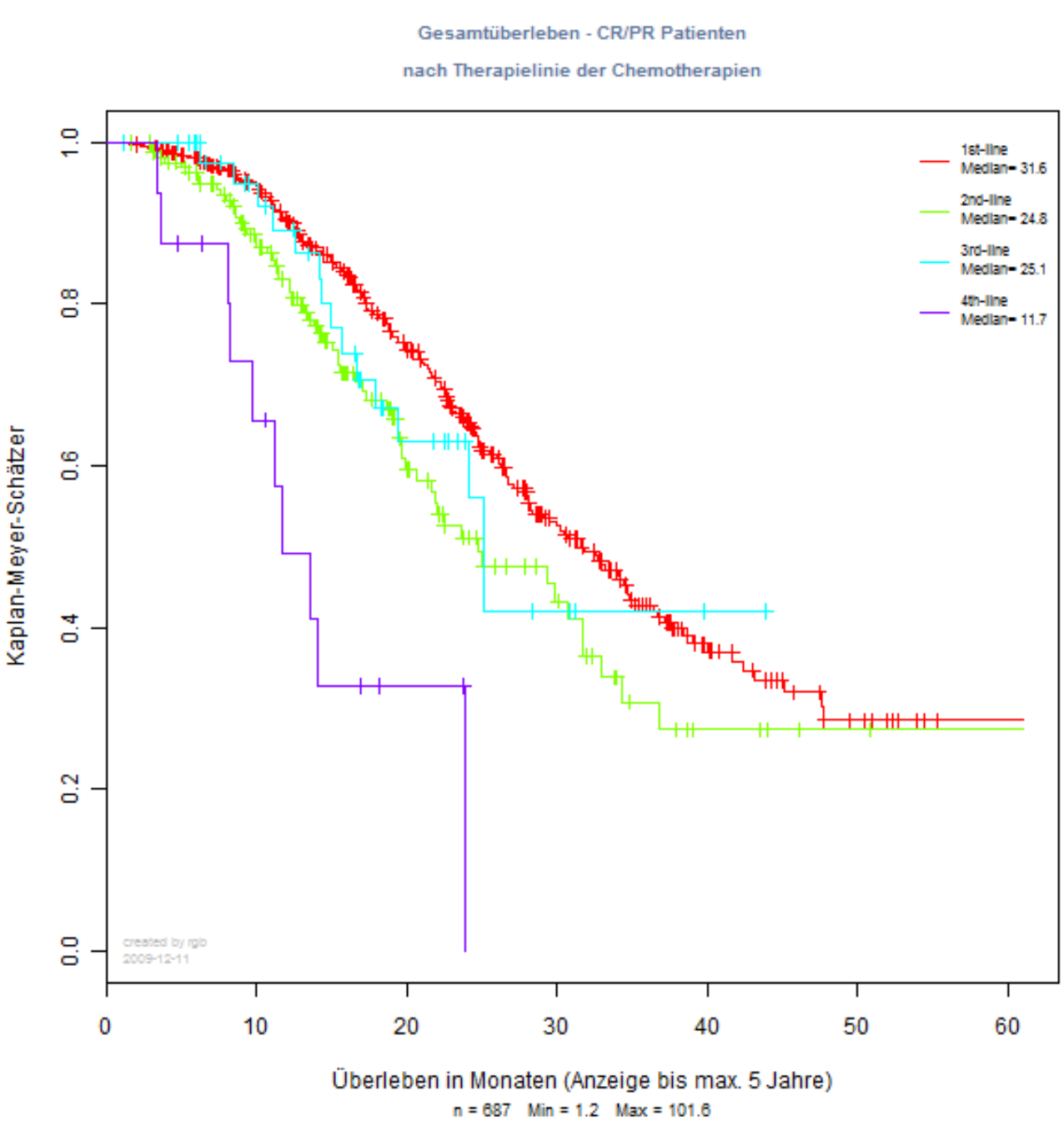


Gesamtüberleben 1st-line:

Chemotherapie: 23,1 Monate

Immun-/Chemotherapie: 23,7 Monate

Palliative Therapie CRC (Register)



Gesamtüberleben CR/PR

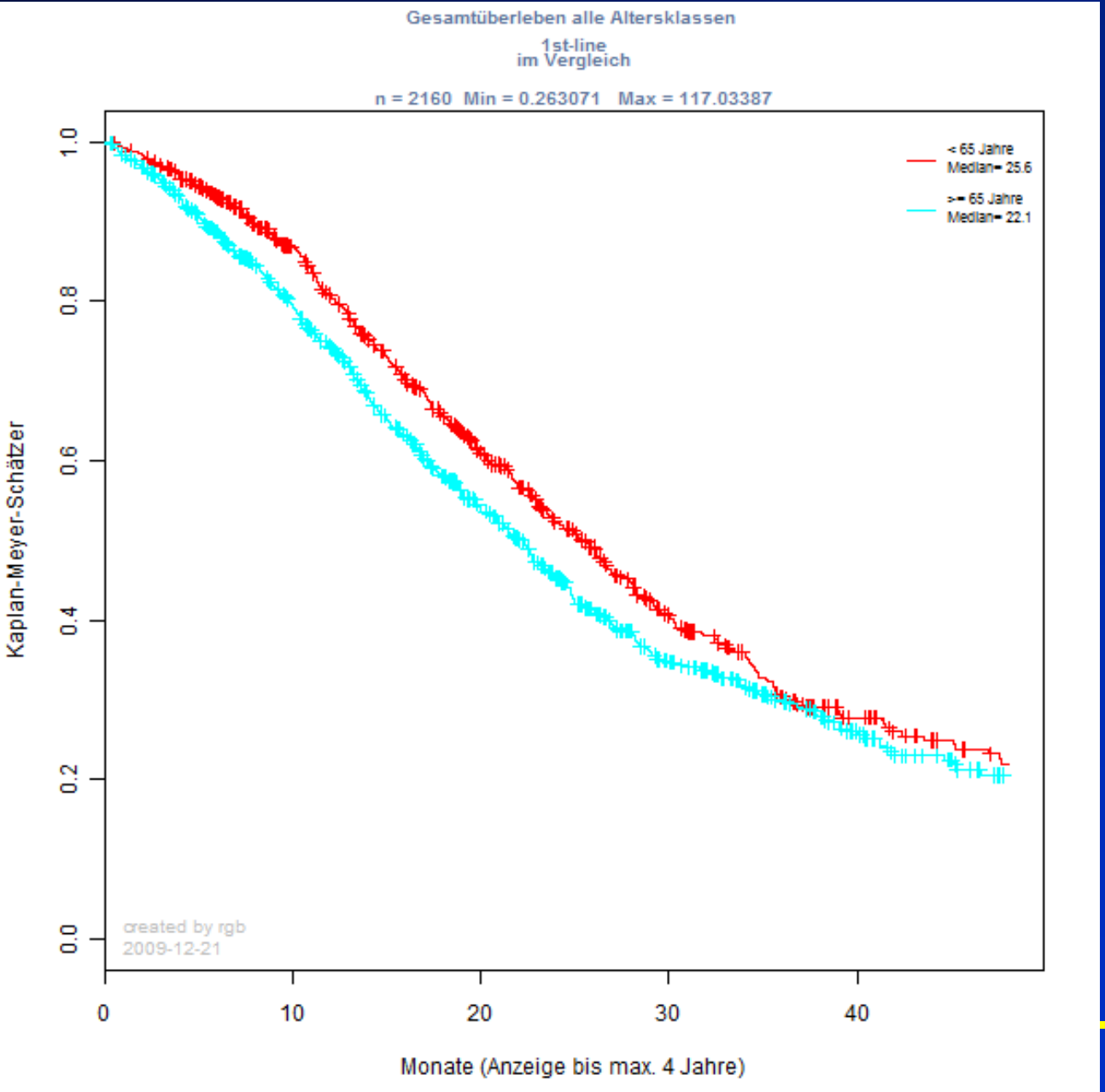
1st-line: 31,6 Mo.

2nd-line: 24,8 Mo.

3rd-line: 25,1 Mo.

4th-line: 11,7 Mo.

Palliative Therapie CRC (Register)

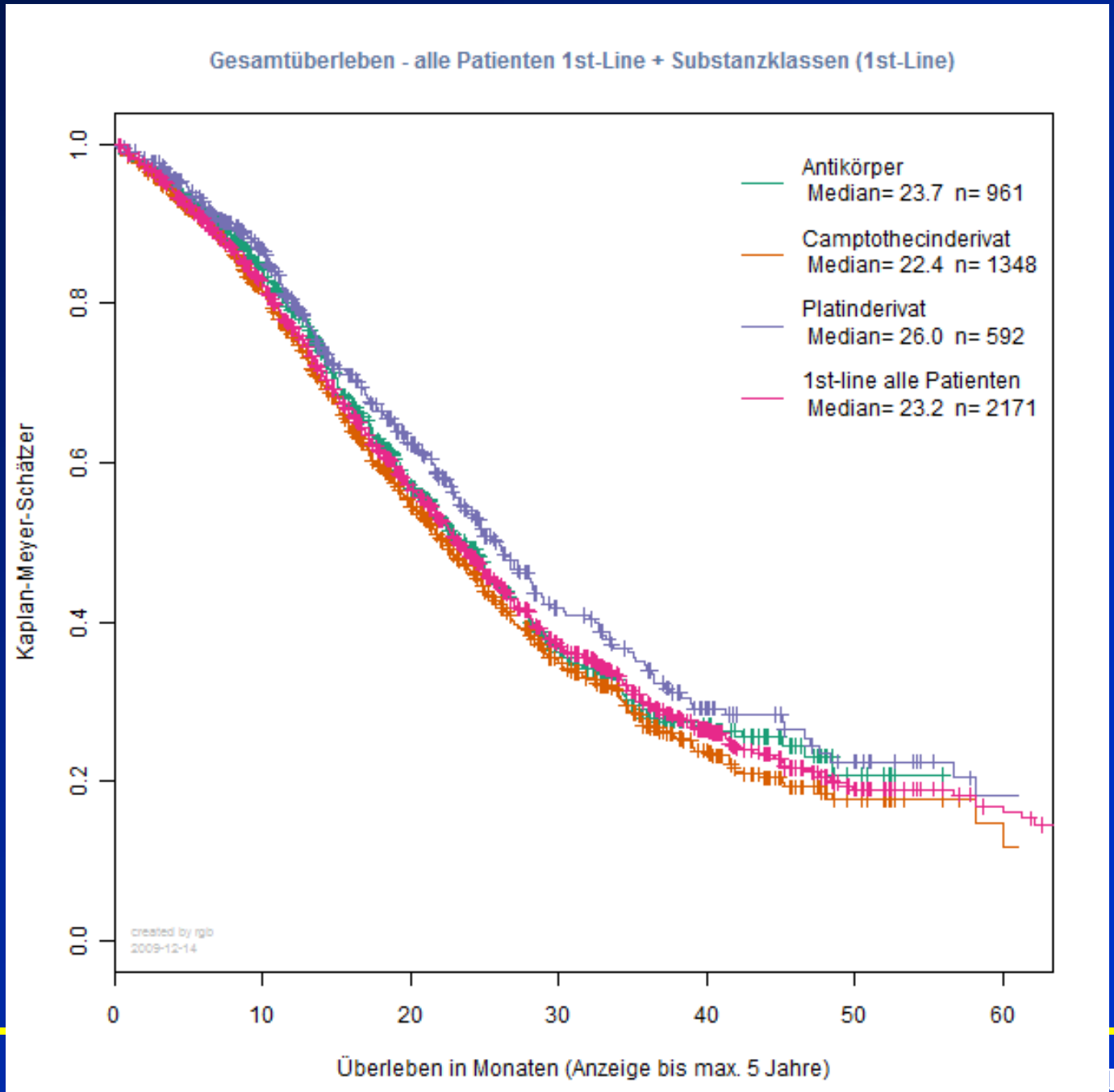


Gesamtüberleben 1st-line:

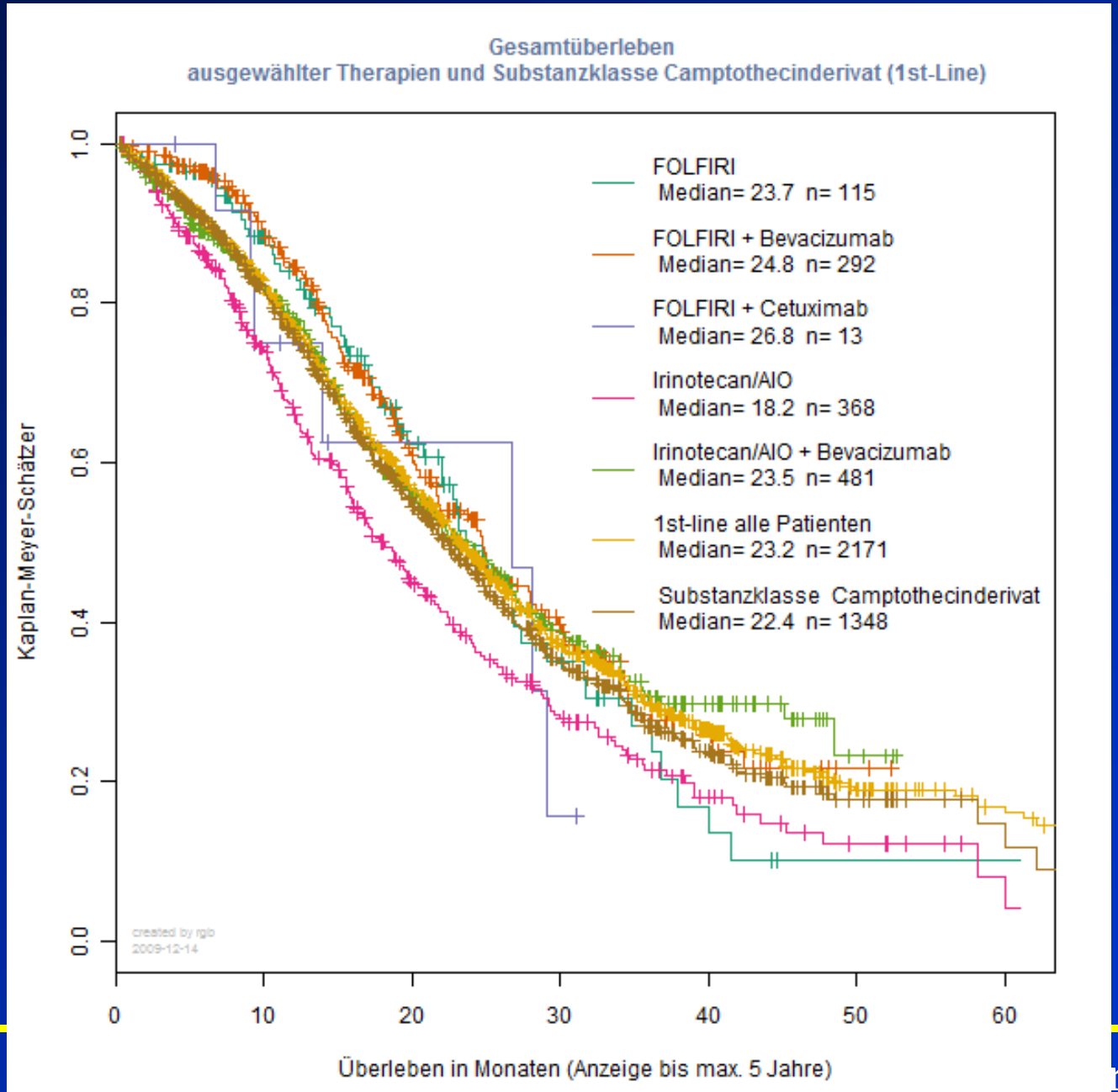
< 65 Jahre: 25,6 Mo.

= 65 Jahre: 22,1 Mo.

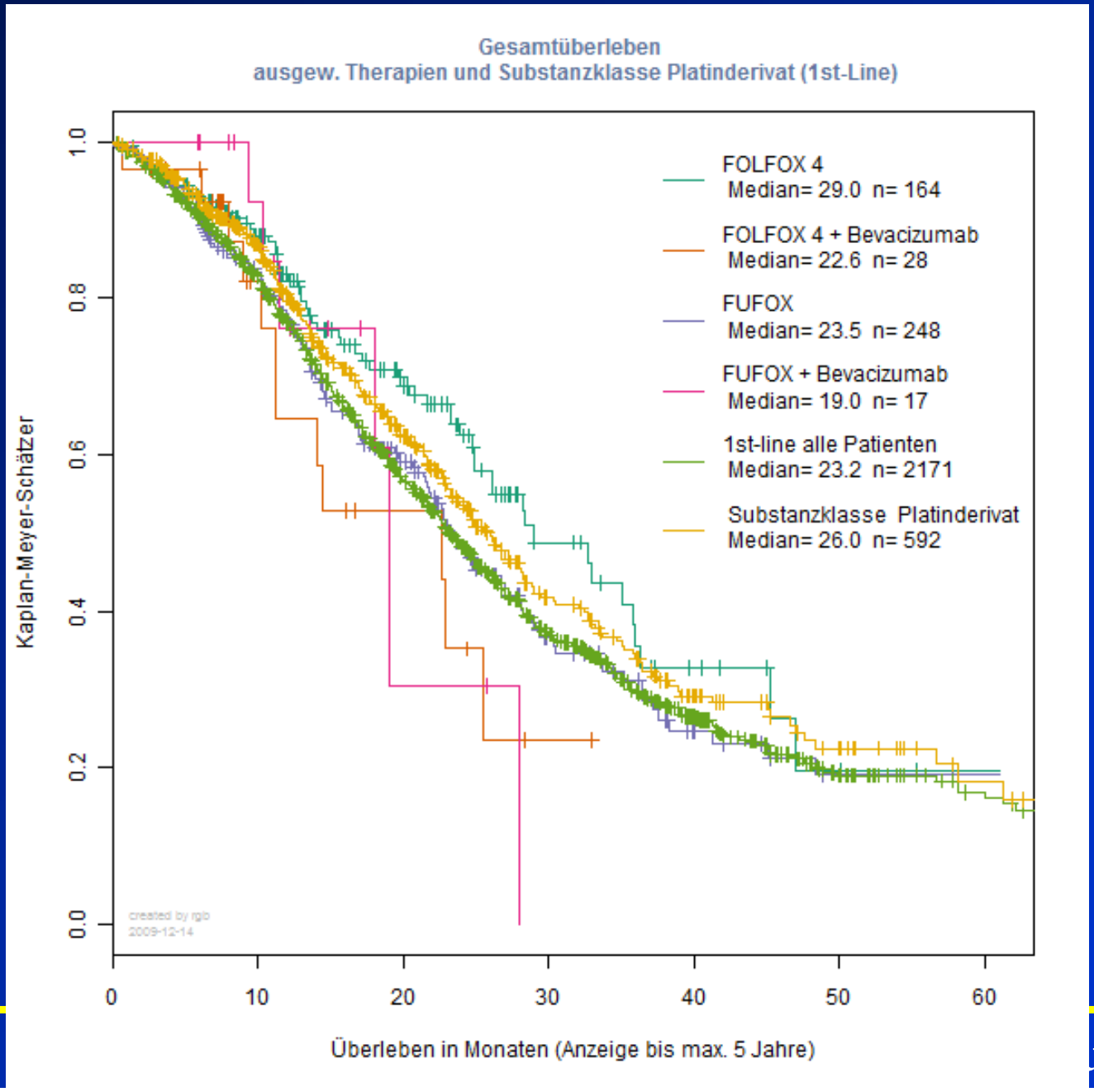
Palliative Therapie CRC (Register)



Palliative Therapie CRC (Register)



Palliative Therapie CRC (Register)



Magenkarzinom -Register

Projektleiter: Dr. V. Lakner, Rostock

Chemotherapie des Magenkarzinoms in onkologischen Schwerpunktpraxen

Hayungs/Innig, Rheine; Müller, Leer; Wehmeyer/Lerchenmüller/Kratz-Albers, Münster; Eschenburg/Wilhelm, Güstrow; Valdix, Schwerin; Spohn/Moeller, Halle; Schmidt/Schneider-Obermeyer/Schweigert, Berlin; Kairies, Greifswald; Blumenstengel, Eisenach; Hutzschenreuter/Sauer, Nordhorn; Tschechne/Luft/Jordan, Lehrte; Domagalski/Hegge, Osnabrück; Däßler, Freital; Kröning, Magdeburg; Otremba/Reschke/Zippel/Kühn, Oldenburg; Grundeis/Teich, Chemnitz; Reichert/Jansen, Westerstede; Elsel, Zwickau; Schwindt, Plauen; Schröder, Hannover; Naumann, Berlin; Tessen, Goslar; Siegmund/Penke, Damme; Keppler/Wußling, Nordhausen; Kalhori/Nusch, Velbert; Rubanov, Hameln; Schardt, Gelsenkirchen; Franz-Werner, Otterstadt; Schulze, Zwickau; Papke, Neustadt, Sachsen; Bredt, Bremervörde; Petersen, Heidenheim; Schwerdtfeger, Köthen; Söling, Kassel; Marquard, Celle; Wolf/Freidt, Dresden; Hauch, Erfurt; Hülsheger/Körfer, Peine; Rodemer/Schellenberger, Wilhelmshaven; Kröger/Schütz, Bremerhaven; Strohbach/Speidel, Berlin; Müller-Hagen/Bertram/Stein, Hamburg; Adari, Walsrode; Neise/Lollert/Neise, Krefeld; Harich/Kasper, Hof; Prügl, Zwiesel; Hornung, Essen; Ringel/Ringel/Wartenberg, Friedberg; Kingreen/Koschuth, Berlin; Peuser, Leipzig; Gaede/Ehlers/Rodewig/Königsmann, Hannover; Hansen/Reeb, Kaiserslautern; Bosse, München; Arzberger, Meissen; Jacobs/Schmits/Daus, Saarbrücken; Nawka/Kühn, Berlin; Maintz/Groschek/Hinske, Würselen; Göhler/Dörfel, Dresden; Buschmann, Bonn; Josten/Klein, Wiesbaden; Gröpler/Trieglaff, Wismar; Bartels, Hamburg

Projektleitung: Dr. V. Lakner, Rostock

Einleitung

Laut interdisziplinärer Leitlinien 2002[1] ist die Indikation zur Chemotherapie bei einem Magenkarzinom mit Fernmetastasen oder nach einer R2-Resektion gegeben.
ECF gilt als Standard in der Therapie des metastasierten Magenkarzinoms und war FAMTX überlegen[2]. Eine gebräuchliche Kombination ist 5-FU/Folinsäure/Cisplatin (FLP)[3]. Für Patienten, bei denen eine platinhaltige Therapie nicht möglich oder sinnvoll ist, oder die in einem schlechten Allgemeinzustand sind, ist 5-FU und Folinsäure (AIO) als Infusionstherapie angezeigt[4]. Eine weitere Möglichkeit besteht mit der Kombination aus Mitomycin/AIO[5]. Neue Studien verwendeten Kombinationstherapien mit Docetaxel, Oxaliplatin bzw. Capecitabin:

		Therapie	CR/PR %	TTP (Monate)	OS (Monate)
Van Cutsem[6]	445	Cisplatin/5-FU	26	5,0	9,6
		DCF	43	5,9	10,5
Hawkins[7]		DF	33		
Kang[8]	316	Cisplatin/5-FU	29	5,0	9,3
		XC	41	5,6	10,5

		Therapie	CR/PR %	TTP (Monate)	OS (Monate)
REAL 2[9]	964	ECF	40,7	6,2	9,9
		ECX	46,4	6,7	9,9
		EOF	42,4	6,5	9,3
		EOX	47,9	7,0	11,2

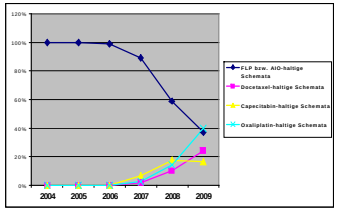
		Therapie	CR/PR %	TTP (Monate)	OS (Monate)
AIO[10]	59	FLOT	53	5,2	11,1
Al-Batran[11]	220	FLP	16,7	3,1	7,2
		FLO	41,3	6,0	13,9

Primäres Ziel
- Einhaltung von Therapie- und Qualitätsstandards durch Erfassung der eingesetzten Therapiemodalitäten unter besonderer Berücksichtigung der Implementierung neuer innovativer Regime und Therapie-strategien.

Geeignete Patienten
- Patienten mit einem histologisch gesicherten Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs
- Patienten mit Fernmetastasen oder
- Patienten mit einem lokal fortgeschrittenen, primär inoperablen Tumor oder
- Patienten mit R2-Resektion nach Gastrektomie oder
- Patienten mit einem primär inoperablen Tumorrezidiv
- Alter ≥ 18 Jahre
- Allgemeinzustand ECOG 0 - 2
- Lebenserwartung > 3 Monate

Ergebnisse

Seit Mai 2004 wurden 710 Patienten gemeldet, 495 dokumentiert und 477 ausgewertet. Davon erhielten 407 Patienten eine 1st-line-Therapie. Diese werden im Folgenden dargestellt. 64 onkologische Schwerpunktpraxen sind beteiligt.



Patientencharakteristika
Geschlecht: 271 (66,6%) männlich, 136 (33,4%) weiblich
Allgemeinzustand: median 1 (0-3) nach ECOG
Alter bei Therapiebeginn: median 66 Jahre (22-86 Jahre)
Primär metastasierte Fälle bei Erstdiagnose: 258 (63,4%)
Operationen: 230 (56,5%)

Vor Therapiebeginn
Symptome: 129 (31,7%) Schmerzen
63 (15,5%) Fatigue
41 (10,1%) Anorexie
Gewichtsverlust: 95 (23,3%) < 5 kg
121 (29,7%) 5-10 kg
58 (14,3%) > 5 kg

Therapien

	n	%	Therapiedauer (Tage)
FLP	268	65.8	135
AIO	40	9,8	97
Irinotecan/AIO	30	7,4	133
Mitomycin/AIO	25	6,1	96
EOX	10	2,5	59
ECX	7	1,9	105
DCF	7	1,9	115
FLOT	6	1,5	127
ECF	5	1,2	71
XC	4	0,9	105
FLO	2	0,5	80
DOF, EOF, Docetaxel/AIO	je 1	0,2	176/119/140
Gesamt	407	100,0	median 126 (1-700)

Ansprechen

	alle		FLP	
	n	%	n	%
CR	27	6,6	22	8,2
PR	104	25,5	74	27,6
NC	156	38,3	101	37,7
PD	69	17,0	40	14,9

n = 53 nicht beurteilbar

Eine weitere Therapie erhielten: 179 Patienten (44,0%) 2nd-line; 46 (11,3%) 3rd-line; 12 (2,9%) 4th-line und 4 (1,0%) 5th-line, wobei von 292 (71,7%) Patienten ein vollständiges Follow up vorliegt.

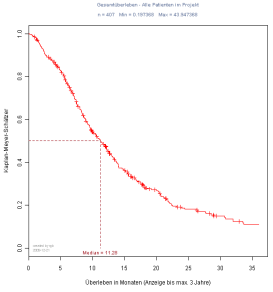
Nebenwirkungen

hämatologisch	Grad 1-4		Grad 3/4	
	n	%	n	%
Anämie	290	71,3	37	9,1
Leukopenie	184	45,2	28	6,9
Thrombopenie	114	28,0	9	2,2

nicht-hämatologisch	Grad 1-4		Grad 3/4	
	n	%	n	%
Übelkeit	259	63,6	34	8,3
Diarrhoe	151	37,1	24	5,9
Erbrechen	148	36,4	13	3,2
Schmerzen	139	34,2	22	5,4
Mukositis	46	11,3	4	1,0
periphere Neurotoxizität	44	10,8	3	0,7

Dosisreduktionen pro Patient: 77 (18,9%); **Therapieänderungen:** 32 (11,9%) Cisplatin bei FLP; **Therapiepausen:** 130 (31,9%); **Verschiebungen:** 142 (34,9%)

Überleben



292 (71,7%) Patienten sind bisher verstorben. Die mediane Zeit bis zur Progression liegt bei 6,8 Monaten (FLP 7,2 Monate; AIO 5,8 Monate), das Gesamtüberleben bei 11,3 Monaten (FLP 12,3 Monate; AIO 9,2 Monate).

Schlussfolgerung

Die Wahl der Zytostatika in der Behandlung des Magenkarzinoms hat sich seit 2006 geändert. Wurde vorher hauptsächlich FLP eingesetzt, waren es im Jahr 2009 weniger als 40%. Statt Cisplatin wird nun Oxaliplatin verwendet. Dies geschieht in Kombination mit Docetaxel bzw. Capecitabin.
Bei dem beobachteten Patientenkollektiv wurde eine Remissionsrate von 32,1% erreicht, da zu 66% FLP verwendet worden war. Diese Daten sind entsprechend den Erwartungen. Das Gesamtüberleben mit 11,3 Monaten liegt bereits im Bereich der Daten neuer Studien mit modernen Zytostatika. Dies liegt an der sehr guten Betreuung der Patienten im niedergelassenen Bereich.
Die Datenerhebung wird fortgesetzt. Es werden weiter ansteigende Remissisonsraten und eine Verlängerung des Überlebens erwartet.

Literatur:
[1]Interdisziplinäre Leitlinien 2002; [2]Webb, J Clin Oncol 15: 261-267, 1997; [3]Vanhoefer, Wilke, ASCO 1995, Abstract 464; [4]Vanhoefer, Ann Oncol 10, 1994; 850-851
[5]Hofheinz, Onkologie 2002, Vol 25 (3), P: 255-60; [6]Van Cutsem, J Clin Oncol 24:4991-4997, 2006; [7]Hawkins, ASCO 2003, Abstract 1032, [8]Kang, ASCO 2006 (ML 17032)
[9]Cunningham, ASCO 2006 (REAL 2); [10]Al-Batran, ASCO 2007 (AIO), [11]Al-Batran, J Clin Oncol 26:1435-1442, 2008

Logistik und Unterlagen zu diesem Projekt: rgb GmbH, Sarstedt
Homepage: www.rgb-onkologie.de, E-mail: info@rgb-onkologie.de, Tel.: 05066/692071, Fax: 05066/692064
Posterpräsentation: Hannover-Meeting 22./23. Januar 2010
Datenbanktechnologie und Biometrie: Kersting/Bartels

Chemotherapie des Magenkarzinoms in onkologischen Schwerpunktpraxen

Hayungs/Innig, Rheine; Müller, Leer; Wehmeyer/Lerchenmüller/Kratz-Albers, Münster; Eschenburg/Wilhelm, Güstrow; Valdix, Schwerin; Spohn/Moeller, Halle; Schmidt/Schneider-Obermeyer/Schweigert, Berlin; Kairies, Greifswald; Blumenstengel, Eisenach; Hutzschenreuter/Sauer, Nordhorn; Tschechne/Luft/Jordan, Lehrte; Domagalski/Hegge, Osnabrück; Däßler, Freital; Kröning, Magdeburg; Otremba/Reschke/Zippel/Kühn, Oldenburg; Grundeis/Teich, Chemnitz; Reichert/Jansen, Westerstede; Elsel, Zwickau; Schwindt, Plauen; Schröder, Hannover; Naumann, Berlin; Tessen, Goslar; Siegmund/Penke, Damme; Keppler/Wußling, Nordhausen; Kalhori/Nusch, Velbert; Rubanov, Hameln; Schardt, Gelsenkirchen; Franz-Werner, Otterstadt; Schulze, Zwickau; Papke, Neustadt, Sachsen; Bredt, Bremervörde; Petersen, Heidenheim; Schwerdtfeger, Köthen; Söling, Kassel; Marquard, Celle; Wolf/Freidt, Dresden; Hauch, Erfurt; Hülsheger/Körfer, Peine; Rodemer/Schellenberger, Wilhelmshaven; Kröger/Schütz, Bremerhaven; Strohbach/Speidel, Berlin; Müller-Hagen/Bertram/Stein, Hamburg; Adari, Walsrode; Neise/Lollert/Neise, Krefeld; Harich/Kasper, Hof; Prügl, Zwiesel; Hornung, Essen; Ringel/Ringel/Wartenberg, Friedberg; Kingreen/Koschuth, Berlin; Peuser, Leipzig; Gaede/Ehlers/Rodewig/Königsmann, Hannover; Hansen/Reeb, Kaiserslautern; Bosse, München; Arzberger, Meissen; Jacobs/Schmits/Daus, Saarbrücken; Nawka/Kühn, Berlin; Maintz/Groschek/Hinske, Würselen; Göhler/Dörfel, Dresden; Buschmann, Bonn; Josten/Klein, Wiesbaden; Gröpler/Trieglaff, Wismar; Bartels, Hamburg

Projektleitung: Dr. V. Lakner, Rostock

p.i.o. Projektgruppe Internistische Onkologie

Hannover-Meeting 22./23.01.2010 (Poster und Vortrag)

Deutscher Krebskongress 27.02.2010

download: www.rgb-onkologie.de

Einleitung

Laut interdisziplinärer Leitlinien
Chemotherapie bei einem Magenka
nach einer R2-Resektion gegeben.
ECF gilt als Standard in der
Magenkarzinoms und war FAMTX
Kombination ist 5-FU/Folinsäure/Cis
denen eine platinhaltige Therapie ni
die in einem schlechten Allgemeinzus
(AIO) als Infusionstherapie angezeigt
mit der Kombination aus Mitomycin/
Kombinationstherapien mit Docetaxel

		Therapie			
					Grad 3/4
			%	n	%
Van Cutsem[6]	445	Cisplatin/5-FU			
		DCF	43	5,9	10,5
Hawkins[7]		DF	33		
Kang[8]	316	Cisplatin/5-FU	29	5,0	9,3
		XC	41	5,6	10,5

		Therapie	CR/PR %	TTP (Monate)	OS (Monate)
REAL 2[9]	964	ECF	40,7	6,2	9,9
		ECX	46,4	6,7	9,9
		EOF	42,4	6,5	9,3
		EOX	47,9	7,0	11,2

		Therapie	CR/PR %	TTP (Monate)	OS (Monate)
AIO[10]	59	FLOT	53	5,2	11,1
Al-Batran[11]	220	FLP	16,7	3,1	7,2
		FLO	41,3	6,0	13,9

Primäres Ziel

- Einhaltung von Therapie- und Qualitätsstandards durch Erfassung der eingesetzten Therapiemodalitäten unter besonderer Berücksichtigung der Implementierung neuer innovativer Regime und Therapie-strategien.

Geeignete Patienten

- Patienten mit einem histologisch gesicherten Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs
- Patienten mit Fernmetastasen oder
- Patienten mit einem lokal fortgeschrittenen, primär inoperablen Tumor oder
- Patienten mit R2-Resektion nach Gastrektomie oder
- Patienten mit einem primär inoperablen Tumorrezidiv
- Alter ≥ 18 Jahre
- Allgemeinzustand ECOG 0 - 2
- Lebenserwartung > 3 Monate

			Grad 3/4
%	n	%	
1,3	37	9,1	
5,2	28	6,9	
3,0	9	2,2	

			Grad 3/4
%	n	%	
8,6	34	8,3	
7,1	24	5,9	
5,4	13	3,2	
4,2	22	5,4	
1,3	4	1,0	
0,8	3	0,7	

18,9%); **Therapieänderungen:**
erapiepausen: 130 (31,9%);

Allgemeinzustand: median 1 (0-3) nach ECOG
Alter bei Therapiebeginn: median 66 Jahre (22-86 Jahre)
Primär metastasierte Fälle bei Erstdiagnose: 258 (63,4%)
Operationen: 230 (56,5%)

Vor Therapiebeginn

Symptome:	129	(31,7%)	Schmerzen
	63	(15,5%)	Fatigue
	41	(10,1%)	Anorexie
Gewichtsverlust:	95	(23,3%)	< 5 kg
	121	(29,7%)	5-10 kg
	58	(14,3%)	> 5 kg

Therapien

	n	%	Therapiedauer (Tage)
FLP	268	65.8	135
AIO	40	9,8	97
Irinotecan/AIO	30	7,4	133
Mitomycin/AIO	25	6,1	96
EOX	10	2,5	59
ECX	7	1,9	105
DCF	7	1,9	115
FLOT	6	1,5	127
ECF	5	1,2	71
XC	4	0,9	105
FLO	2	0,5	80
DOF, EOF, Docetaxel/AIO	je 1	0,2	176/119/140
Gesamt	407	100,0	median 126 (1-700)

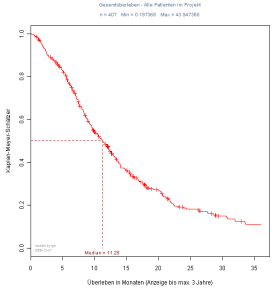
Ansprechen

	alle		FLP	
	n	%	n	%
CR	27	6,6	22	8,2
PR	104	25,5	74	27,6
NC	156	38,3	101	37,7
PD	69	17,0	40	14,9

n = 53 nicht beurteilbar

Eine weitere Therapie erhielten: 179 Patienten (44,0%) 2nd-line; 46 (11,3%) 3rd-line; 12 (2,9%) 4th-line und 4 (1,0%) 5th-line, wobei von 292 (71,7%) Patienten ein vollständiges Follow up vorliegt.

Überleben



292 (71,7%) Patienten sind bisher verstorben. Die mediane Zeit bis zur Progression liegt bei 6,8 Monaten (FLP 7,2 Monate; AIO 5,8 Monate), das Gesamtüberleben bei 11,3 Monaten (FLP 12,3 Monate; AIO 9,2 Monate).

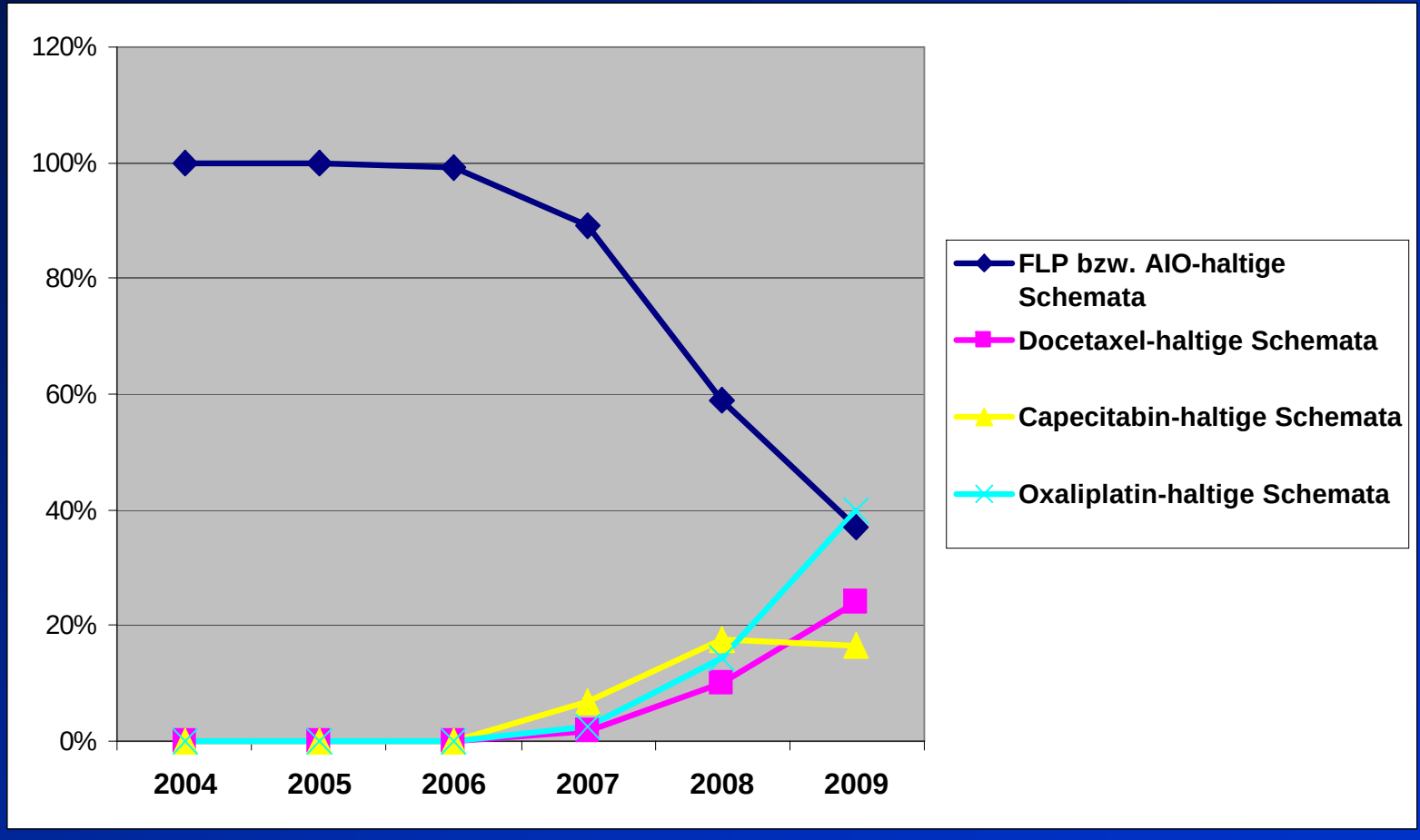
Schlussfolgerung

Die Wahl der Zytostatika in der Behandlung des Magenkarzinoms hat sich seit 2006 geändert. Wurde vorher hauptsächlich FLP eingesetzt, waren es im Jahr 2009 weniger als 40%. Statt Cisplatin wird nun Oxaliplatin verwendet. Dies geschieht in Kombination mit Docetaxel bzw. Capecitabin.
Bei dem beobachteten Patientenkollektiv wurde eine Remissionsrate von 32,1% erreicht, da zu 66% FLP verwendet worden war. Diese Daten sind entsprechend den Erwartungen. Das Gesamtüberleben mit 11,3 Monaten liegt bereits im Bereich der Daten neuer Studien mit modernen Zytostatika. Dies liegt an der sehr guten Betreuung der Patienten im niedergelassenen Bereich.
Die Datenerhebung wird fortgesetzt. Es werden weiter ansteigende Remissisonsraten und eine Verlängerung des Überlebens erwartet.

Literatur:
[1]Interdisziplinäre Leitlinien 2002; [2]Webb, J Clin Oncol 15: 261-267, 1997; [3]Vanhoefer, Wilke, ASCO 1995, Abstract 464; [4]Vanhoefer, Ann Oncol 10, 1994; 850-851
[5]Hofheinz, Onkologie 2002, Vol 25 (3), P: 255-60; [6]Van Cutsem, J Clin Oncol 24:4991-4997, 2006; [7]Hawkins, ASCO 2003, Abstract 1032, [8]Kang, ASCO 2006 (ML 17032)
[9]Cunningham, ASCO 2006 (REAL 2); [10]Al-Batran, ASCO 2007 (AIO), [11]Al-Batran, J Clin Oncol 26:1435-1442, 2008

Logistik und Unterlagen zu diesem Projekt: rgb GmbH, Sarstedt
Homepage: www.rgb-onkologie.de, E-mail: info@rgb-onkologie.de, Tel.: 05066/692071, Fax: 05066/692064
Posterpräsentation: Hannover-Meeting 22./23. Januar 2010
Datenbanktechnologie und Biometrie: Kersting/Bartels

Magenkarzinom – Register gemeldete Patienten



n = 714 gemeldet

Teilnehmende Praxen

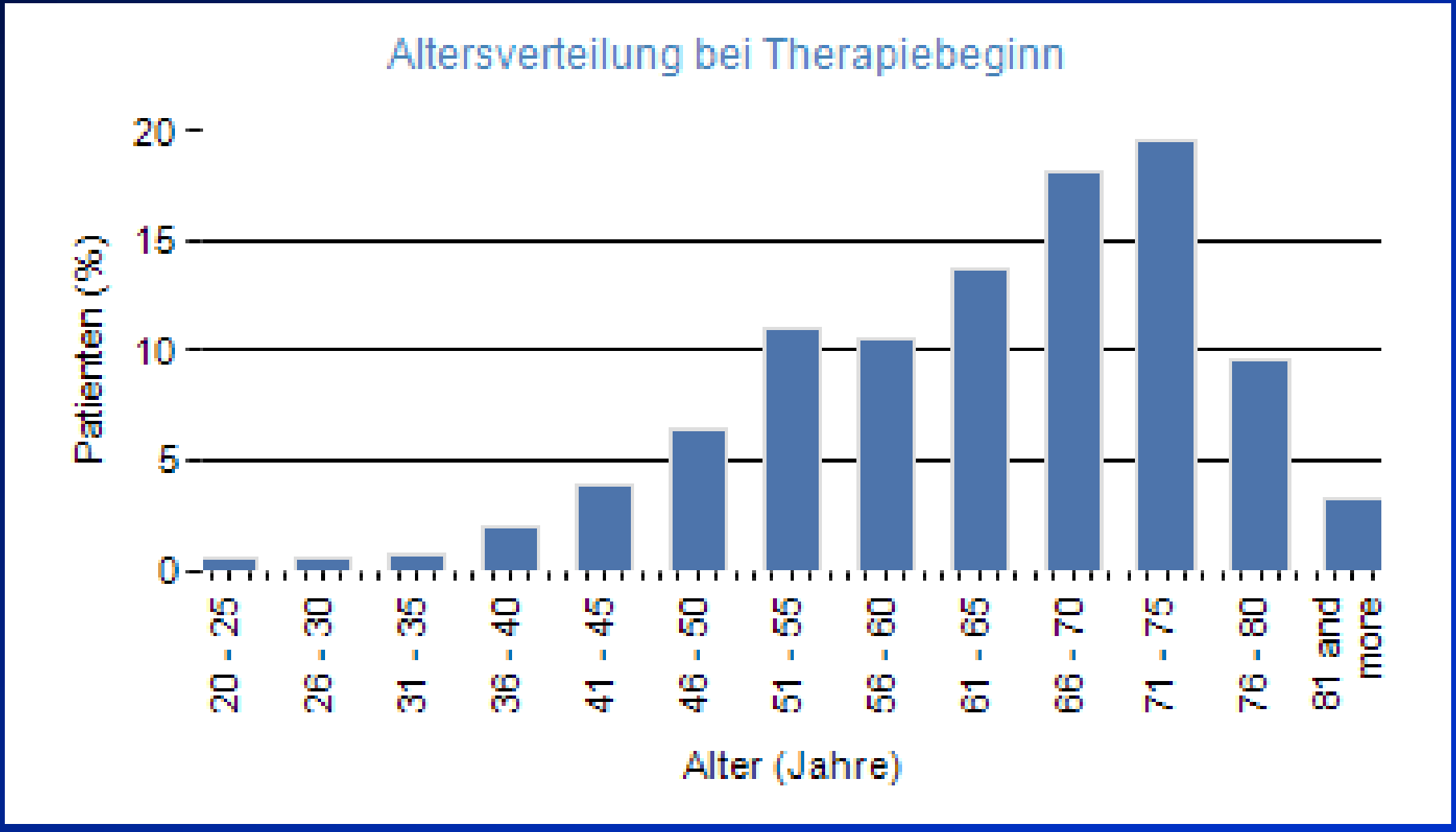
Praxis	angemeldet	ausgewertet	Anteil
Hayungs/Innig; Rheine	33	31	7,6%
Müller; Leer	32	28	6,9%
Wehmeyer/Lerchenmüller/Kratz-Albers; Münster	39	29	7,1%
Valdix; Schwerin	28	25	6,1%
Kairis; Greifswald	27	21	5,2%
Schmidt/Schweigert/ Schneider-Obermayer; Berlin	22	21	5,2%
Eschenburg/Wilhelm; Güstrow	27	20	4,9%
Blumenstengel; Eisenach	23	18	4,4%
Lakner/Decker; Rostock	20	17	4,2%
Hutschenreuther/Sauer; Nordhorn	15	14	3,4%
Uhle/Müller/Kröning; Magdeburg	14	14	3,4%
Spohn/Möller; Halle	15	12	2,9%
Grundeis/Teich; Chemnitz	14	13	3,2%
Däßler; Freital	15	12	2,9%
Schwindt; Plauen	18	10	2,5%
Siegmund/Penke; Damme	10	9	2,2%
Tessen; Goslar	11	9	2,2%
Kepler/Wußling; Nordhausen	8	8	2,0%
Otremba/Reschke/Zirpel/Kühn; Oldenburg	12	6	1,5%
Tschechne/Luft/Jordan; Lehrte	13	8	2,0%
Domagalski/Hegge; Osnabrück	10	6	1,5%

...

Therapien der auswertbaren Patienten

	n	%
FLP	268	65,8
AIO	40	9,8
Irinotecan/AIO (ILF)	30	7,4
Mitomycin/AIO (MLF)	25	6,1
EOX	10	2,5
ECX	7	1,9
DCF	7	1,9
FLOT	6	1,5
ECF	5	1,2
XC	4	0,9
FLO	2	0,5
DOF, EOF, Docetaxel/AIO	je 1	0,2
Gesamt	407	100,0

Magenkarzinom – Register



Median: 66 Jahre; Anteil > 70 Jahre: 132 (32%)
männlich 271 (67%), weiblich 136 (33%)

Altersklassen bei Therapiebeginn

Alter	< 35 n (%)	35 – 50 n (%)	50 -70 n (%)	> 70 n (%)	Gesamt n (%)
PLF	5 (2)	38 (14)	158 (59)	67 (25)	268 (100)
AIO	0	2 (5)	13 (33)	25 (63)	40 (100)
ILF	0	3 (10)	13 (43)	14 (47)	30 (100)
MLF	0	0	10 (40)	15 (60)	25 (100)
E-Komb	0	5 (22)	10 (44)	8 (35)	23 (100)
XC	0	1 (25)	2 (25)	1 (25)	4 (100)
FLO(T)	1 (12)	0	5 (63)	2 (25)	8 (100)
DCF/DOF/DF	0	2 (22)	7 (78)	0	9 (100)
Gesamt(%)	6 (1,5)	51 (12,5)	218 (53,6)	132 (32,4)	407 (100)

PLF: Cisplatin/FA/5-FU; AIO: FA/5-FU; I: Irinotecan; F: 5-FU, L: Folinsäure; M: Mitomycin;
E-Komb: ECF, ECX, EOF, EOX; X: Xeloda; C: Cisplatin, O: Oxaliplatin; D und T: Docetaxel

Allgemeinzustand bei Therapiebeginn (ECOG)

ECOG	0 – 1	2	3
	n (%)	n (%)	n (%)
PLF	213 (79)	55 (21)	0
5-FU/FA/Mito	17 (68)	8 (32)	0
AIO	21 (53)	18 (45)	1 (2)
5-FU/FA/Irino	21 (70)	9 (30)	0
Gesamt	**296 (72)**	**109 (27)**	**1 (1)**

Therapiedauer

	n	Therapiedauer (Tage)
FLP	268	135 (1-449)
AIO	40	97 (7-499)
Irinotecan/AIO	30	133 (7-700)
Mitomycin/AIO	25	96 (7-413)
EOX	10	59 (35-167)
ECX	7	105 (1-177)
DCF	7	115 (4-217)
FLOT	6	127 (62-203)
ECF	5	71 (39-147)
XC	4	105 (48-121)
FLO	2	80 (42-119)
DOF, EOF, Docetaxel/AIO	je 1	176/119/140
Gesamt	407	**median 126 (1-700)**

Nichthämatolog. Toxizität CTC Grade 1-4

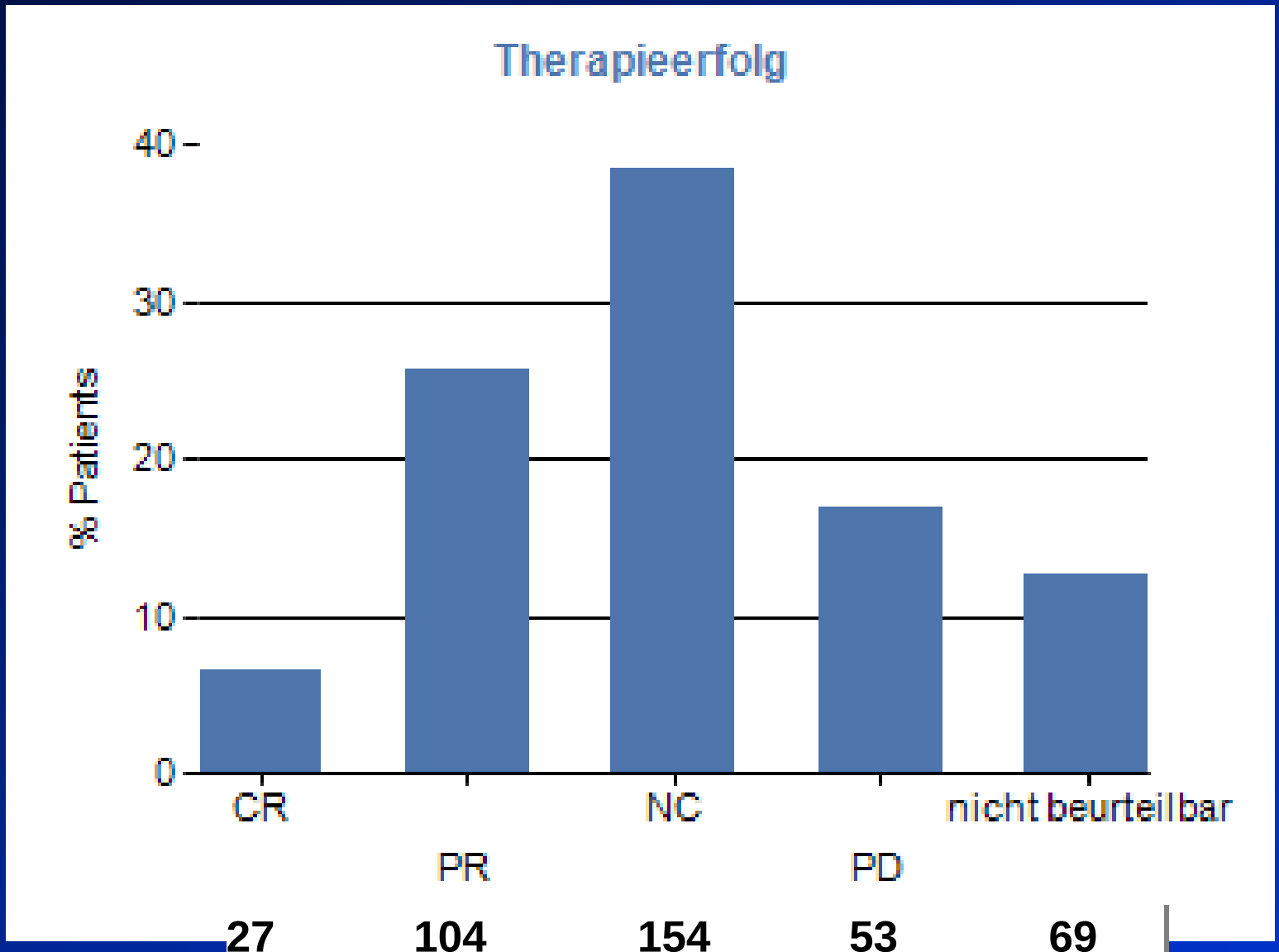
(% der Patienten, n = 363)

	PLF	MLF	AIO	ILF	Gesamt
Übelkeit	65,7	40,0	65,0	73,3	63,6
Diarrhö	31,3	32,0	40,0	70,0	37,1
Erbrechen	41,4	20,0	22,5	43,3	36,4
Schmerzen	33,6	28,0	45,0	36,7	34,2
Obstipation	12,7	4,0	22,5	6,7	12,0
PNP	11,6	0,0	2,5	6,7	10,8
Stomatitis	10,1	24,0	2,5	6,7	9,8
Infektion	8,6	24,0	4,3	6,7	9,3
Mukositis	10,4	24,0	7,5	10,0	11,3

Nichthämatol. Toxizität CTC Grade 3/4

(% der Patienten, n = 363)

	PLF	MLF	AIO	ILF	Gesamt
Diarrhö	3,7/-	12,0/-	12,5/-	6,7/-	5,9/-
Stomatitis	0,4/-	4,0/4,0	-/-	-/-	0,7/0,5
Mukositis	-/-	8,0/-	-/-	-/-	1,0/-
Infektion	1,1/-	-/4,0	2,5/-	-/-	1,0/0,2
Neurotox.	0,4/0,4	-/-	-/-	-/-	0,5/0,2



CR	PR	NC	PD	nicht beurteilbar
27	104	154	53	69
6,6%	25,5%	37,8%	13,0%	17,0%

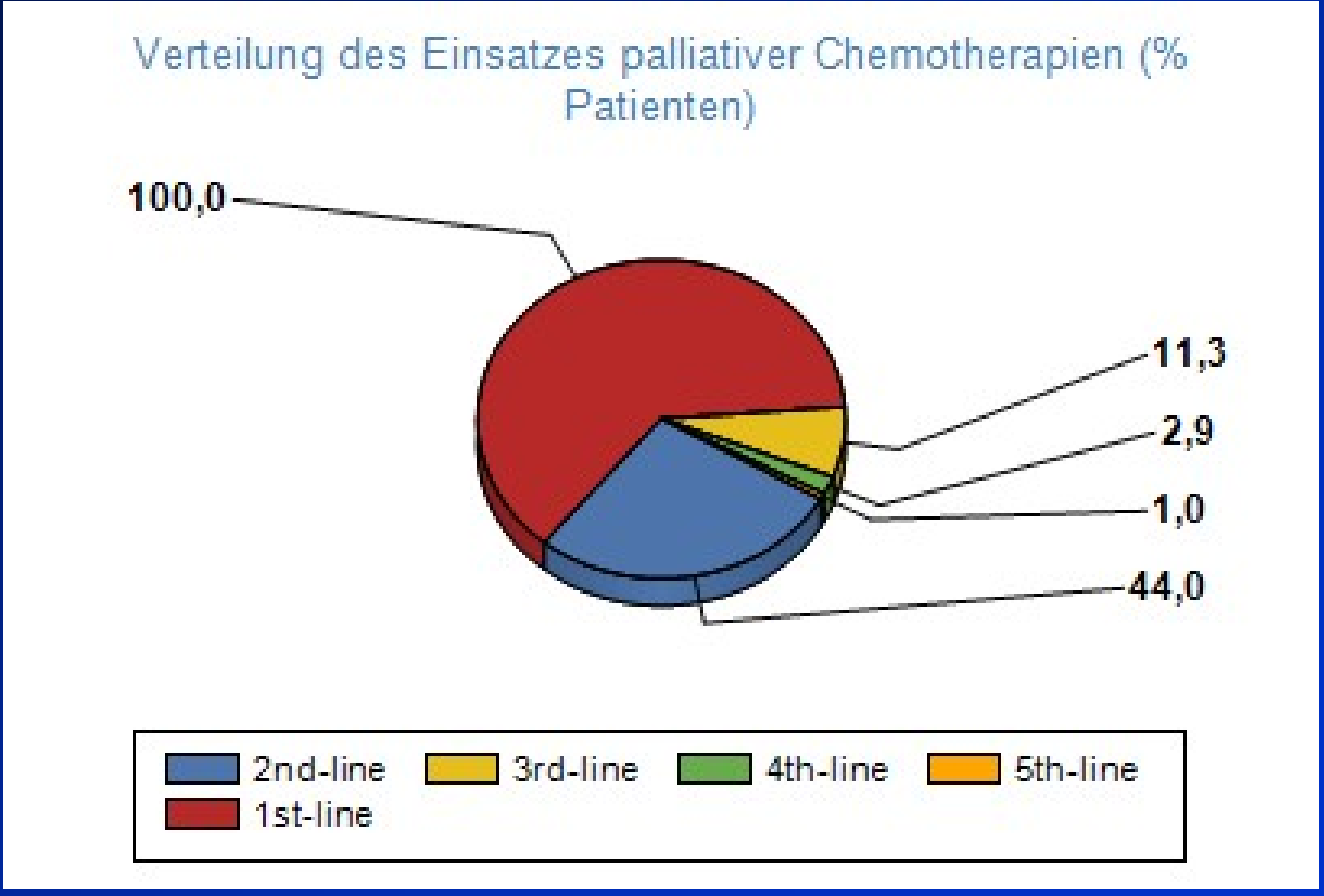
Gesamtansprechen (CR+PR+NC): 69,9%

Therapieansprechen in Untergruppen

Alter	n	CR + PR	NC	PD + nicht beurteilbar
PLF	268	96 (36%)	101 (38%)	71 (26%)
AIO	40	6 (15%)	19 (48%)	15 (38%)
ILF	30	7 (23%)	12 (40%)	11 (37%)
MLF	25	10 (40%)	8 (32%)	7 (28%)
E-Komb	23	5 (22%)	7 (30%)	11 (48%)
XC	4	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)
FLO(T)	8	2 (25%)	4 (50%)	2 (25%)
DCF/DOF/DF	9	2 (22%)	4 (44%)	3 (33%)
Gesamt	**407**	**131 (32%)**	**156 (38%)**	**120 (30%)**

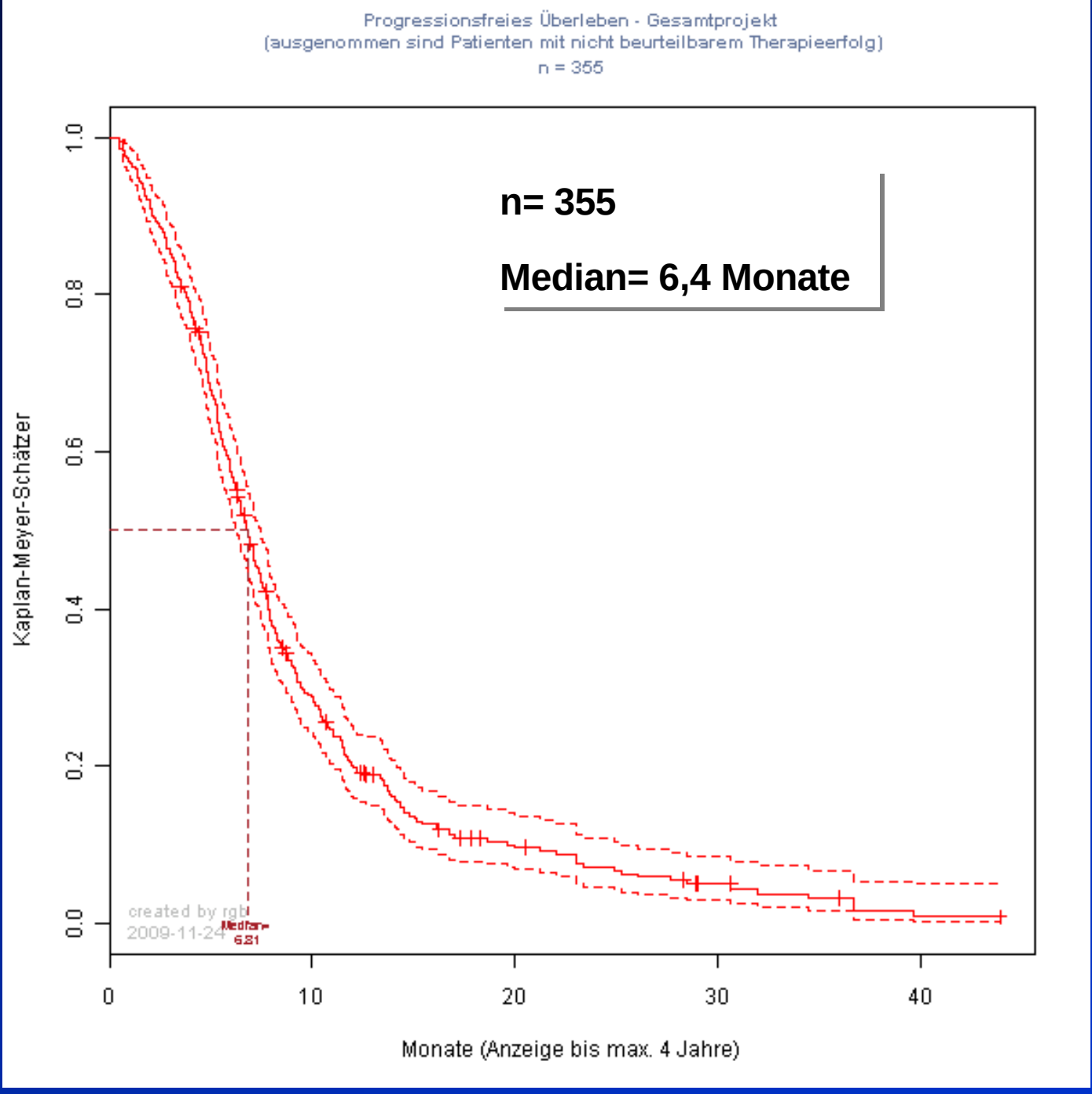
PLF: Cisplatin/FA/5-FU; AIO: FA/5-FU; I: Irinotecan; F: 5-FU, L: Folinsäure; M: Mitomycin;
E-Komb: ECF, ECX, EOF, EOX; X: Xeloda; C: Cisplatin, O: Oxaliplatin; D und T: Docetaxel

Anzahl palliativer Therapien
zum Zeitpunkt der Auswertung 12/09



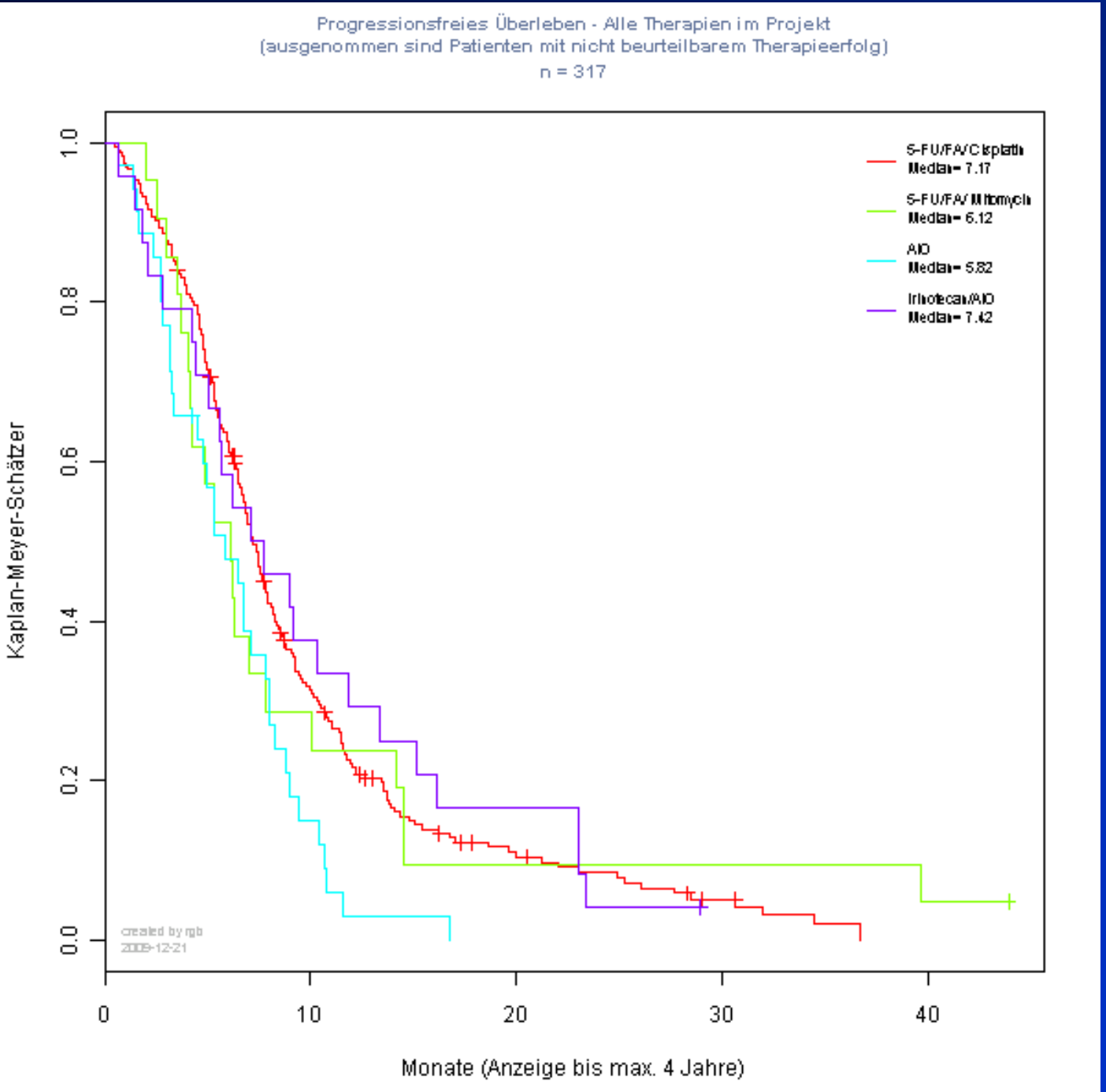
n = 292 verstorben (72%)

Progressionsfreies Überleben - Gesamtprojekt



Progressionsfreies Überleben

FLP bzw. AIO-haltige Schemata



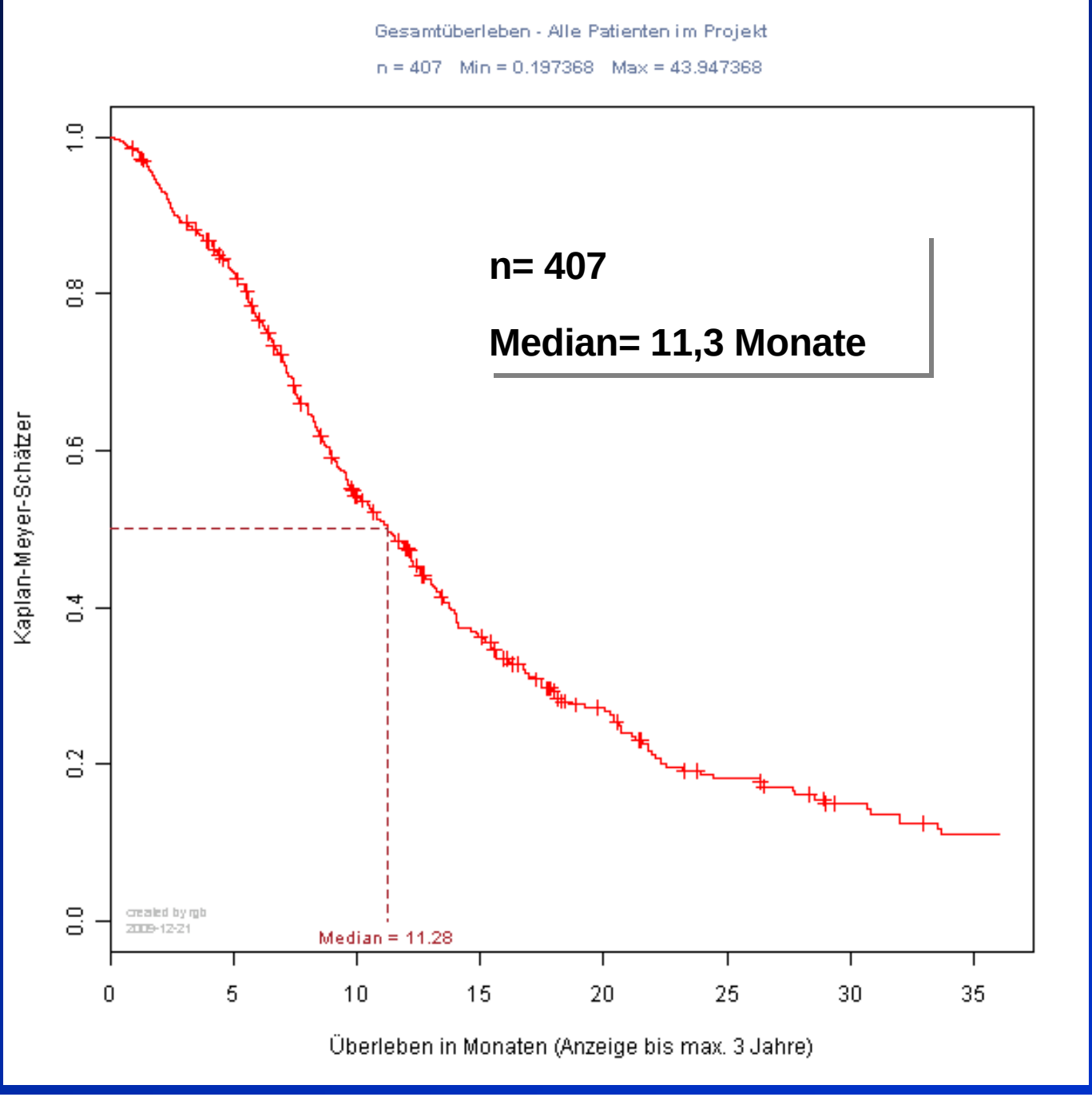
FLP: 7,2 Monate

ILF: 7,4 Monate

MLF: 6,1 Monate

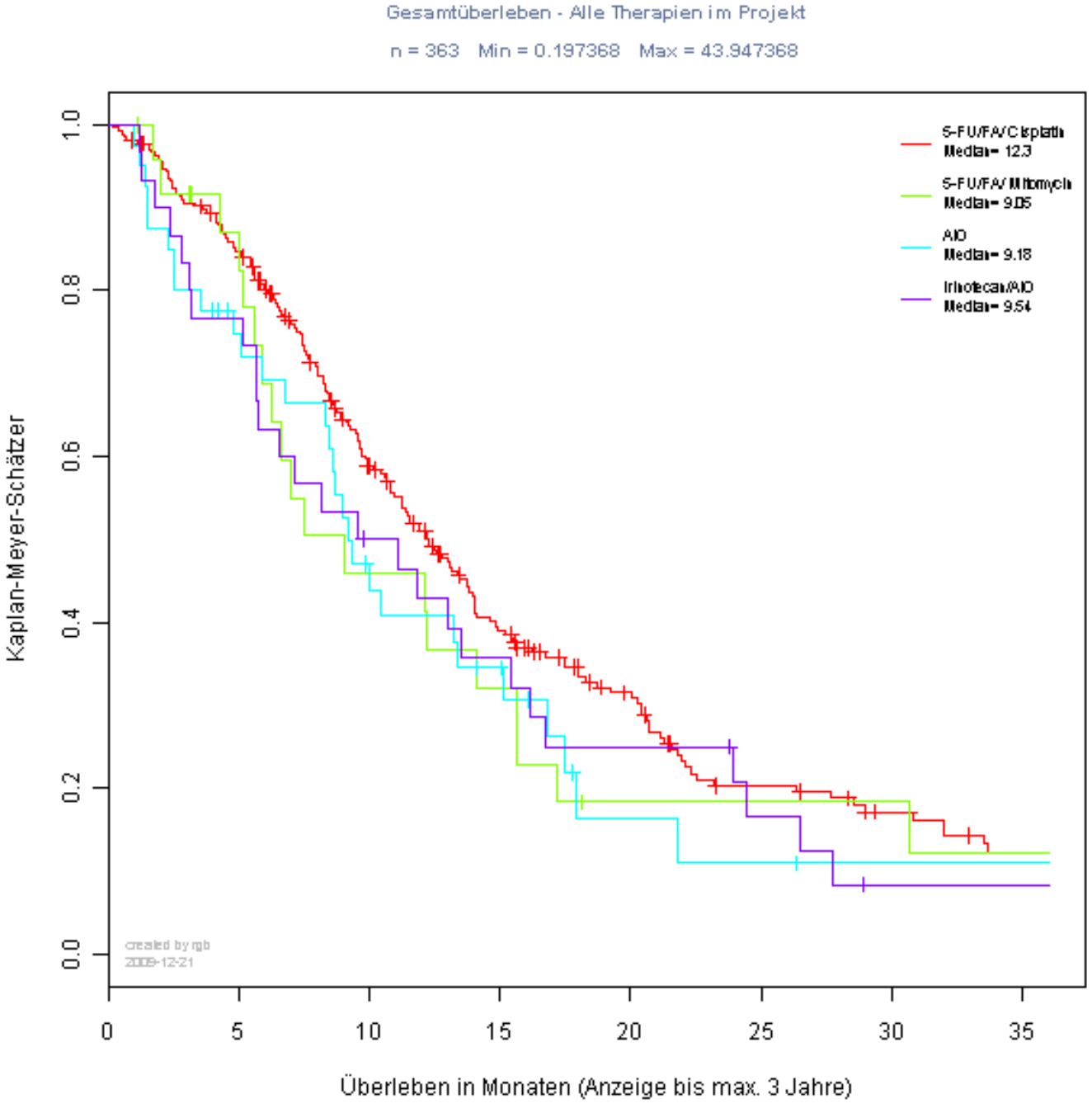
AIO: 5,8 Monate

Gesamtüberleben – Alle Patienten im Projekt



Gesamtüberleben

FLP bzw. AIO-haltige Schemata



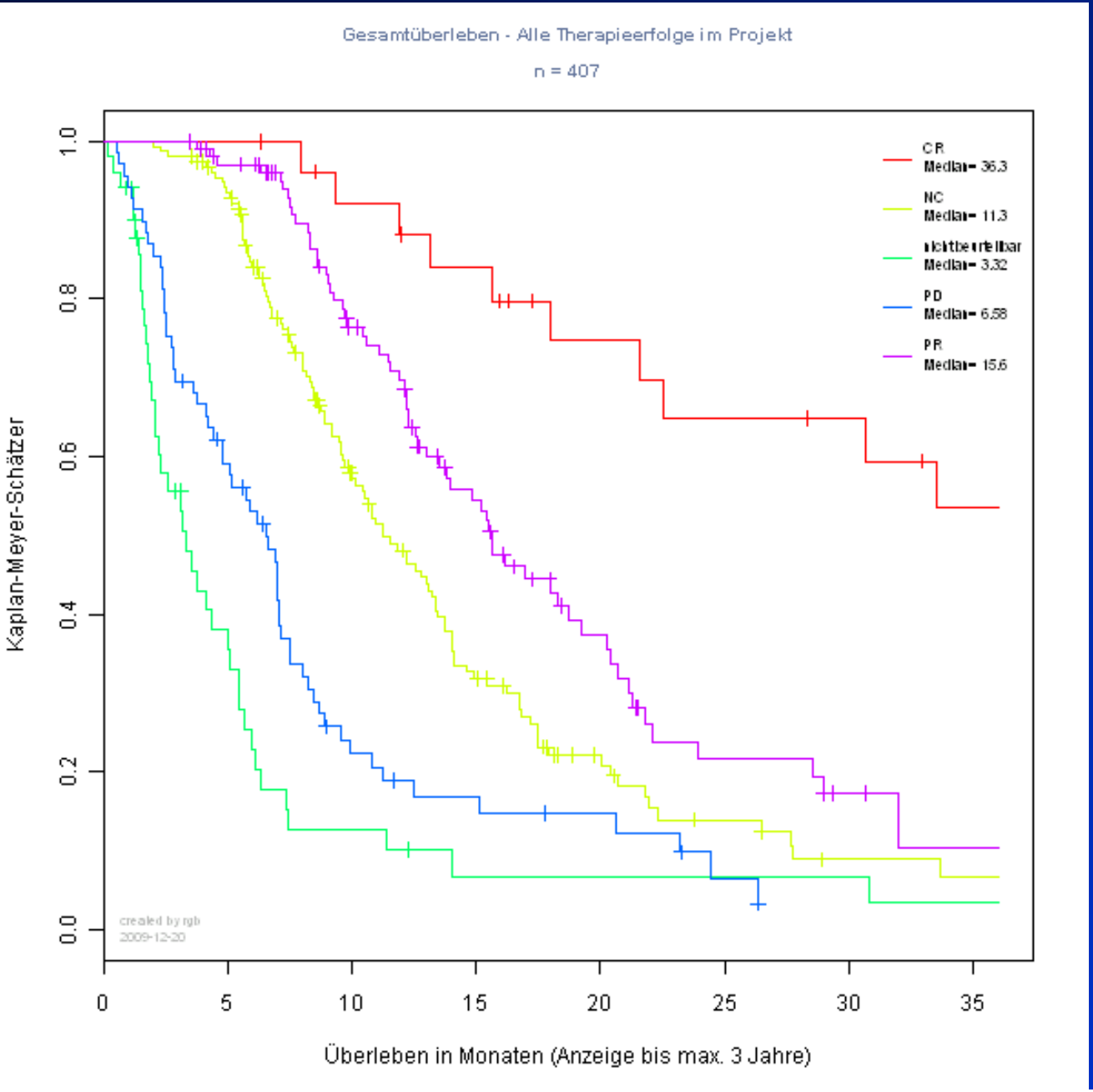
FLP: 12,3 Monate

ILF: 9,5 Monate

MLF: 9,1 Monate

AIO: 9,2 Monate

Gesamtüberleben - Gesamtprojekt
nach Therapieerfolg



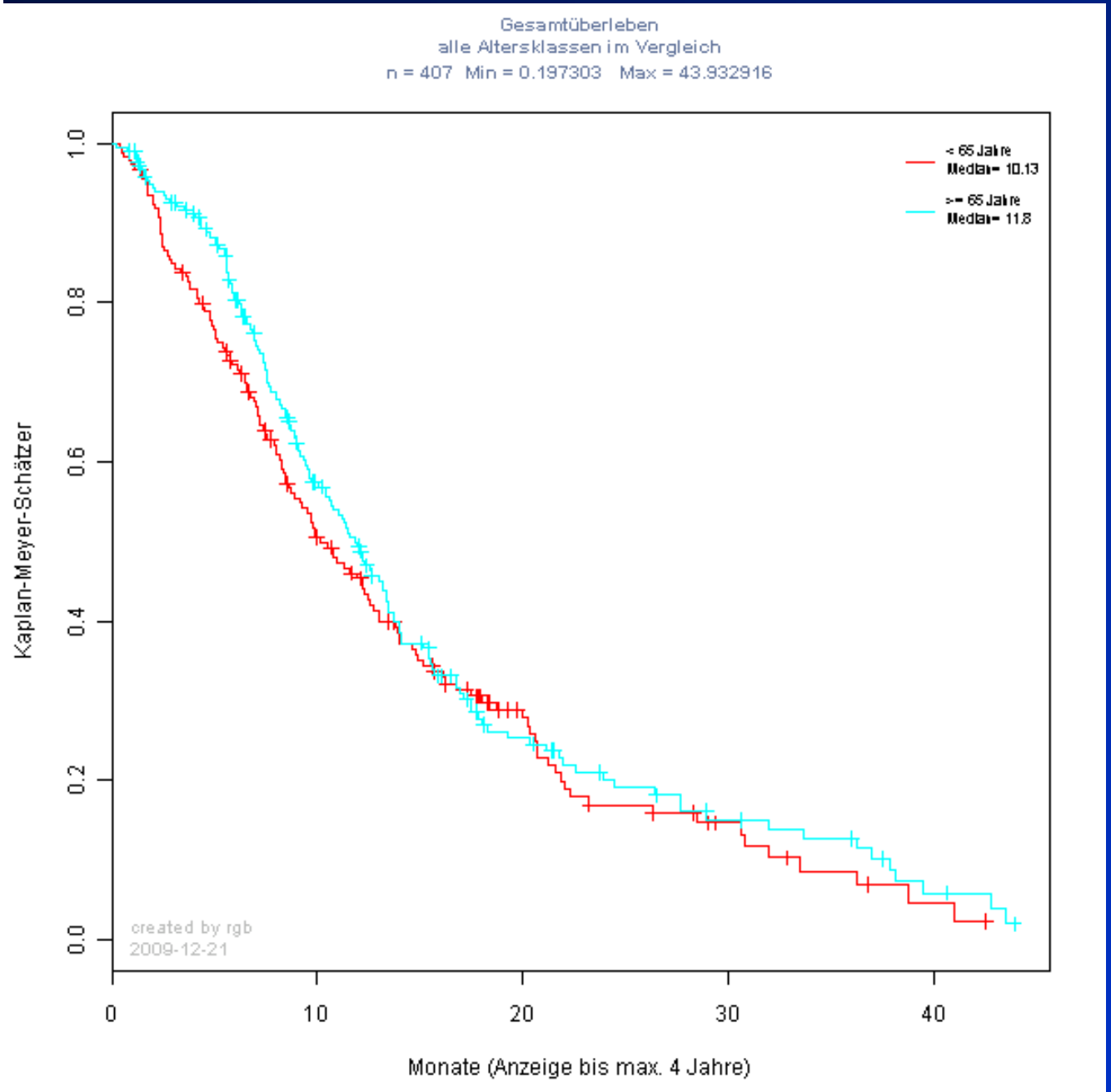
CR: 36,3 Monate

PR: 15,6 Monate

NC: 11,3 Monate

PD: 6,6 Monate

Gesamtüberleben nach Alter

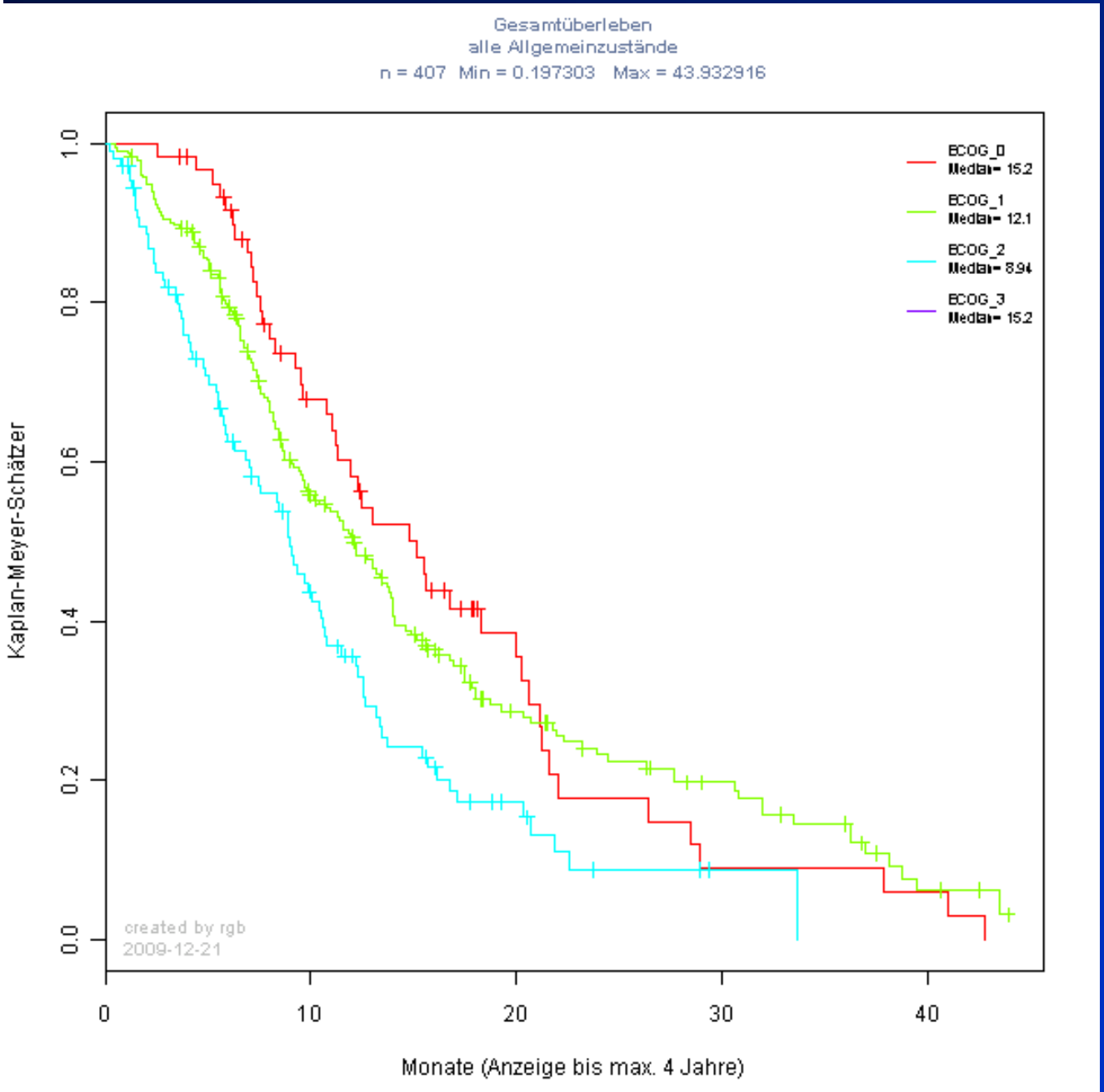


Gesamtüberleben:

< 65 Jahre: 10,1 Mo.

= 65 Jahre: 11,8 Mo.

Gesamtüberleben nach Allgemeinzustand



Gesamtüberleben:

ECOG 0: 15,2 Mo.

ECOG 1: 12,1 Mo.

ECOG 2: 8,9 Mo.

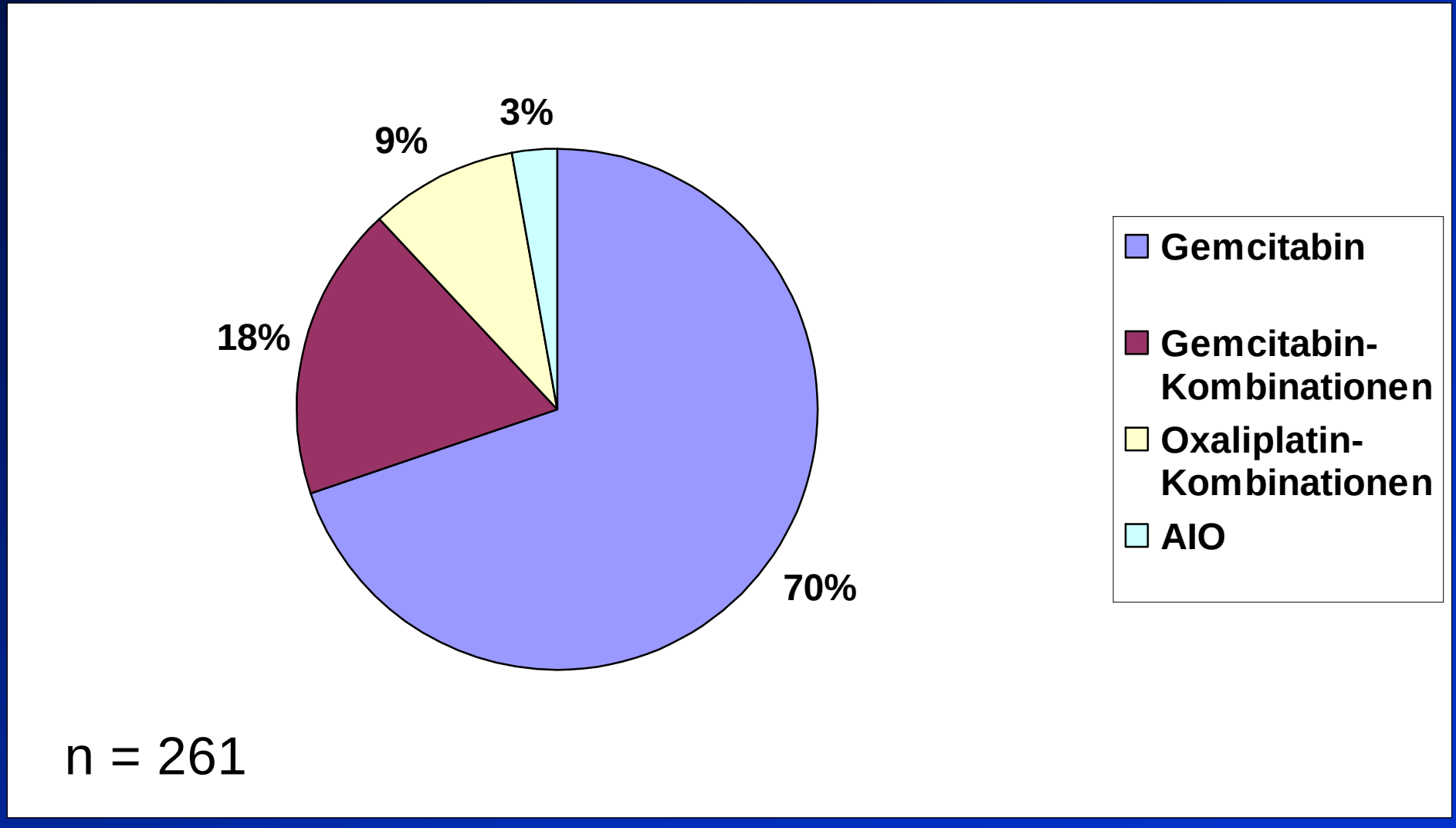
Wie gut ist das Therapieansprechen ?

	n	OR (%)	PFS (in Monaten)	OS
XP vs. FP Kang 2006	316	41/29	5,6/5,0	10,5/9,3
DCF vs CF Moiseyenko 2006	457	37/25	5,6/3,7	9,2/8,6
ECF / ECX	484	41/46	6,2/6,7	9,9/9,9
EOF / EOX Cunningham 2006	480	42/48	6,5/7,0	9,3/11,2
FLOT Al Batran 2007	59	29	5,3	11,3
PIO 2010	**407**	**32**	**6,8**	**11,3**

Ähnliche Effektivität – Unterschiede in den Patientencharakteristika?

Therapie	n	RR	PFS	OS	Med. Alter	PS 0-1
PLF	54	46	6,1	9,7	62	96,1
PLF	108	16,7	3,9	8,8	64	92
FLO	112	41,3	5,8	10,7	64	89,8
ECF	249	40,7	6,2	9,9	65	88,4
ECX	241	46,4	6,7	9,9	64	87,6
EOX	239	47,9	7,0	11,2	62	90
XP	160	46	5,5	10,5	56	n.a.
PIO	407	32	6,4	11,3	**67**	**73**

Pankreaskarzinom - Register

- Projektleiter: Frau Dr. H. Wolf, Berlin

Pankreaskarzinom – gemeldete Therapien