

Das kolorektale Karzinom - Versorgungsforschung und Versorgungsrealität in onkologischen Praxen (Anti-VEGF- bzw. Anti-EGFR-Therapie)

Tessen/Zahn, Goslar; Hayungs/Innig/Berning/Berkemeyer, Rheine; Krönig, Magdeburg; Rubanov, Hameln; Valdik, Schwerin; Grundels/Teich, Chemnitz; Wehmeyer/Lerchenmüller/Kratz-Albers/Timmer, Münster; Hutzschenreuter/Sauer, Nordhorn; Kairies, Greifswald; Eisel, Zwickau; Harich/Kasper, Hof; Blumenstengel, Eisenach; Uhlig, Naunhof; Broszeit-Luft, Lehrte; Müller-Hagen/Bertram/Kollegen, Hamburg; Müller, Leer; Göhler/Dörfler, Dresden; Peterson, Heidenheim; Eschenburg/Wilhelm, Güstrow; Naumann, Berlin; Otremba/Reschke/Zirpel/Kühn, Oldenburg; Schardt/Azeh, Geisenkirchen; Domagali/Hegge, Osnabrück; Schwindt, Plauen; Daßler, Freital; Spohn/Moeller, Halle; Buschmann, Bonn; Kalhori/Nusch/Velbert; Schulze, Zittau; Soling, Kassel; Schmidt/Schneider-Obermeyer/Schweiger/Ströbhaber/Weber, Berlin; Schröder/Kamal, Hannover; Penke, Löhne; Hülshöfer/Körfer, Peine; Mainz/Hinske, Wurselen; Gräschok, Stolberg; Schwerdtfeger, Kötten; Reichert/Jansen, Westerstedde; Pribe-Richter/Stange-Budimilj, Stadthagen; Franz-Werner, Otterstadt; Marquard/Tilgemyer, Celle; Kroger/Schutz, Bremerhaven; Kessler/Wübling, Nordhausen; Detken/Seraphin, Northeim; Schulz, Bad Kreuznach; Kändler, Berlin; Etschold, Neuwied; Prugl, Wiesloch; Gröpler/Triegel, Wismar; Schmidt/Klaproth, Neuenkirchen; Manku/Dietz/Rothe, Köln; Rieß, Niefen-Oschelbrunn; Rüdewski, Maderburg; Schneider, Jülich; Brodt, Bremerwerde; Josten/Klein, Wiesbaden; v. Grunhagen/Galer, Cottbus; Lohr, Wiesbaden; Rodemer/Schellenberger, Garmisch-Partenkirchen; Wilhelmshaven; Lakner/Dueker, Rostock; Kingreen/Koschuth, Berlin; Wolf/Freidit, Dresden; Hoffmeister, Bad Säckingen; Wysk/Gaede/Enfers/Rodewig/Königsmann, Hannover; Arzberger, Meissen; Adari, Walsrode; Haack, Elstra; Lenzen/Warnhoff, Osnabrück; Müller, Verden; Schwindt, Bonn; Mittermüller, Germering; Rohring/Hurtz/Schmalfeld/Frank-Gleich, Halle; Papke, Neustadt/Sachsen; Akrivakis, Hamburg; Fries, Bamberg; Lange, Bonn; Nusch, Ratingen; Scheuer/Noll/Zinßluis, Pirmasens; Karchor/Fuxius, Heideberg; Nawka/Kühn, Berlin; Ammon/Meyer, Göttingen; Neise/Lollert/Neise, Krefeld; Schwittay/Stiegler, Grotzsch; Seipelt/Koch, Bad Soden; Weber, Schwalmstedt; Hahn, Herne; Jacobs/Schmits/Daus, Saarbrücken; Onkolg Moers GbR, Weniger/Bittrich, Erfurt; Köhler/Fuchs, Langen; Peuser, Leipzig; Stern, Alttötting; Ringel/Ringel/Wartenberg, Friedberg; Baake/Leonhardt/Moegling, Pinneberg; Schurer, Leipzig; Waberzick, Hartha bei Döbeln; Fett/Camphausen, Wuppertal; Germeroth, Reichenbach; Obst, Burgwedel; Schick, München; Schwend/Strache, Berlin; Weinert, Bad Salzuflen; Jacobasch/Freiberg-Richter/Illmer/Wolf, Dresden; Gabor/Strack, Köln; Hauch, Erfurt; Hesselbarth, Schwalmstadt; Hornung, Essen; Ripper/Ertl/Paul, Friedberg; Weidenbach/Balsar, Marburg; Abenhardt/Bojko, München; Blau/Ihle, Berlin; Dietzfelbinger, Hersching; Hoffknecht, Dornhard; Hoffmann/Zimmermann, Leipzig; Hornberger/Tanzer, Bad Reichenhall; Kayser, Dannenberg; Hoffknecht, Dornhard; Siegmund, Damme; Mobius, Stollberg; Scherpe/Steffens, Stade; Stier, Zella-Mehlis

Fragestellung

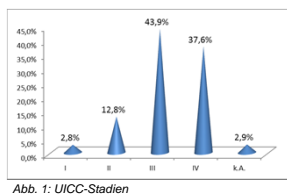
Mit den Zytostatika 5-FU, Irinotecan, Oxaliplatin und Capecitabin stehen potente Medikamente für die palliative Therapie des kolorektalen Karzinoms (CRC) zur Verfügung. 01/2005 wurde der monoklonale Antikörper Bevacizumab, 06/2004 Cetuximab, 12/2007 Panitumumab und 02/2013 Afibercept zugelassen. Wie werden diese Substanzen im Alltag eingesetzt und wie sind die Therapieergebnisse insbesondere im Hinblick auf Metastasenresektion?

Methodik

Seit 2003 dokumentierten 124 onkologische Praxen aus allen Bundesländern im Rahmen der Projektgruppe Internistische Onkologie (PIO) 9490 Erkrankungsverläufe von CRC Patienten. Davon wurden 8932 Fälle mit insgesamt 20272 Therapien im Register ONCOReg ausgewertet (Stand 05.09.2016).

Ergebnisse

Geschlecht: 5399 (60,4%) m; 3533 (39,6%) w; UICC: Bei 3357 (37,6%) Patienten lag primär ein metastasiertes Stadium vor (Abb. 1). Bei weiteren 2561 (28,7%) Patienten wurde im Verlauf der Erkrankung eine Metastasierung festgestellt.



OP Primärtumor: n = 8298 (92,9%), mit 7181 (86,5%) R0-Resektion; K-Ras (n=2648): 1689 (63,8%) Wildtyp; 959 (36,2%) mutiert; N-Ras (n=298): 251 (84,2%) Wildtyp; 47 (15,8%) mutiert.

Palliative Therapien (n = 14707):

5836 Patienten erhielten eine 1st-line Chemotherapie, davon 3940 (67,5%) eine 2nd-line und 2186 (37,5%) eine 3rd-line. Bevacizumab wurde hauptsächlich als 1st-line Therapie eingesetzt, Afibercept und Cetuximab als 2nd-line und Panitumumab als 3rd-line Therapie (Abb. 2+3).

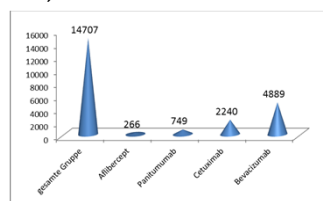


Abb. 2: Anzahl palliativer Therapien pro Patient

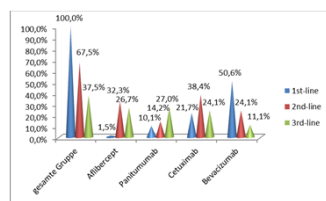


Abb. 3: Palliative Therapien nach Linie

Patienten mit Fernmetastasen: 5918 (66,3%); Alter bei Beginn Fernmetastasierung: median 67 (19-92) Jahre; Metastasenresektionen: 1360 (23,0%) Patienten mit 1703 Resektionen; Tumorrest: 1067 (62,7%) R0; 59 (3,5%) R1; 60 (3,5%) R2; 517 (30,4%) RX; Primäre Metastasenresektionen: 926 (15,6%) Patienten; Davon UICC IV bei ED: 313 (33,8%); Sekundäre Metastasenresektionen: 523 (8,8%) Patienten; Interventionelle Metastasenbehandlungen: 160 (2,7%) mit 220 Behandlungen; Davon 73 (33,2%) RFA, 34 (15,5%) Brachytherapie, 32 (14,5%) TACE, 29 (13,2%) SIRT.

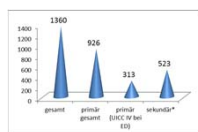


Abb. 4: Metastasenresektionen während bzw. nach palliativer Therapie

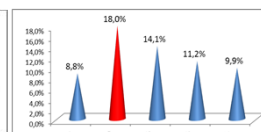


Abb. 5: Sekundäre Metastasenresektionen**

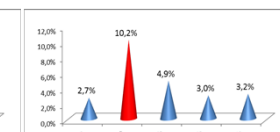


Abb. 6: Metastasenbehandlungen

Bei 1360 (23,0%) Patienten wurde eine Metastasenresektion, bei 160 (2,7%) eine interventionelle Metastasenbehandlung durchgeführt (Abb. 4-6). 95 Praxen (80,5%) veranlassten eine Metastasenresektion. Deren Rate lag zwischen 6,6 und 39,2% bei Praxen mit mehr als 50 auswertbaren Patienten.

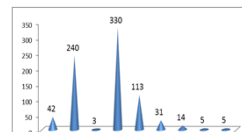


Abb. 7: Therapie vor Metastasenresektion

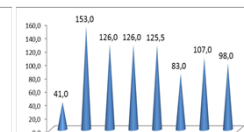


Abb. 8: Therapiedauer (Tage) vor Metastasenresektion

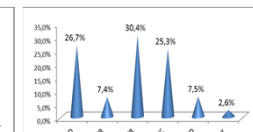


Abb. 9: Therapieerfolg vor Metastasenresektion

Eine sekundäre Metastasenresektion erfolgte hauptsächlich während bzw. nach einer First-line Therapie (Abb. 7). Diese dauerte im Median 126 Tage (Abb. 8). Auch Patienten mit einer progressiven Erkrankung wurden einer Metastasenresektion zugeführt (Abb. 9).

Überleben

Das mediane progressionsfreie Überleben liegt bei 9,9 bzw. 6,4 Monaten für die 1st bzw. 2nd-line Therapie, das mediane Gesamtüberleben bei 25,1 bzw. 15,3 Monaten. In Abb. 10 sind die Registerdaten im Vergleich zu publizierten Studien dargestellt.

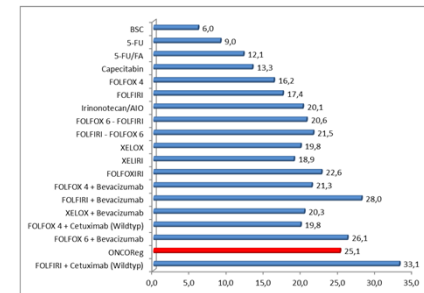


Abb. 10: Gesamtüberleben ab Beginn der 1st-line Therapie

Das mediane Gesamtüberleben ab Fernmetastasierung beträgt 28,3 Monate und verlängerte sich nach sekundärer Metastasenresektion auf 54,6 Monate (Abb. 11+12).

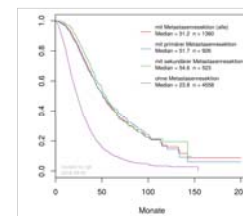


Abb. 11: Gesamtüberleben ab Fernmetastasierung mit Metastasenresektion (alle) (n = 1360) 51,2 Monate
Metastasenresektion (alle) (n = 926) 51,7 Monate
mit sekundärer Metastasenresektion (n = 523) 54,6 Monate
ohne Metastasenresektion (n = 4558) 23,8 Monate

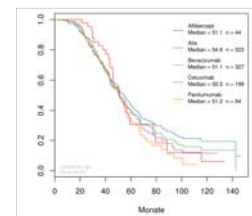


Abb. 12: Gesamtüberleben mit sekundärer Fernmetastasierung
Afibercept (n = 44) 51,1 Monate
Gesamte Gruppe (n = 523) 54,6 Monate
Bevacizumab (n = 327) 51,1 Monate
Cetuximab (n = 199) 50,5 Monate
Panitumumab (n = 94) 51,2 Monate

Schlussfolgerung

Die zielgerichtete Behandlung des CRCs in den Praxen spiegelt sich im medianen Gesamtüberleben ab Beginn der 1st-line Therapie mit 25,1 Monaten wieder. Vorhandene Fernmetastasen wurden in 23% der Fälle reseziert, was das Gesamtüberleben ab Fernmetastasierung von 23,8 auf 51,2 Monate verlängerte. Eine sekundäre Resektion (während oder nach palliativer Therapie) erfolgte bei 9% der Patienten. Deren medianes Überleben liegt bei 54,6 Monaten. Die Datensammlung und Auswertungen werden fortgesetzt.

**Sekundäre Metastasenresektionen: Differenz zu den Zahlen aus dem Abstract, da nur Metastasenresektionen berücksichtigt, die nach bzw. während einer palliativen Therapie durchgeführt wurden (Abstract: Tabelle Secondary metastasectomies).

ED – Erstdiagnose
RFA – Radiofrequenzablation
TACE – transarterielle Chemoembolisation
SIRT – Selektive interne Radio-Therapie
NED – No evidence of disease
CR – complete remission
PR – partial remission
NC – No change
PD – progressive disease

Logistik und Unterlagen zu diesem Register: rgb GmbH, Sarstedt
Homepage: www.rgb-onkologie.de, E-mail: info@rgb-onkologie.de
Tel.: 05066/692071, Fax: 05066/692064
Posterpräsentation: Jahrestagung der DGHO, 14.-18.10.2016, Leipzig