

NSCLC - Register, eine Analyse adjuvanter Chemotherapien

Wilhelm/Eschenburg, Güstrow: Schlichting, rgb GmbH Sarstedt; Tessen/Zahn, Goslar; Hayungs/Innig, Rheine; Rubanov, Hameln; Hutzschenreuter/Sauer, Nordhorn; Kalhori/Nusch, Velbert; Müller-Hagen/Bertram/Kollegen, Hamburg; Priebe-Richter/Stange-Budumlu, Stadthagen; Uhlig; Naunhof; Müller, Leer; Otremba/Reschke/Zirpel/Kühn, Oldenburg; Eisel, Glauchau; Blumenstengel, Eisenach; Schardt/Azeh, Gelsenkirchen; Domagalski/Hege, Osnabrück; Keppler/Wußling, Nordhausen, Hülshofer/Korfer Peine; Wehmer/Lerchenmüller/Kratz-Albers/Timmer, Münster; Daßler, Freital; Malinka/Dietze/Rothe, Köln; Reichert/Jansen, Westerstede; Göhler/Darfel, Dresden; Harich/Kasper, Hof; Buschmann, Bonn; Petersen, Heidenheim; Schulze, Zittau; Josten/Klein, Wiesbaden; Steffen/Korsch/Wolfsburg; Broszeit-Luft, Lehrte; Gaede/Ehlers/Rodewig/Konigsmann, Hannover; Kröger/Schütz, Bremerhaven; Groppler/Trieglaff, Wismar; Schulz, Bad Kreuznach; Schneider-Obermeyer/Schweigert/Strohbach, Berlin; Nusch, Ratingen; Mainz/Hinske; Würselen; Kriegen/Koschuth, Berlin; Hoffmeister, Bad Säckingen; Kindler, Berlin; Groschke, Stolberg; Prugl, Zwiest; Steffens, Stade; Soling, Kassel; Raack, Celle; Rodemer, Wilhelmshaven; Ammon/Meyer, Göttingen; Jacobs/Schmits/Daus, Saarbrücken; Marquard/Titgemeyer, Celle; Schmittl, Berlin; Spohn/Moeller, Halle; Valdix, Schwerin; Franz-Werner, Otterstadt; Ringel/Ringel/Wartenberg, Friedberg; Detken/Seraphin, Northheim; Nawka/Kühn, Berlin; Schwindt, Plauen; Ehscheid, Neuwied; Penke, Löhne; Grundes/Teich, Chemnitz; Lakner/Decker, Rostock; Schwerdtfeger/Schulze/Lehmann, Kothen; Sieg/Schröder, Mülheim; Arzberger, Meissen; Bosse, München; Hansen/Reeb, Kaiserslautern; Hauch, Erfurt; Müller, Verden; Rieß, Niefern-Oschelbronn; Schneider-Kappus, Ulm; Schwindt, Bonn; Stauch, Kronach; Weiß, Weiden; Wietig/Frick, Rostock; Akrivakis, Hamburg; Baake/Leonhardt/Moegling, Pinneberg; Gabor/Strack, Köln; Hübner, Bayreuth; Kayser, Dannenberg; Lange, Bonn; Maiwirth, Berlin; Neise/Lollert/Neise, Krefeld; Obst, Burgwedel; Papke, Neustadt/Sachsen; Sauer/Gerhardt/Linde, PotsdamSchmidt/Klaproth; Neunkirchen: Schroder/Kamal, Hannover; Schwittay/Stiegler, Groitzsch; Kröning, Magdeburg

Einleitung

Das Bronchialkarzinom ist mit jährlich über 40000 Sterbefällen in Deutschland die vierthäufigste Todesursache und die häufigste Krebstodesursache [1]. Patienten mit einer Nichtkleinzelligen Erkrankung im Stadium II bzw. IIIA profitieren von einer Cisplatin-haltigen Chemotherapie nach einer R0-Resektion des primären Tumors [2] [3] [4].

Methodik

Es wurden Daten zur Therapie des NSCLC (ICD-10 C34) innerhalb des überregionalen wissenschaftlichen Verlaufsregisters ONCOReg der Projektgruppe internistische Onkologie (PIO) analysiert. Das Register beinhaltet die Verlaufsdocumentation von insgesamt 30177 Patienten (Abb. 1) aus 379 Praxen, davon 2622 NSCLC aus 91 Praxen in 16 Bundesländern (Abb. 2).

Abbildung 1: Anzahl gemeldeter Patienten nach Entität

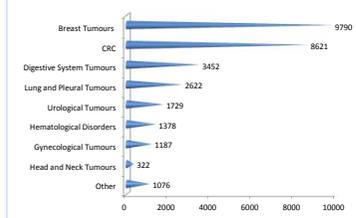


Abbildung 2: Regionale Verteilung der beteiligten Praxen beim NSCLC (n = 91)

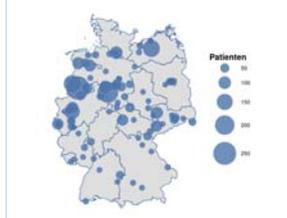


Tabelle 1: Status der Patientengruppe [n (%)]

NSCLC	Geschlechterverhältnis		Überlebensstatus			
	N	M	W	Lebt	Verstorben	Kontaktverlust
	2334	1695 (72,6)	639 (27,4)	348 (14,9)	1430 (61,3)	556 (23,8)

Von 2334 auswertbaren Patienten sind bisher 1430 (61,3%) verstorben (Tab. 1). Das mediane Alter ab Erstdiagnose bzw. Fernmetastasierung lag bei 67 Jahren (Tab. 2), wobei 799 (34,2%) Patienten älter als 70 Jahre waren. Von 1830 liegt eine Information über den Raucherstatus vor. Danach haben mehr als die Hälfte der Patienten in ihrem Leben geraucht (Tab. 3). Histologisch überwiegt das Adenokarzinom mit 50,8% (Tab. 4). 660 (28,3%) Patienten wurden primär operiert.

Tabelle 2: Alter bei Erstdiagnose [Jahre]

NSCLC	N	Min	Q.25%	Mittel	SD	Median	Q.75%	Max
	2334	30	59	65,7	9,7	67	73	99

Tabelle 3: Raucherstatus [n (%)]*

N	Raucher	Nichtraucher
1830	967 (52,8)	863 (47,2)

Tabelle 4: Histologie [n (%)]*

N	Adenokarzinom	Platteneithelkarzinom
2147	1185 (50,8)	962 (41,2)

*504 k. A. andere

*187 andere

Ergebnisse

329 (14,1%) Patienten erhielten eine adjuvante Chemotherapie. Bei 252 (76,6%) Patienten wurde Vinorelbin/ Cisplatin eingesetzt (Abb. 3). Die Verteilung der UICC-Stadien war wie folgt: 18,5% I; 44,1% II; 35,3% III (Abb. 4).

Abbildung 3: Adjuvante Therapien (n = 329)

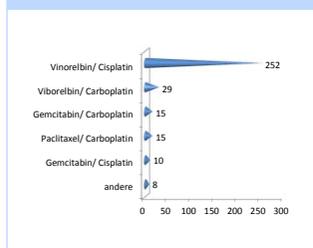


Abbildung 4: UICC-Stadien (n = 329)

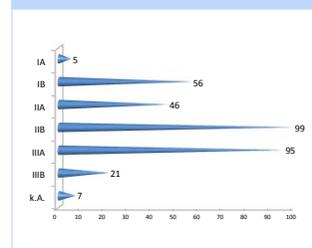
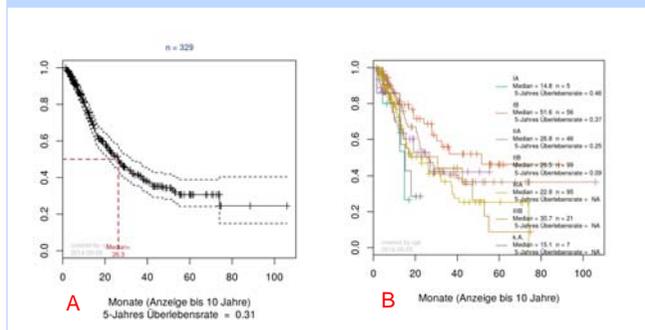
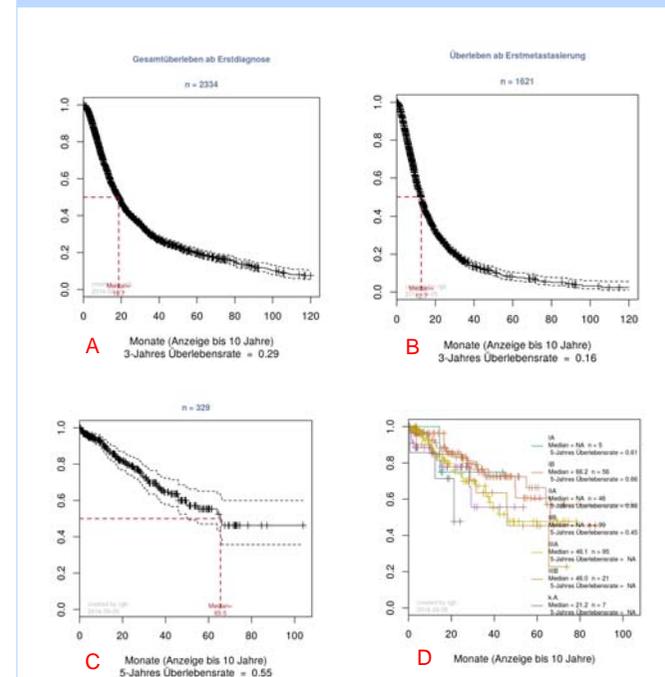


Abbildung 5: Krankheitsfreies Überleben aller Patienten mit einer adjuvanten Therapie (A) und nach UICC-Stadien (B)



Das mediane erkrankungsfreie Intervall der Patienten, die eine adjuvante Chemotherapie erhielten, beträgt 26,3 Monate (Abb. 5A). Es unterscheidet sich hinsichtlich des UICC-Stadiums (Abb. 5B). Das mediane Gesamtüberleben ab Erstdiagnose aller Patienten mit einem NSCLC liegt bei 18,7 Monaten (Abb. 6A), ab Metastasierung bei 12,7 Monaten (Abb. 6B). Eine adjuvante Chemotherapie verlängert das Gesamtüberleben auf median 65,5 Monate (Abb. 6C). Auch dies ist unterschiedlich in den einzelnen UICC-Stadien (Abb. 6D).

Abbildung 6: Gesamtüberleben ab Erstdiagnose aller NSCLC-Patienten (A), ab Metastasierung (B), ab Therapiebeginn adjuvanter Therapie (C), nach UICC-Stadien (D)



Schlussfolgerung

In dem betrachteten Kollektiv wurde bei 30% der Patienten der Primärtumor entnommen. 50% dieser Patienten erhielten eine adjuvante Chemotherapie und hatten ein medianes Gesamtüberleben von 65,5 Monaten. Das 5 Jahresüberleben beträgt 55%. Dieses Ergebnis entspricht den Daten publizierter klinischer Phase-III-Studien. Die Datenerhebung für fortgesetzt.

Interessenkonflikt: Sponsoren des Mammakarzinom-Registers: Axios Pharma GmbH, Bendalis GmbH, Bristol-Myers Squibb, Celgene GmbH, Cell-Pharm, HEXAL AG, Lapharm Pharmazeutische Produkte, Lilly Deutschland GmbH, Medac GmbH, NeoCorp AG, O.R.C.A. pharm GmbH, Onkovis, Pierre Fabre Pharma GmbH, Pfizer Pharma GmbH, Ribosepharm division, Roche Pharma AG, Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

[1] Statistisches Bundesamt Deutschland, Wiesbaden 2007.
[2] Arrighetti R. et al: International Adjuvant Lung Cancer Trial Collaborative Group (IALT). N Engl J Med 2004;350:351-60.
[3] Douillard J. et al: Adjuvant Navelbine International Trialist Association (ANITA). Lancet Oncol 2006;7:719-27.
[4] Winton T. et al: JBR.10 Trial Investigators. N Engl J med 2005;352:2589-97.