

Kolorektales Karzinom Analysekollektiv

Aktuelle Auswertung 2000-2014

2000 bis 2014: **261 913** Erstdiagnosen
Beteiligung von **31** Klinischen Registern
aus **11** Bundesländern

Vergleich: Neuerkrankungen in Deutschland 2010

Nach RKI/GEKID 2010 **62 230** (ICD-10 C18-21)
Krebs in Deutschland, Häufigkeiten und Trends

Aktuelle Auswertung
KKR erfasst 2010 **16 689** (ICD-10 C18-20)
(ca. 27% der erwarteten Neuerkrankungen)



Versorgungssituation beim kolorektalen Karzinom in Deutschland

Stefan Benz

Klinik für Allgemeine- Viszeral- und Kinderchirurgie

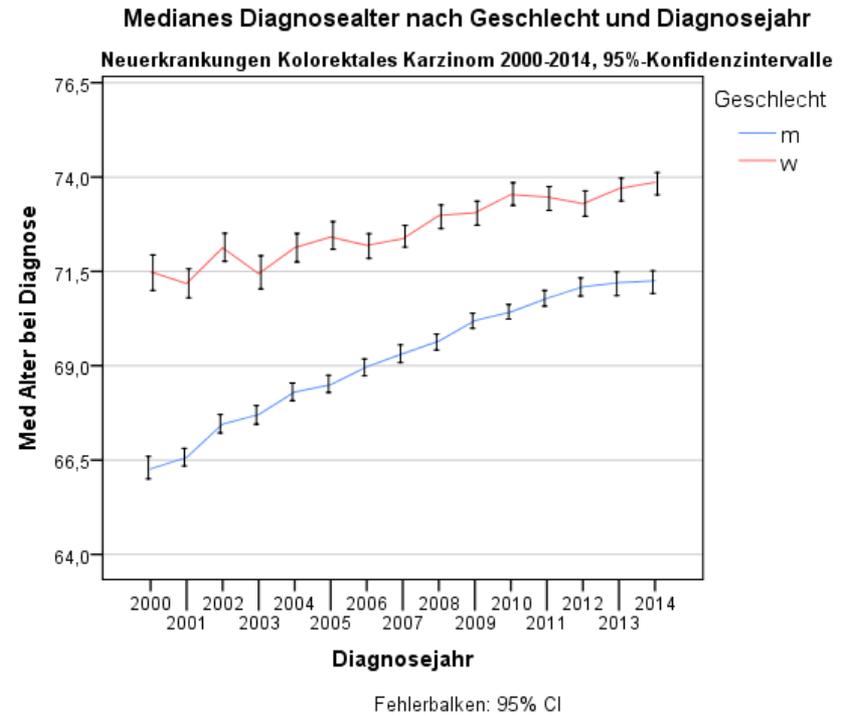
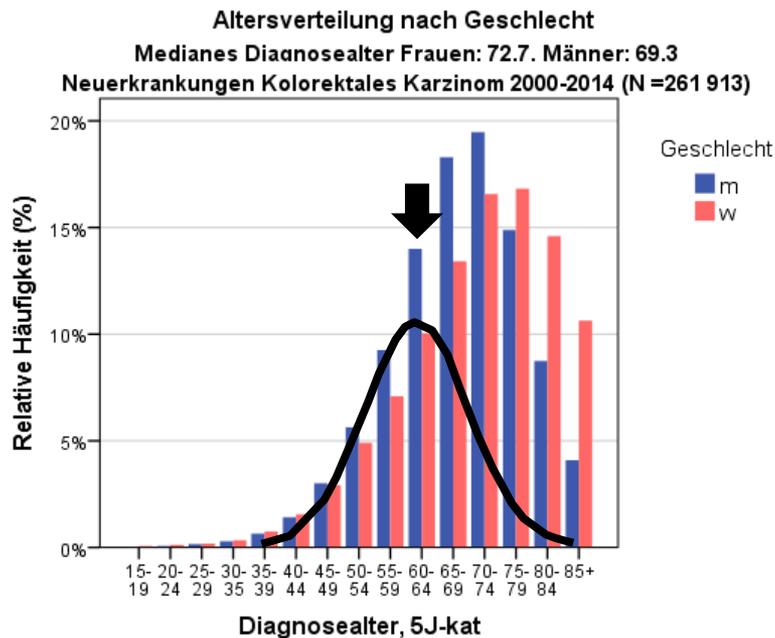
Klinikum Böblingen- Sindelfingen
Klinikverbund-Südwest

Arbeitsgemeinschaft deutscher Tumorzentren (ADT)

Kolorektales Karzinom - zeitliche Trends 2000-2014

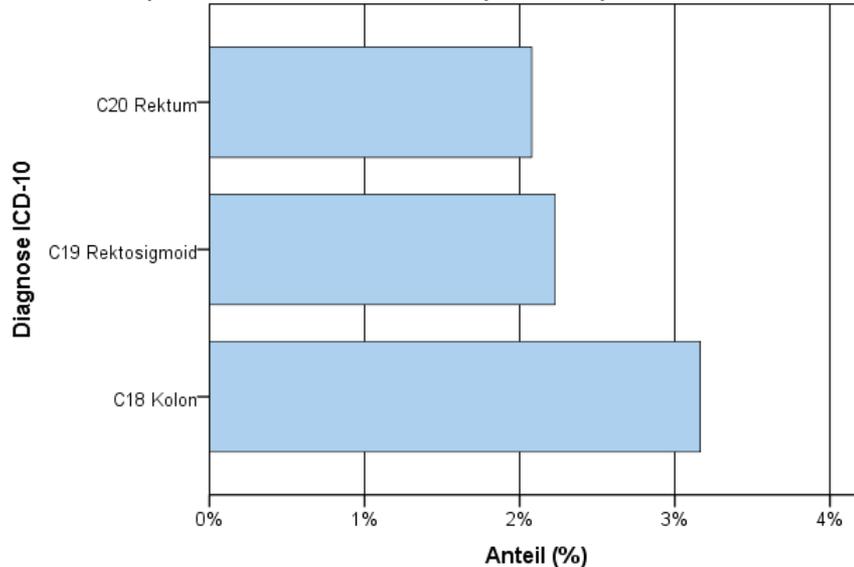
Diagnosealter

Frauen sind älter als Männer, Zunahme des Diagnosealters stärker bei Männern als bei Frauen

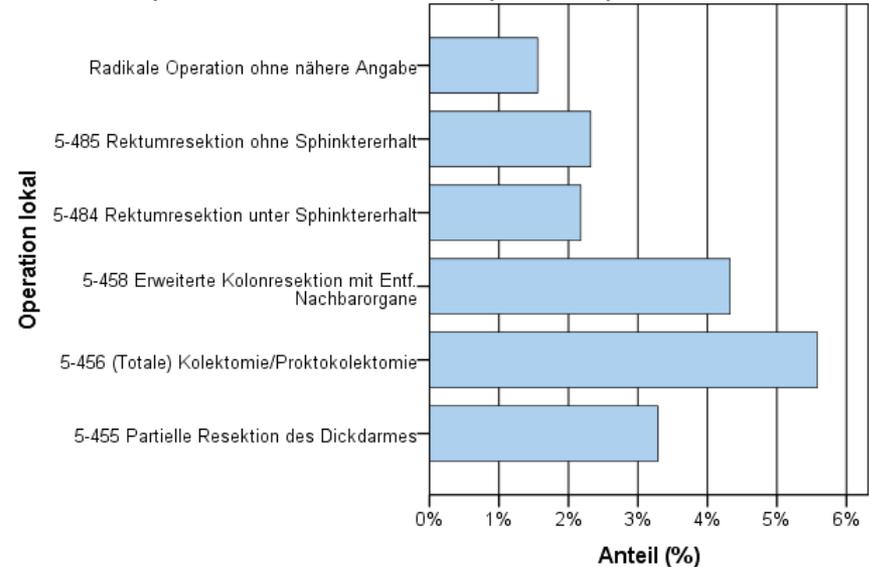


Kolorektales Karzinom - Perioperative Mortalität Einflussfaktoren

Anteil der perioperativ verstorbenen Patienten (30-Tage) nach Diagnose
Radikale Operationen Stadien I-III 2000-2014 (N = 155 925), Mittlerer Anteil: 2,8%



Anteil der perioperativ verstorbenen Patienten (30-Tage) nach Diagnose
Radikale Operationen Stadien I-III 2000-2014 (N = 155 925), Mittlerer Anteil: 2,8%



Keine signifikante Änderung seit 2000

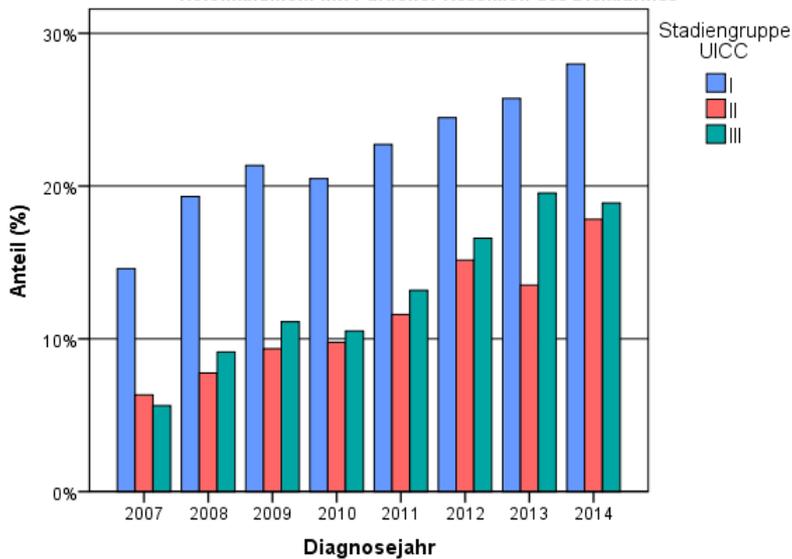
30-Tage Mortalität Kolonkarzinom -Datensatz 2014, multivariate Analyse-

N = 37068	OR	p-value
Alter	1.112	<0.001
Geschlecht	0.642	<0.001
Resektion		
Offen rechts	1	
Laparoskopisch rechts	0.597	0.062
Offen links	1.166	0.019
Laparoskopisch links	0.487	<0.001
T-Stadium		
pT1		<0.001
pT2	1.362	0.03
pT3	1.457	0.004
pT4	1.91	<0.001

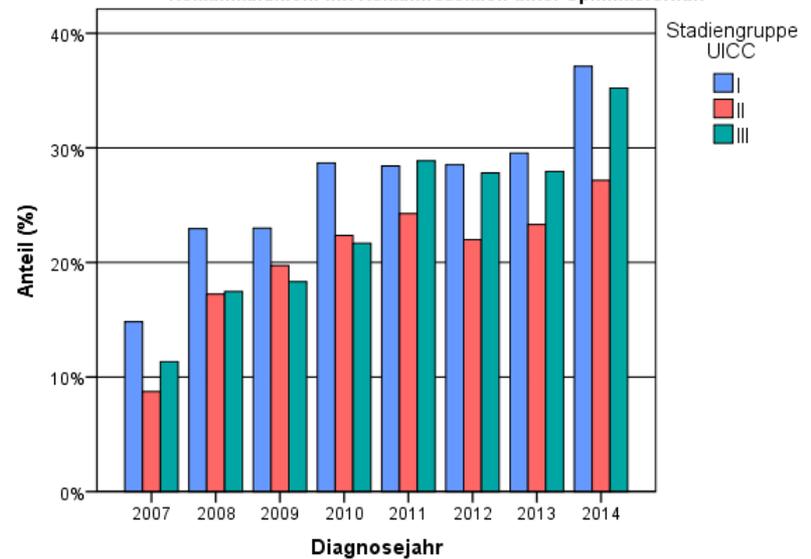
Kolorektales Karzinom

Laparoskopische vs. offene Chirurgie

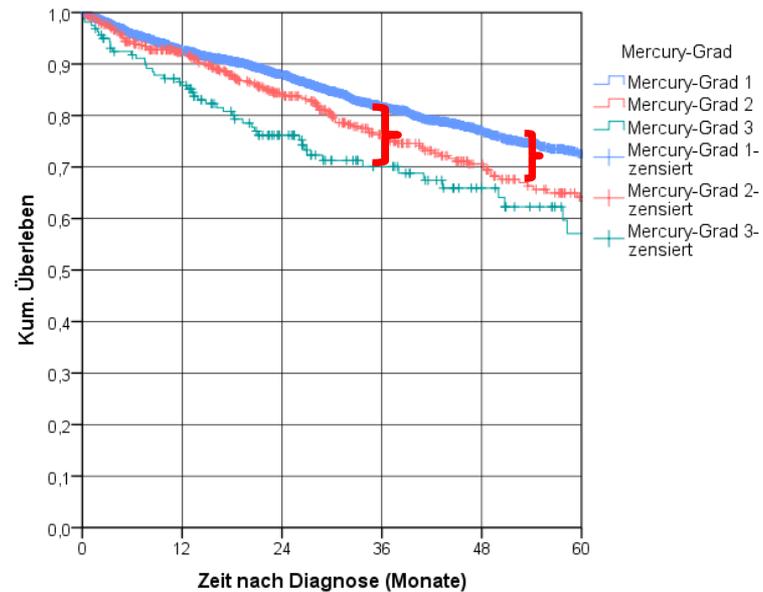
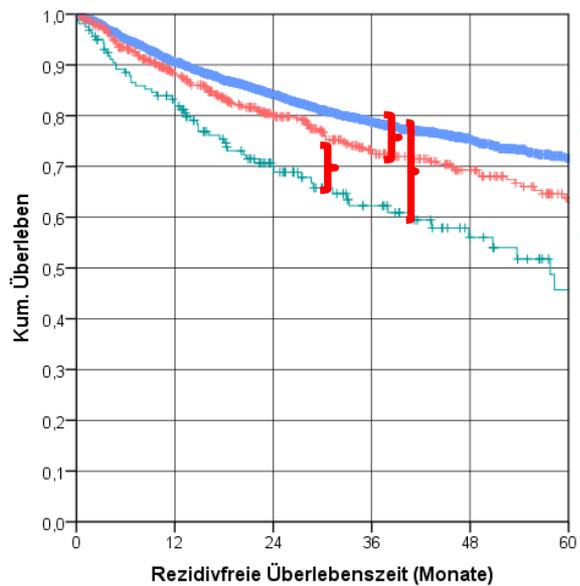
Anteil der laparoskopisch operierten Patienten
nach Stadium I-III und Diagnosejahr
Kolonkarzinom mit Partieller Resektion des Dickdarmes



Anteil der laparoskopisch operierten Patienten
nach Stadium I-III und Diagnosejahr
Rektumkarzinom mit Rektumresektion unter Sphinktererhalt



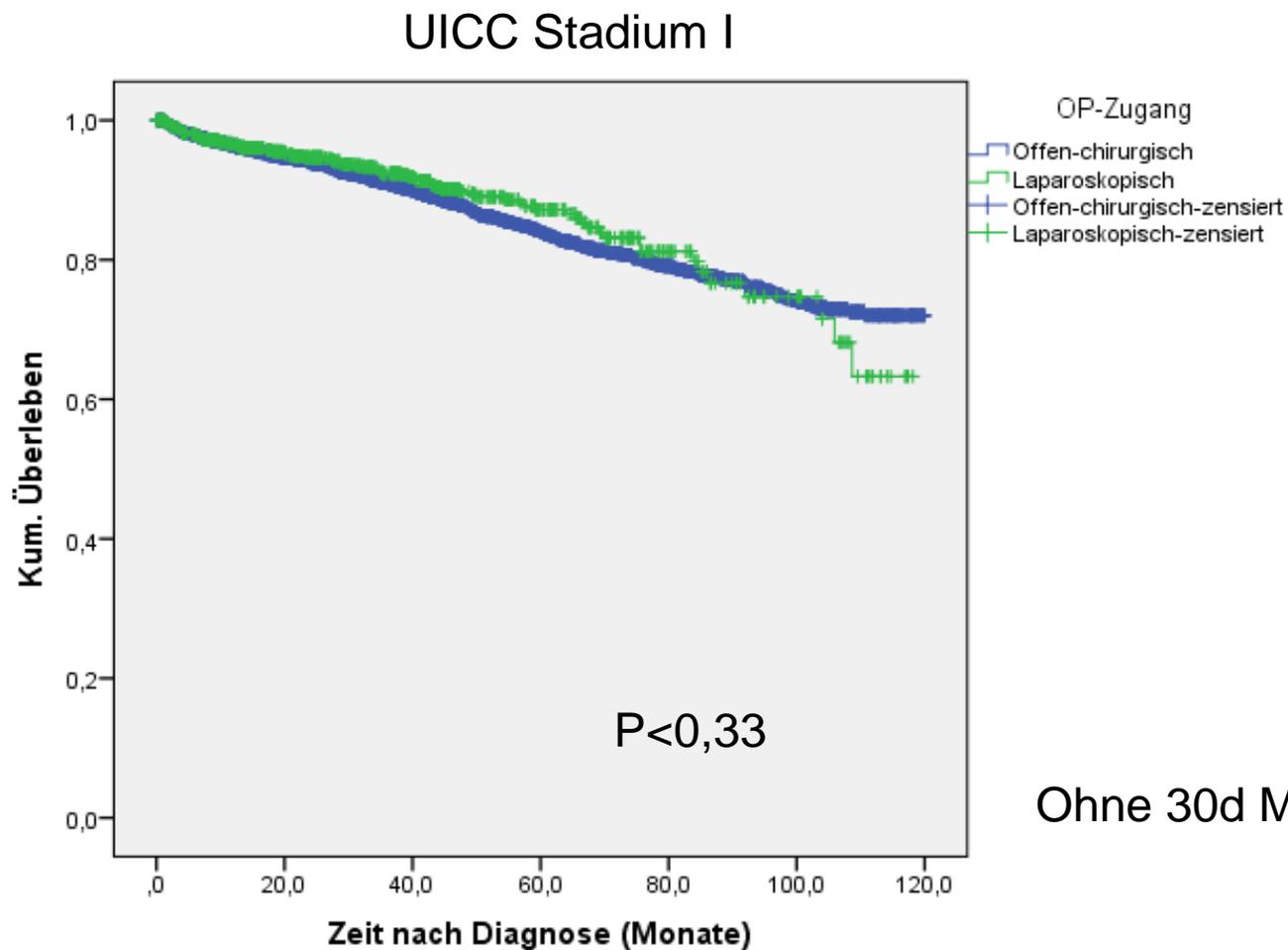
Qualität der mesorektalen Exzision



} p<0,05

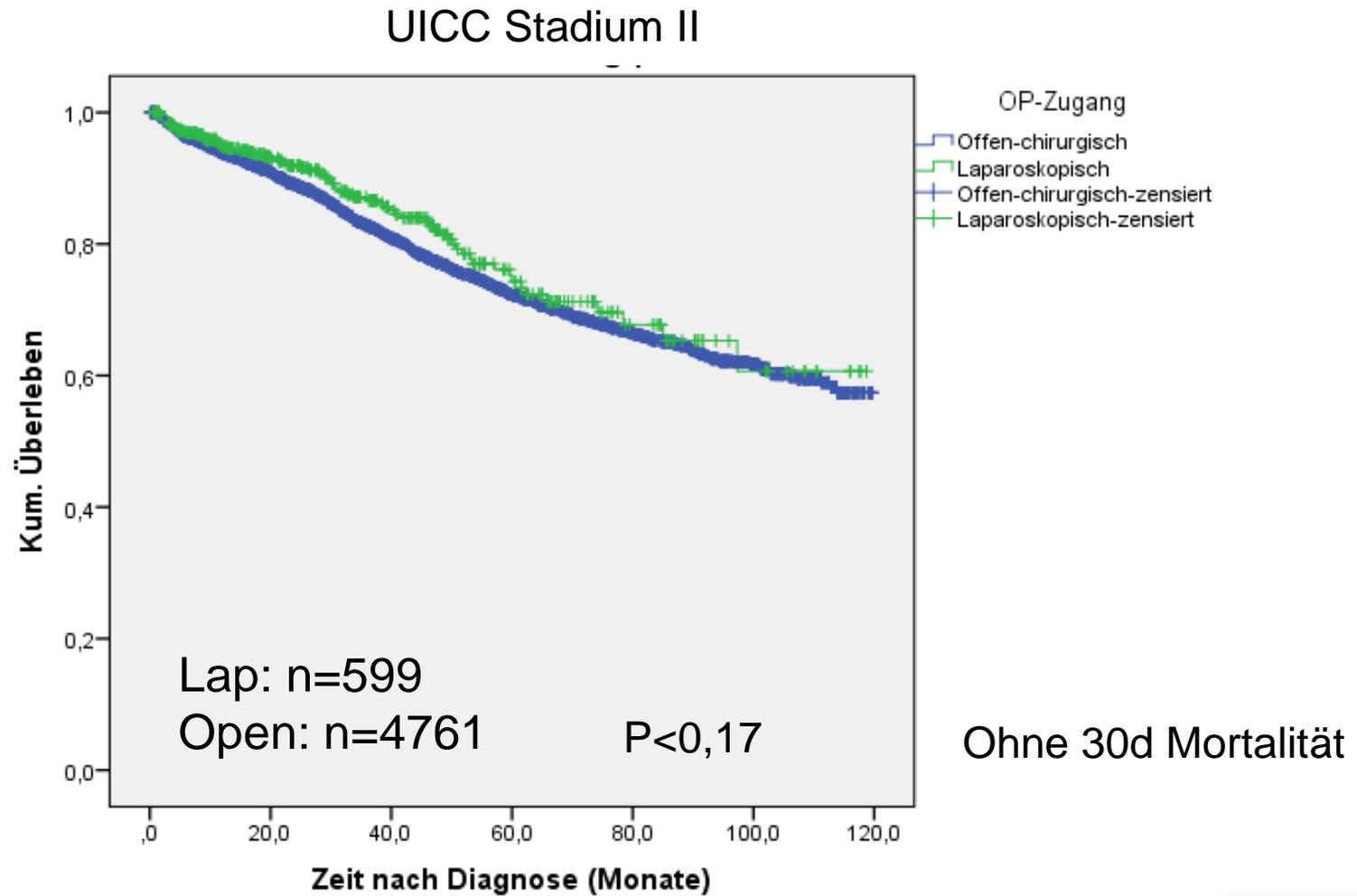
Mercury-Grad	Gesamtzahl	Anzahl der Ereignisse	Zensiert	
			N	Prozent
Mercury-Grad 1	3668	664	3004	81,9%
Mercury-Grad 2	473	116	357	75,5%
Mercury-Grad 3	160	54	106	66,3%
Gesamt	4301	834	3467	80,6%

Gesamtüberleben Rektumkarzinom

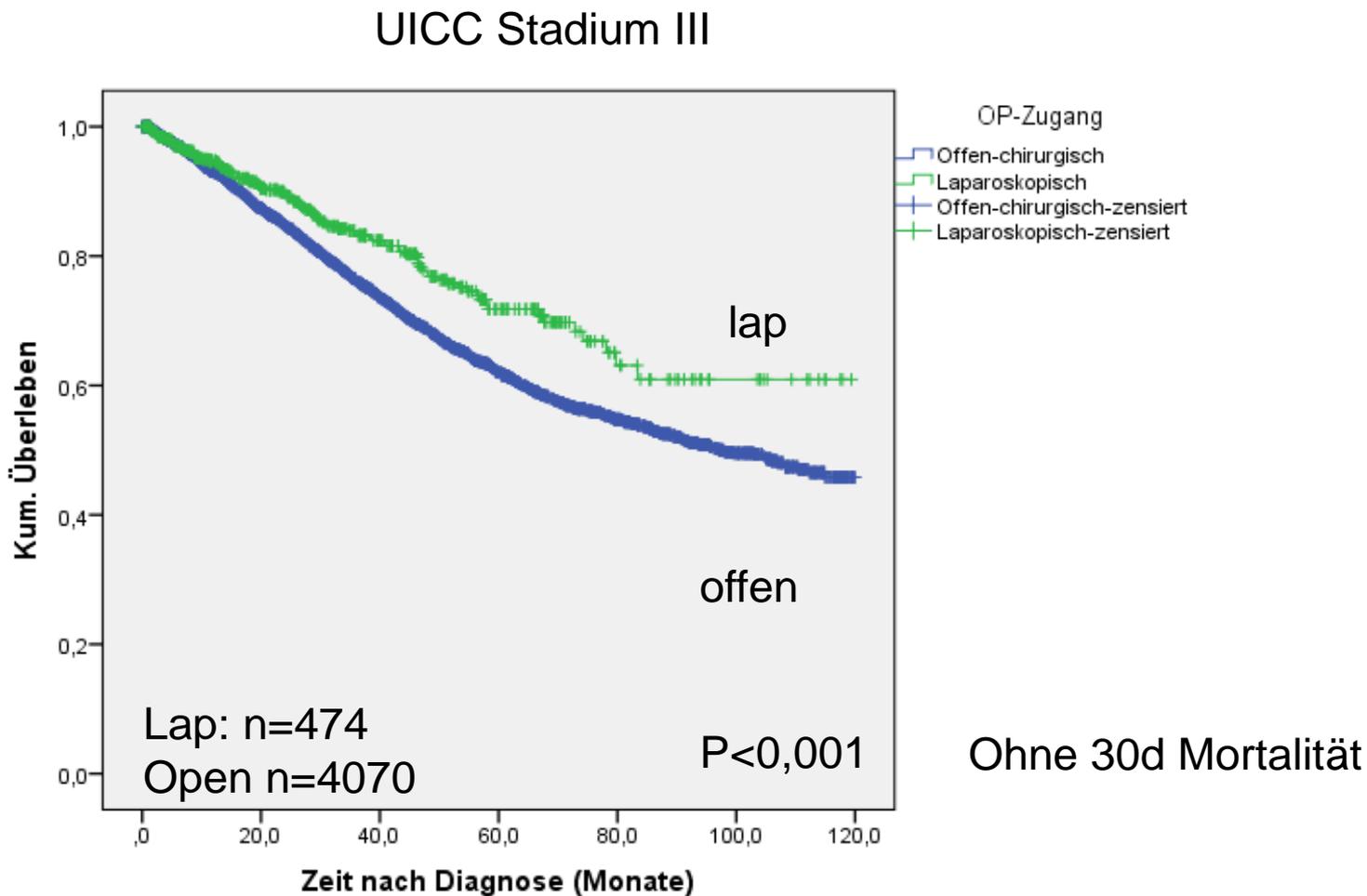


Ohne 30d Mortalität

Gesamtüberleben Rektumkarzinom



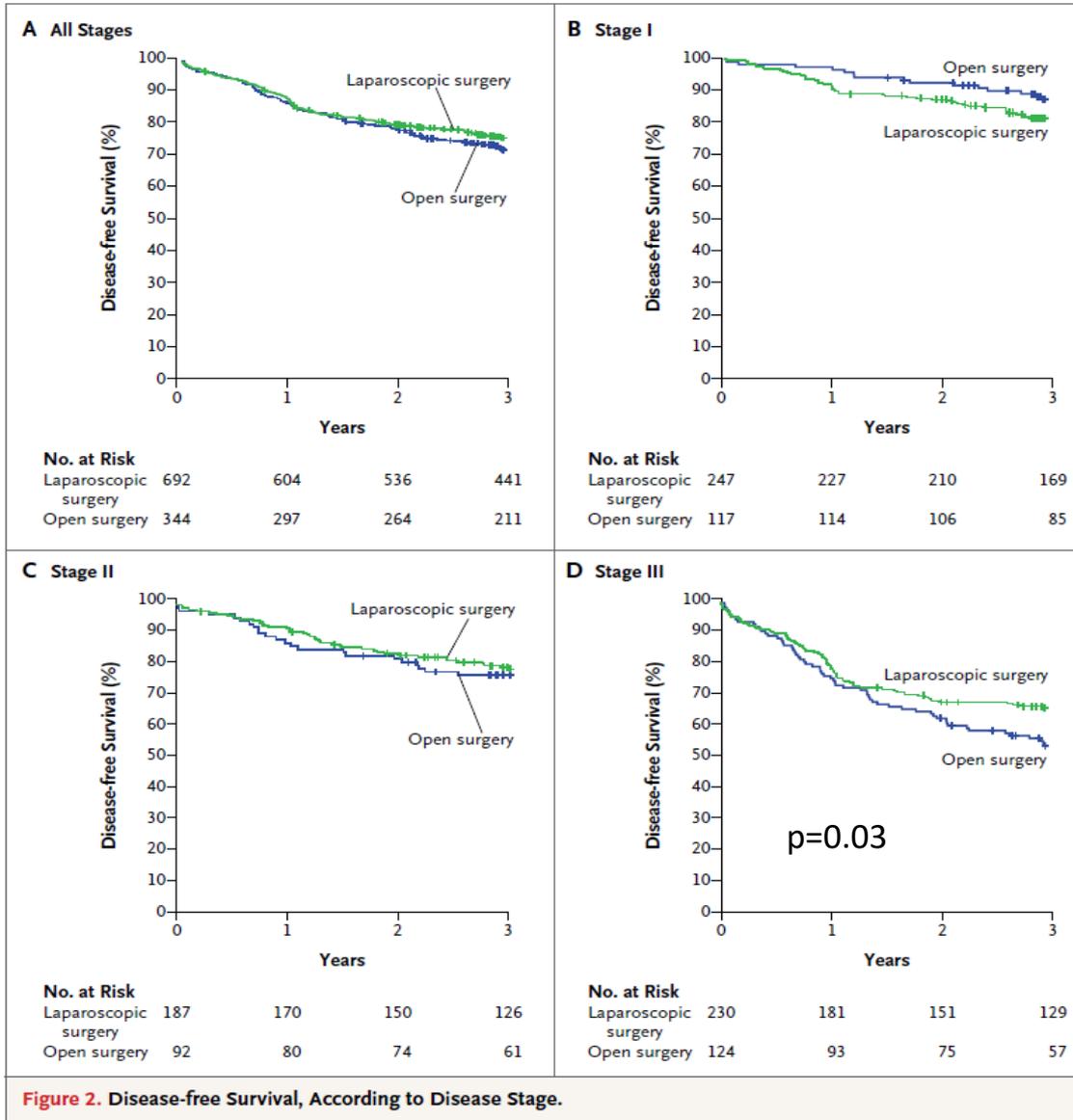
Gesamtüberleben Rektumkarzinom



Onkologische Langzeitergebnisse: COLOR II Trail

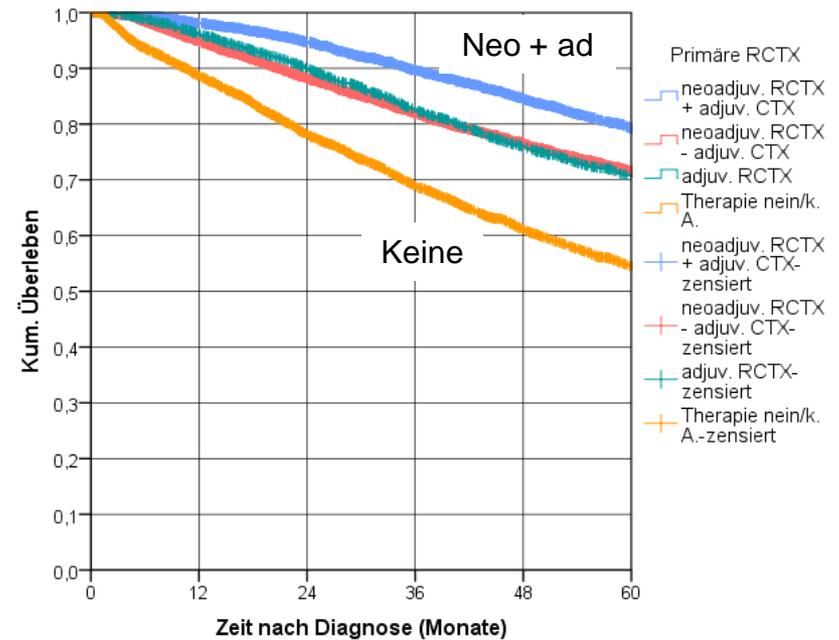
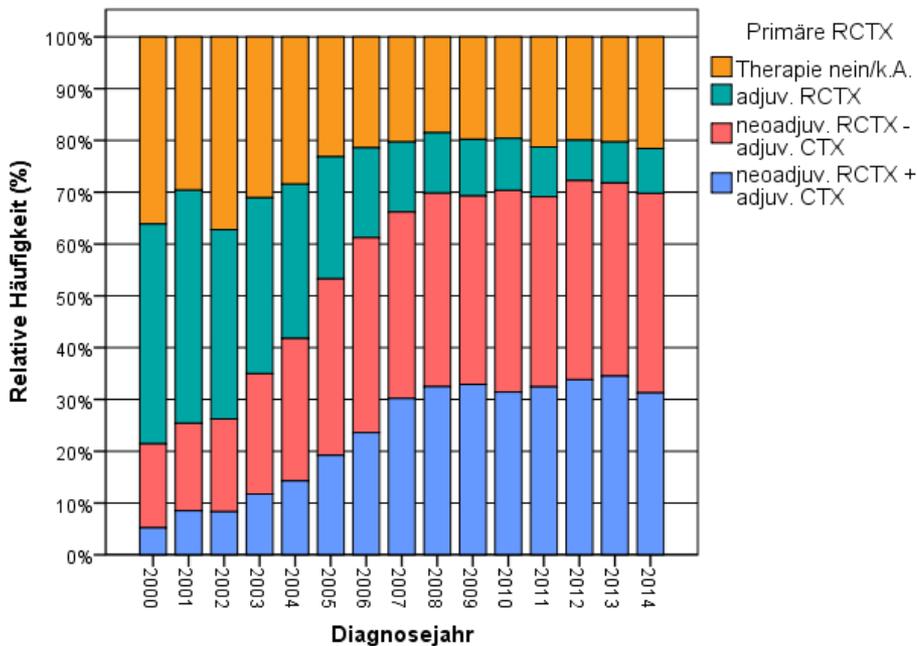


DFS



Rektumkarzinom – perioperative Strahlentherapie

Radiochemotherapie beim Rektumkarzinom (Stadien II + III) nach Diagnosejahr

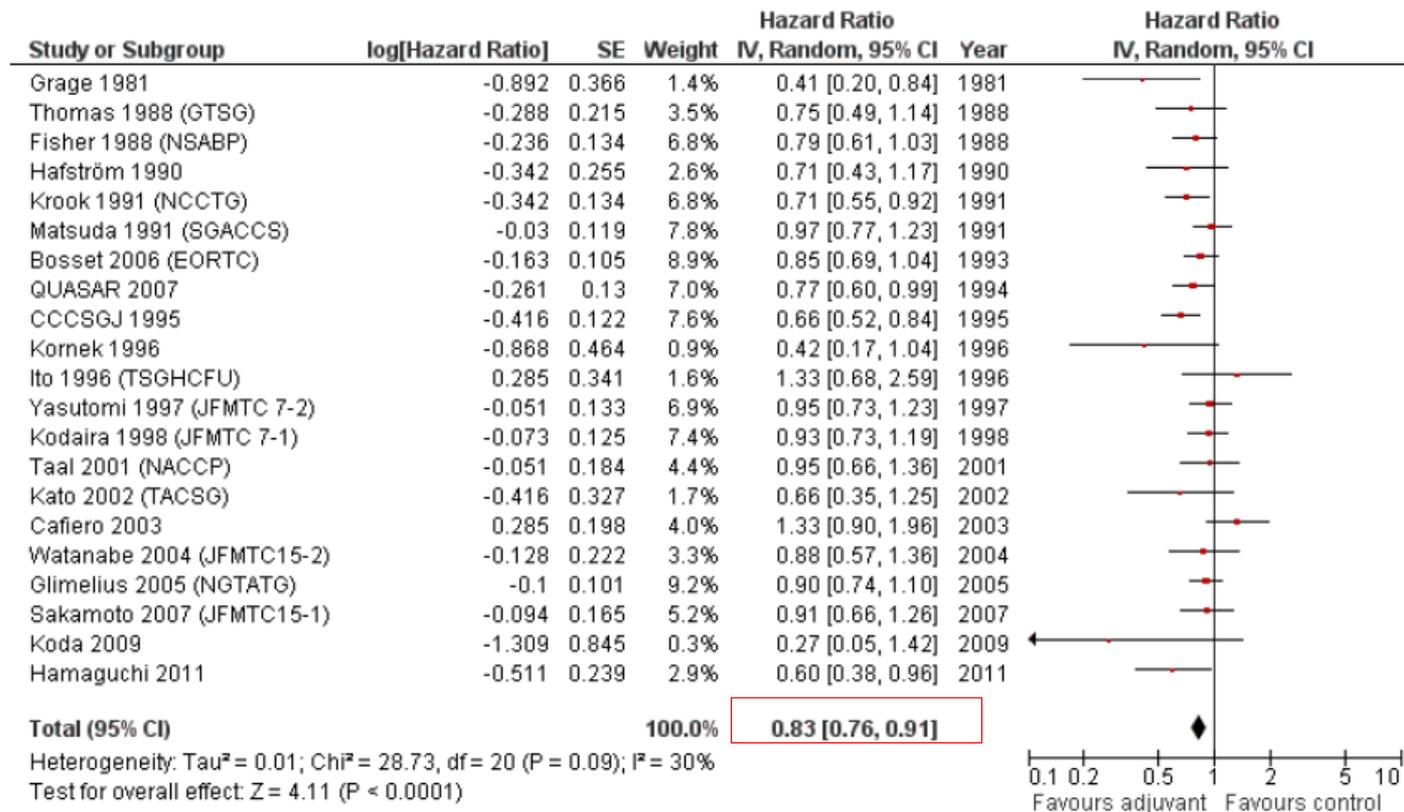


Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Primäre RCTX	Gesamtzahl	Anzahl der Ereignisse	Zensiert	
			N	Prozent
neoadjuv. RCTX + adjuv. CTX	4530	868	3662	80,8%
neoadjuv. RCTX - adjuv. CTX	5695	1696	3999	70,2%
adjuv. RCTX	2900	1196	1704	58,8%
Therapie nein/k.A.	3724	1803	1921	51,6%
Gesamt	16849	5563	11286	67,0%

Rektumkarzinom – postoperative Chemotherapie

Figure 1. Forest plot of comparison: 1 Adjuvant vs No Adjuvant ALL, outcome: 1.1 Overall Survival (OS).

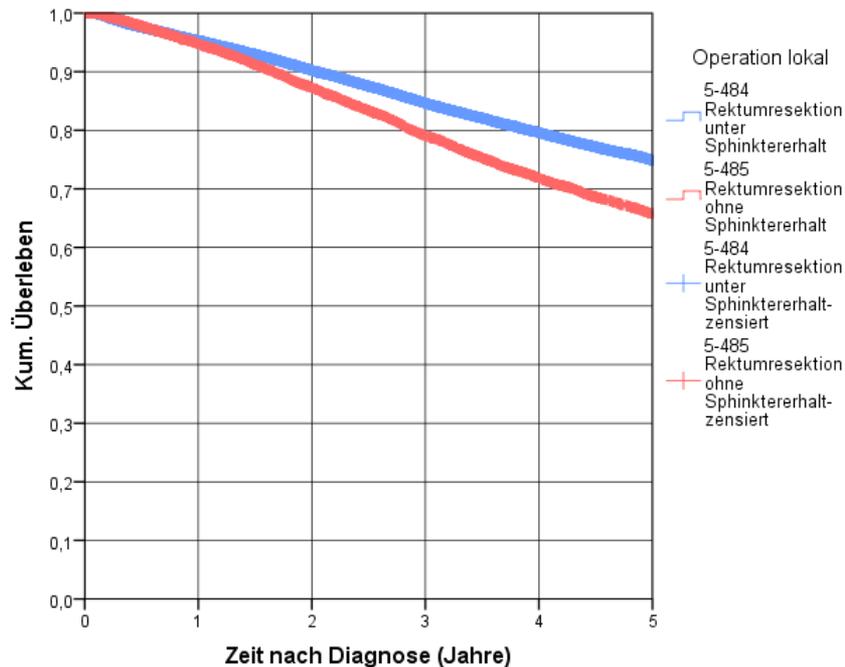


Kolorektales Karzinom - Therapievergleiche

Outcome von Rektumresektion ohne vs mit Sphinktererhalt

Rektumkarzinome UICC II-III lokal R0 (N=41 808) ohne 30-Tage-Mortalität

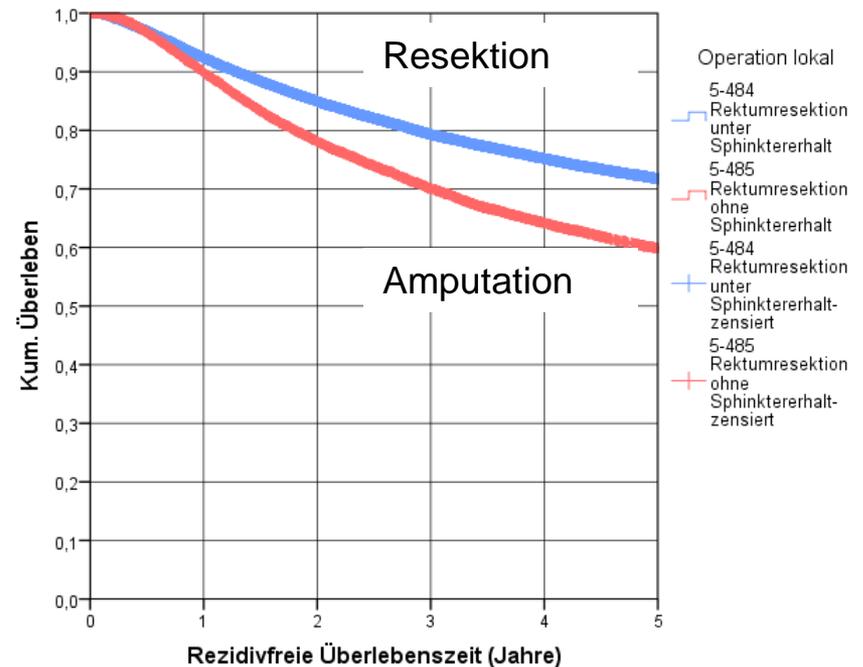
Gesamtüberleben und Rezidivfreies Überleben für OP ohne vs mit Sphinktererhalt



Log-Rank $p < 0,001$

Hazard ratio: 1,34 (95%-KI 1,29-1,40)

Adjustiert für Alter, Geschlecht, Rektumdrittel, Stadium, Grading, Anzahl untersuchter LK, Op-Zugang, periop. Therapie



Log-Rank $p < 0,001$

Hazard ratio: 1,39 (95%-KI 1,34-1,45)

Adjustiert für Alter, Geschlecht, Rektumdrittel, Stadium, Grading, Anzahl untersuchter LK, Op-Zugang, periop. Therapie

Kolorektales Karzinom – Survival Rektumkarzinom Einflussfaktoren

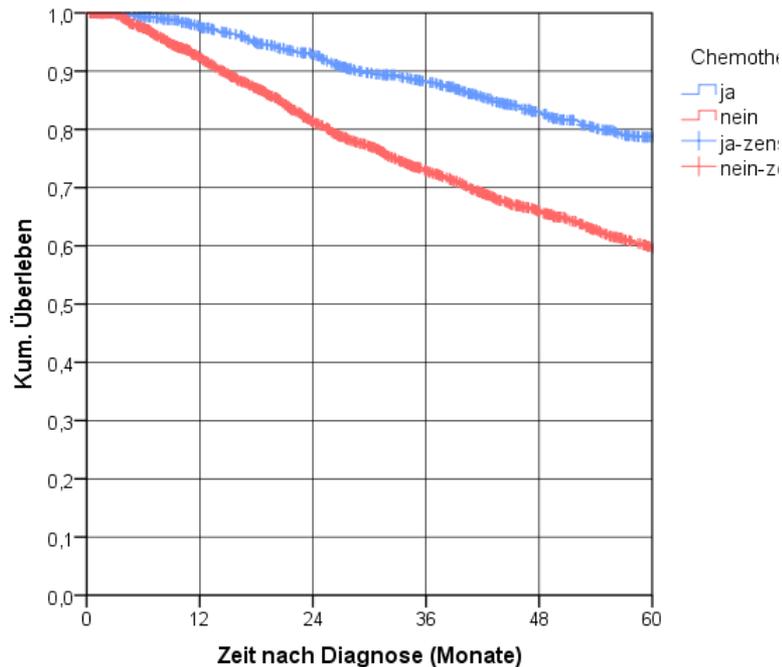
Rektumkarzinom UICC I-III
incl. R1/2 (N=42 914)
ohne 30-Tage-Mortalität

Multivariable Cox-Regression
Gesamtüberleben

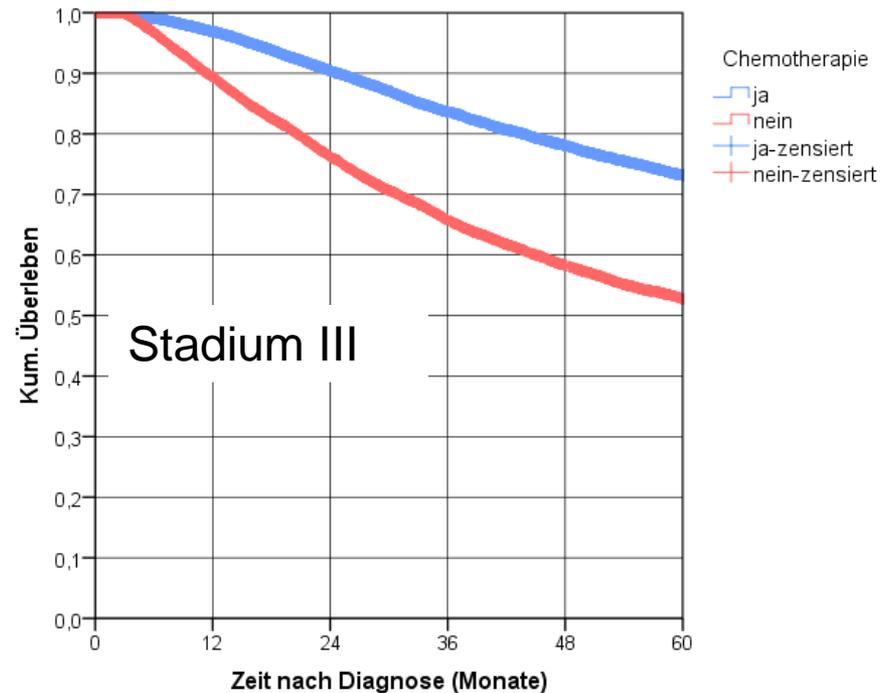
Variable	Kategorie	p-Wert	Hazard Ratio	95%-KI unten	95%-KI oben
Alter bei Diagnose	Alter stetig	,000	1,052	1,050	1,054
Geschlecht	m		1,000		
	w	,000	,786	,759	,815
Lokalisation	unteres Rektumdr Drittel		1,000		
	mittl. Rektumdr Drittel	,695	,990	,941	1,042
	oberes Rektumdr Drittel	,001	,905	,855	,957
	Rektumdr Drittel nnb	,017	1,056	1,010	1,105
Stadium UICC	I		1,000		
	II	,000	1,658	1,580	1,740
	III	,000	2,387	2,278	2,502
Grading	G1		1,000		
	G2	,719	,985	,910	1,067
	G3/4	,000	1,226	1,124	1,337
	GX/kA	,464	1,040	,937	1,155
Anzahl LK untersucht Grp	LK >0-<12		1,000		
	LK >=12-<24	,000	,887	,848	,928
	LK >= 24	,000	,888	,836	,944
	LK keine Angabe	,211	,962	,905	1,022
Residual-klassifikation	R0		1,000		
	R1/2	,000	2,645	2,446	2,860
	RX/kA	,224	,967	,915	1,021
Operation lokal	Rektumresektion unter Sphinktererhalt		1,000		
	Rektumresektion ohne Sphinktererhalt	,000	1,336	1,282	1,392
OP-Zugang	Offen-chirurgisch		1,000		
	Laparoskopisch	,000	,813	,747	,885
	Sonstige/.k.A.	,442	1,014	,979	1,051
Primäre RCTX	neoadjuv. RCTX + adjuv. CTX		1,000		
	neoadjuv. RCTX - adjuv. CTX	,000	1,373	1,280	1,473
	adjuv. RCTX	,000	1,257	1,174	1,346
	Therapie nein/k.A.	,000	1,599	1,498	1,708

Kolorektales Karzinom – Therapie und Outcome

Outcome nach adjuvanter Chemotherapie bei KolonCa T4N0M0 R0-operierte Patienten (N = 4 047) Ausschluss der 90-Tage-Mortalität



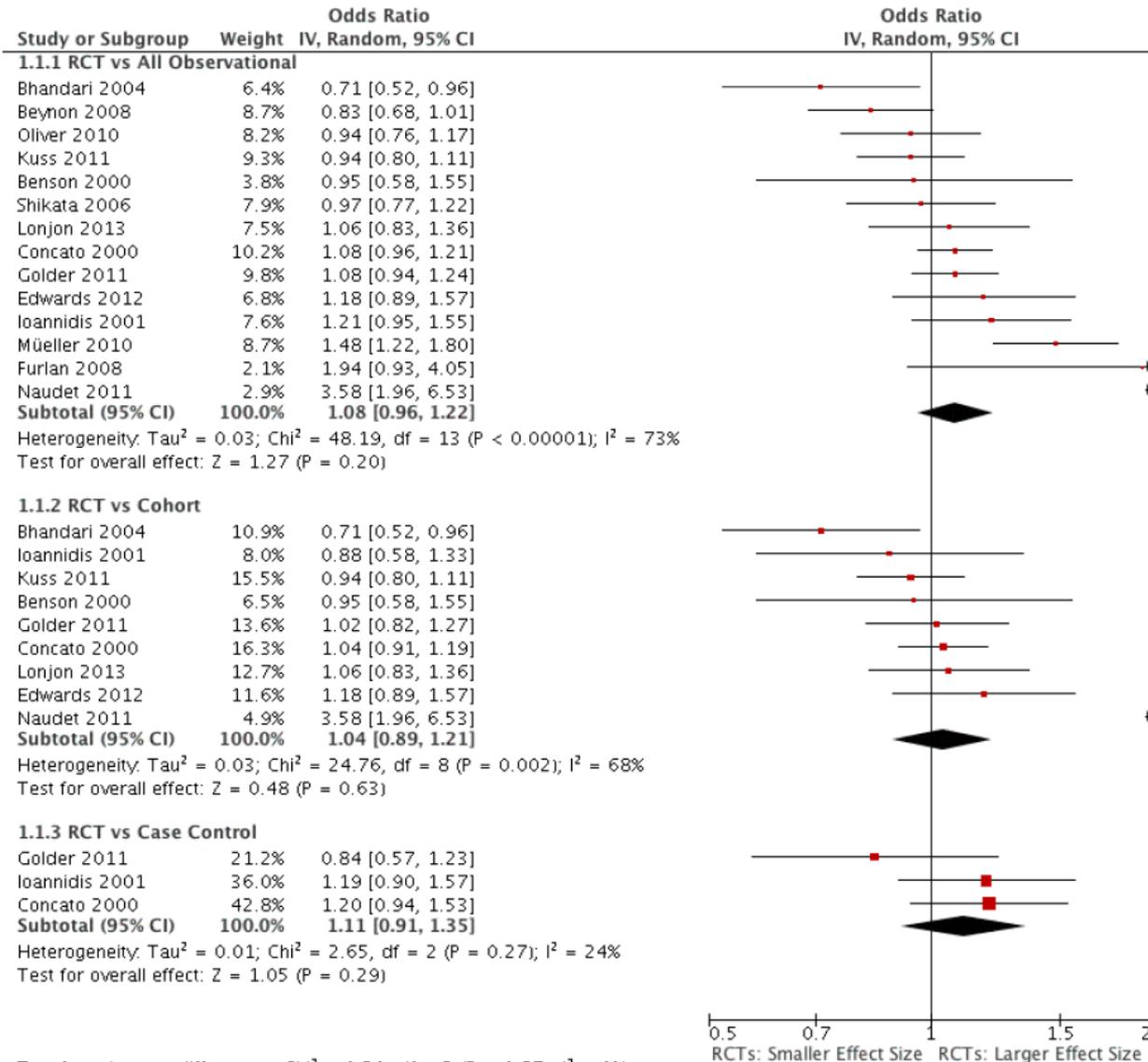
Log-Rank $p < 0,001$
 Hazard ratio: 0,69 (95%-KI 0,60 - 0,78)
 Adjustiert für Alter, Geschlecht, Grading



Cochrane review: Effect von RCTs vs. Beobachtungsstudien



Anglemyer A, Horvath HT, Bero L 4/2014



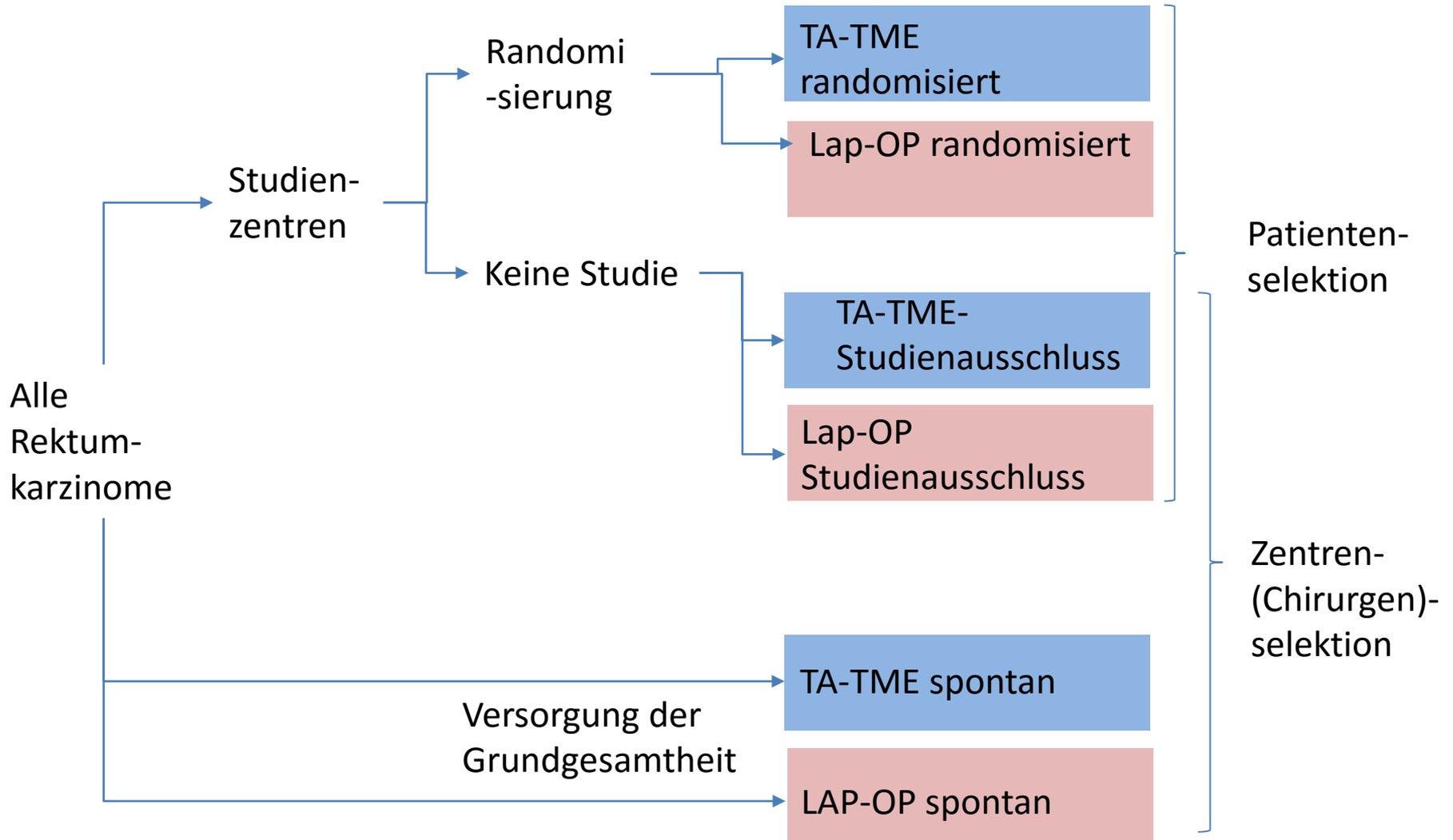
- Kein signifikanter Unterschied
- Trend zu kleinerem Effekt in Observationsstudien

Test for subgroup differences: Chi² = 0.29, df = 2 (P = 0.87), I² = 0%

Register(Populations)basierte randomisierte Studie



-Krebsregister -



Zusammenfassung

Verbesserungspotenzial bei perioperativer Letalität des Kolonkarzinoms.

Zu geringe Durchdringung der laparoskopischen Chirurgie.

Diskrepanz zwischen randomisierten Studien und Registerdaten bei der perioperativen Therapie des Rektumkarzinoms müssen weiter abgeklärt werden.

Übereinstimmung der Registerdaten mit randomisierten Studien sehr unterschiedlich

Zukünftige Studien in der chirurgischen Onkologie sollten in registerbasiertem Design durchgeführt werden