

4. Regionale Ergebniskonferenz des Onkologischen Zentrums Dresden Kolorektale Karzinome



Thomas Jackisch
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Krebs in Deutschland

> **500.000 Krebserkrankungen** pro Jahr

> **225.000 Krebstodesfälle** pro Jahr

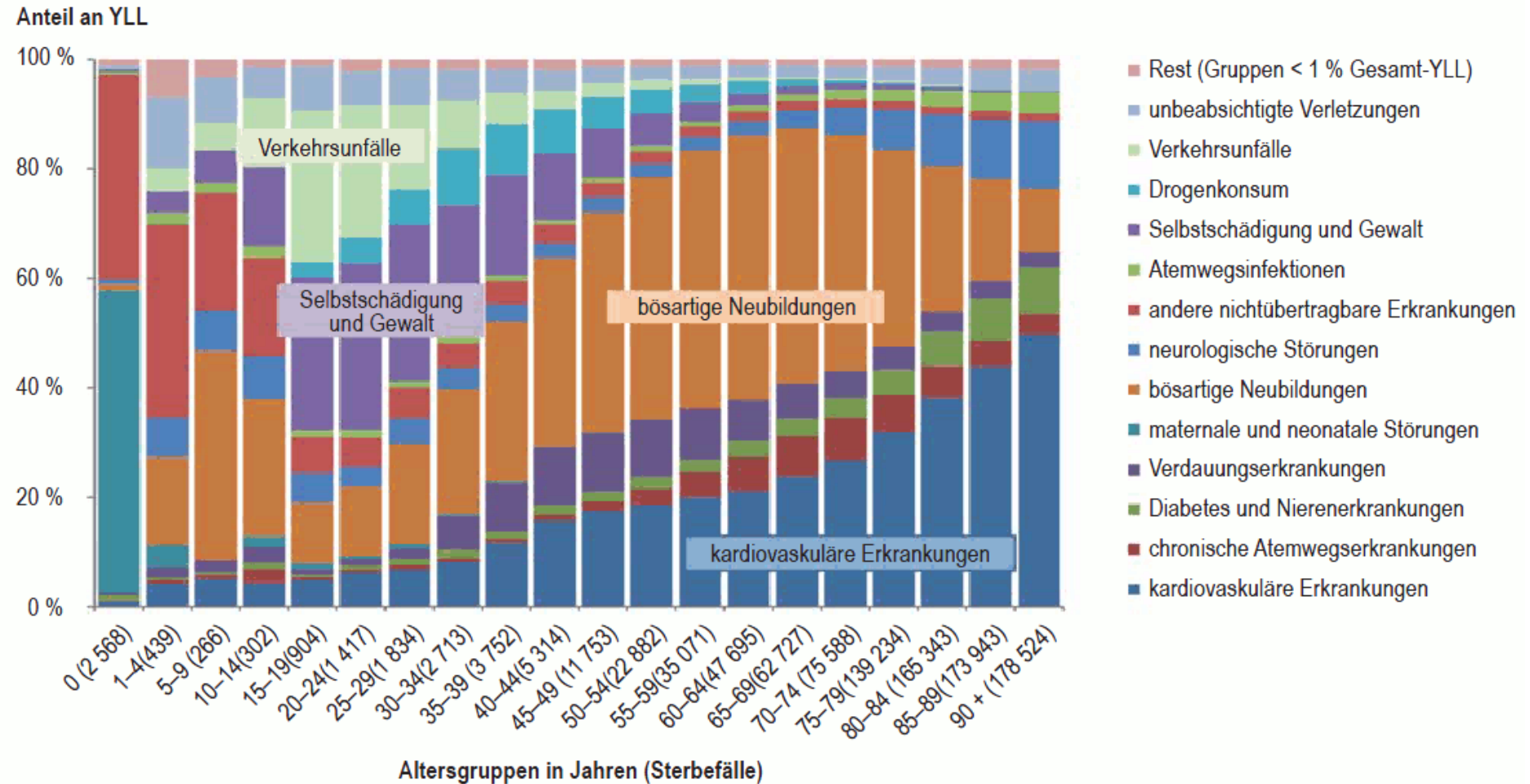
Inzidenz steigt um **19%**, **Mortalität** um **26%** (bis 2040)

Überleben 5 Jahre : 66% Frauen
 62% Männer

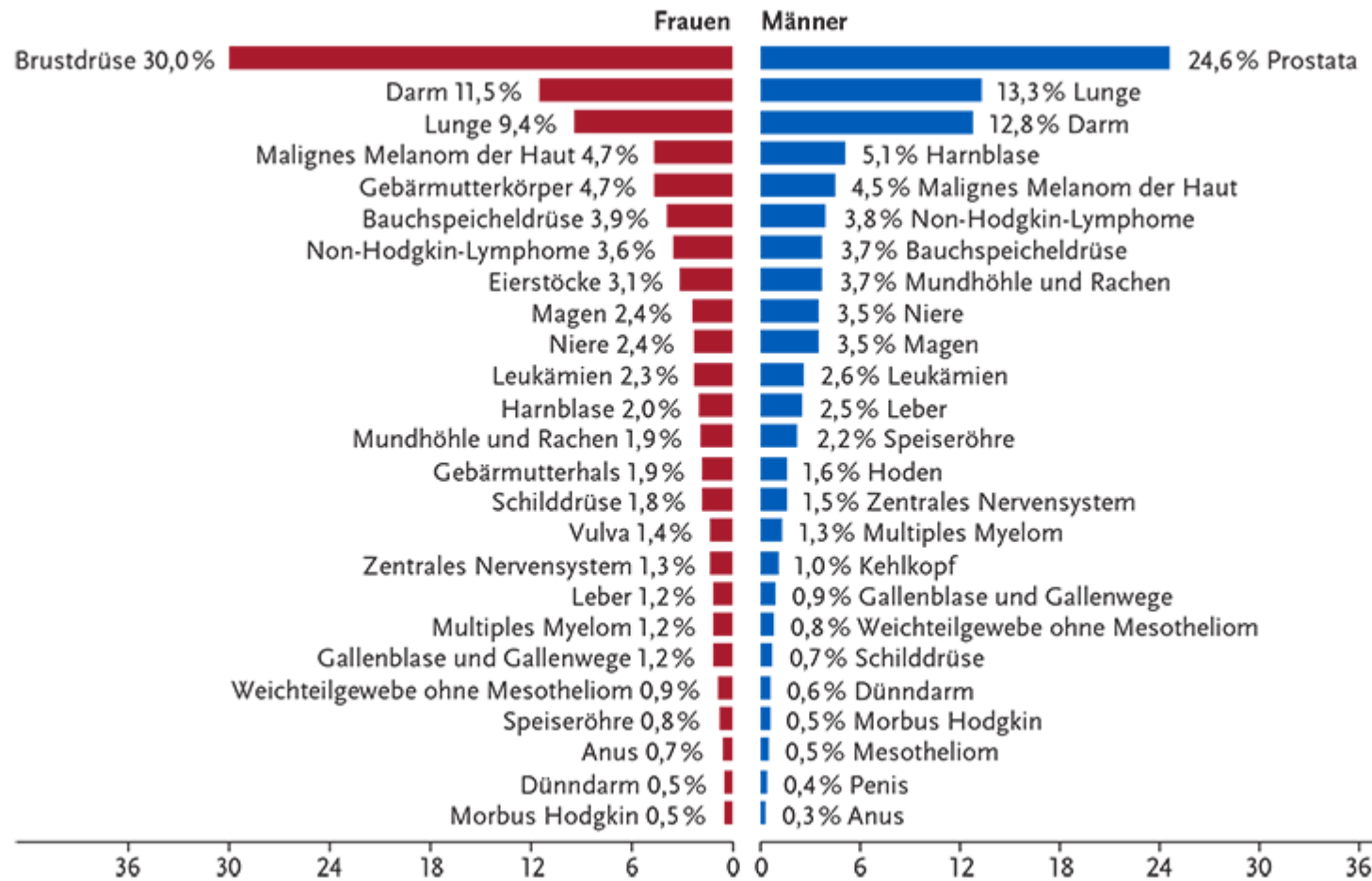
> **5 Mio.** Bürger und Bürgerinnen **mit oder nach Krebs**

Insgesamt ca. **11,6 Mio. verlorene Lebensjahre** (YLL)
davon **4 Mio. (35%) durch Krebs** (Platz 1)

Krebs in Deutschland



Kolorektales Karzinom



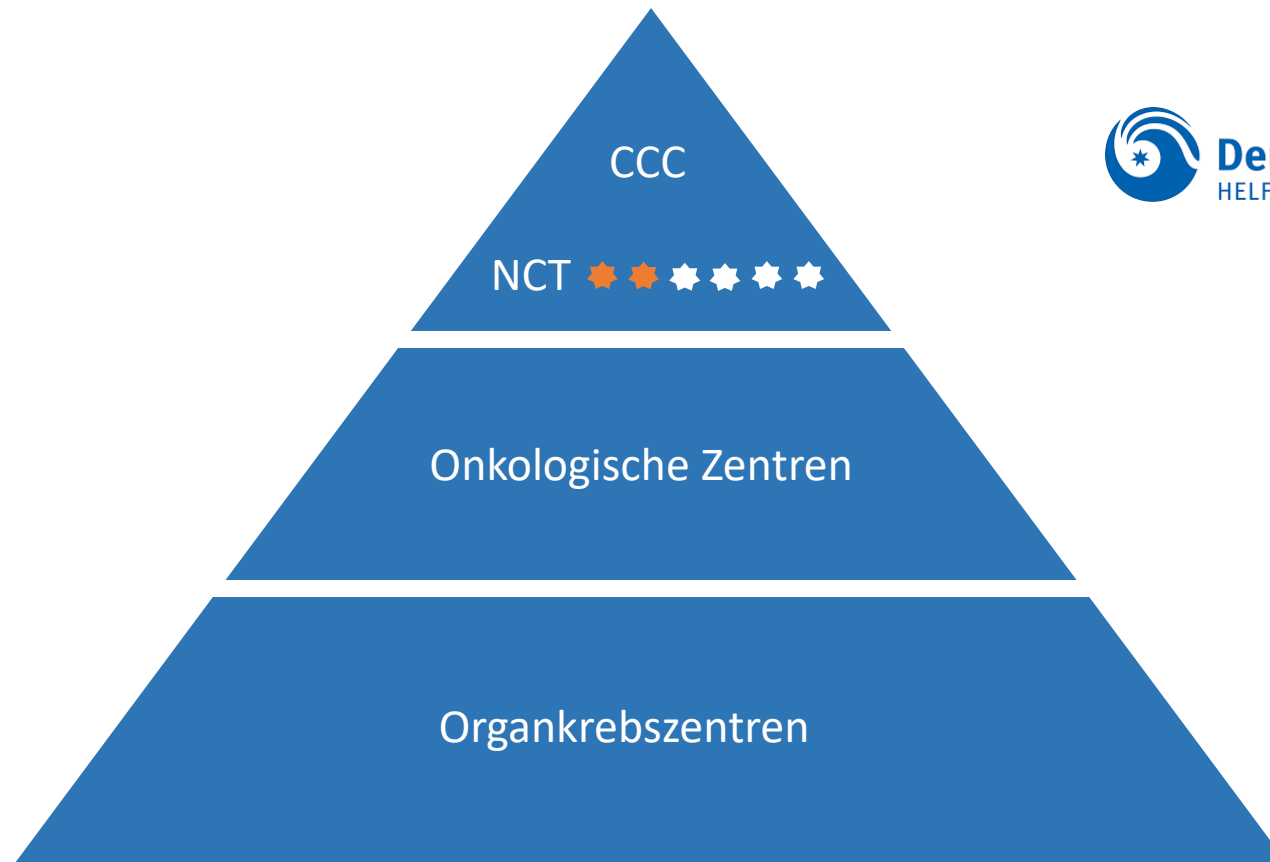
Kolorektales Karzinom

Vergleich der zwanzig häufigsten Todesursachen nach verlorenen Lebensjahren (YLL) und Anzahl der Todesfälle (Ebene 3)*

Rang	Todesursache	Todesfälle	UI		Rang	Todesursache	YLL	UI
1	ischämische Herzkrankheit	169 349	(168 885–169 898)	—	1	ischämische Herzkrankheit	1 710 791	(1 697 948–1 721 272)
2	Schlaganfall	65 218	(64 938–65 525)	—	2	Lungenkrebs	945 651	(937 383–953 606)
3	Demenzen	56 100	(55 943–56 278)	—	3	Schlaganfall	628 518	(622 067–633 506)
4	Lungenkrebs	55 032	(54 710–55 302)	—	4	chronisch obstruktive Lungenerkrankung	524 237	(520 999–527 792)
5	chronisch obstruktive Lungenerkrankung	43 538	(43 279–43 787)	—	5	Darmkrebs	457 692	(453 468–462 557)
6	Darmkrebs	34 156	(33 856–34 421)	—	6	chronische Lebererkrankungen	418 522	(413 186–423 501)
7	hypertensive Herzkrankheit	32 227	(31 904–32 567)	—	7	Demenzen	392 045	(385 648–396 716)
8	chronische Nierenerkrankung	27 741	(27 538–28 017)	—	8	Brustkrebs	362 538	(358 700–366 134)
9	Diabetes mellitus	25 720	(25 566–25 883)	—	9	Selbstschädigung	350 986	(346 687–355 683)
10	untere Atemwegsinfektionen	24 611	(24 423–24 808)	—	10	Pankreaskrebs	326 491	(323 011–329 954)
11	Brustkrebs	22 792	(22 576–22 993)	—	11	Diabetes mellitus	271 310	(268 758–273 640)
12	Vorhofflimmern und -flattern	22 238	(22 136–22 355)	—	12	untere Atemwegsinfektionen	219 500	(216 472–222 014)
13	Pankreaskrebs	21 963	(21 760–22 133)	—	13	hypertensive Herzkrankheit	217 412	(211 542–221 626)
14	Stürze	21 502	(21 312–21 687)	—	14	Alkoholkonsum-induzierte Störungen	209 627	(206 333–214 067)
15	chronische Lebererkrankungen	19 531	(19 345–19 690)	—	15	chronische Nierenerkrankung	208 191	(204 094–211 222)
16	Prostatakrebs	17 848	(17 671–18 007)	—	16	Stürze	204 703	(201 025–207 932)
17	nicht rheumatische Herzklappenerkrankung	14 495	(14 341–14 645)	—	17	Prostatakrebs	194 526	(192 199–197 092)
18	Magenkrebs	11 905	(11 761–12 042)	—	18	Magenkrebs	178 297	(175 620–180 752)
19	Selbstschädigung	11 770	(11 663–11 911)	—	19	Vorhofflimmern und -flattern	162 839	(160 127–164 974)
20	Parkinson-Krankheit	11 170	(11 141–11 201)	—	20	Hirn- und Zentralnervensystemkrebs	161 293	(158 448–164 462)
27	Alkoholkonsum-induzierte Störungen	7 587	(7 491–7 687)	—	25	nicht rheumatische Herzklappenerkrankung	118 797	(116 369–121 011)
28	Hirn- und Zentralnervensystemkrebs	7 169	(7 070–7 270)	—	33	Parkinson-Krankheit	101 293	(100 875–101 716)

Wengler A et al. BURDEN 2020 Study Group: Years of life lost to death— a comprehensive analysis of mortality in Germany conducted as part of the BURDEN 2020 project. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 137– 44.

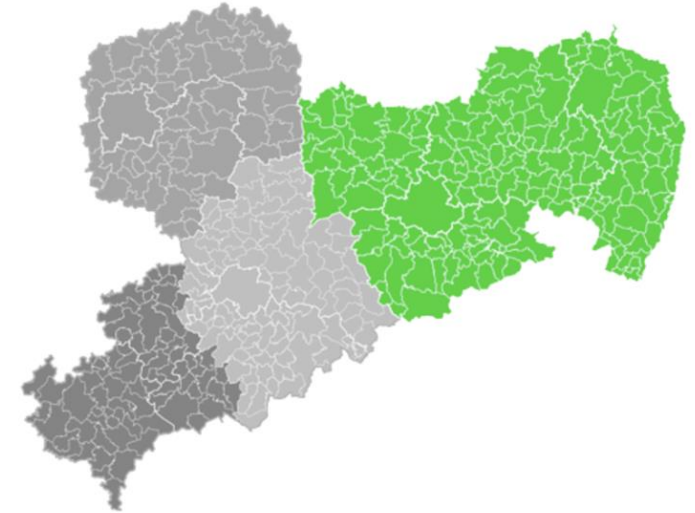
Zertifizierte Versorgungsstrukturen



- **personenbezogene Erfassung** von Daten über das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf von bösartigen Neubildungen
- **Auswertung** der erfassten klinischen Daten
- **Rückmeldung** der **Auswertungsergebnisse** an die einzelnen Leistungserbringer,
- **Datenaustausch** mit anderen regionalen klinischen Krebsregistern
- **Förderung der interdisziplinären, direkt patientenbezogenen Zusammenarbeit** bei der Krebsbehandlung,
- **Qualitätssicherung**
- **Zusammenarbeit mit Zentren**
- Bereitstellung von Daten für **Versorgungstransparenz** und **Versorgungsforschung**

Analysekriterien

- Kolorektales Karzinom (C18, C20)
Kolontumoren (C18.0, C18.2 - C18.9, D01.1)
Rektumtumoren (C20, D01.2)
- Auswertungszeitraum 2011 - 2020
- Mehrere Diagnosen (C18: Zählung pro Abschnitt) pro Patient möglich
- Diagnosealter ab 18 Jahren
- Wohnort des Patienten im Einzugsgebiet des KKRD

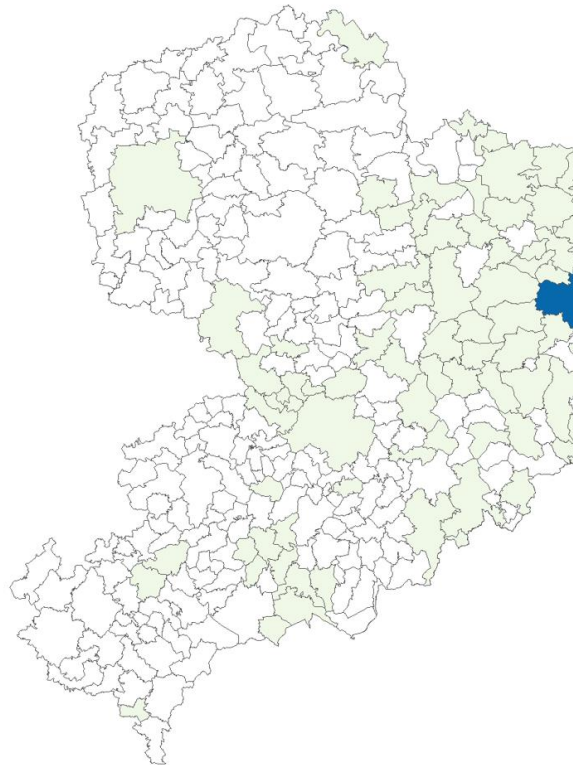


- ▶ Stadt Dresden
- ▶ Landkreis Bautzen
- ▶ Landkreis Görlitz
- ▶ Landkreis Meißen
- ▶ Landkreis Sächsische Schweiz- Osterzgebirge

Regionale Verteilung

Diagnosejahre 2010 - 2020 (Kolon)

Diagnosejahre 2010 - 2020 (Rektum)



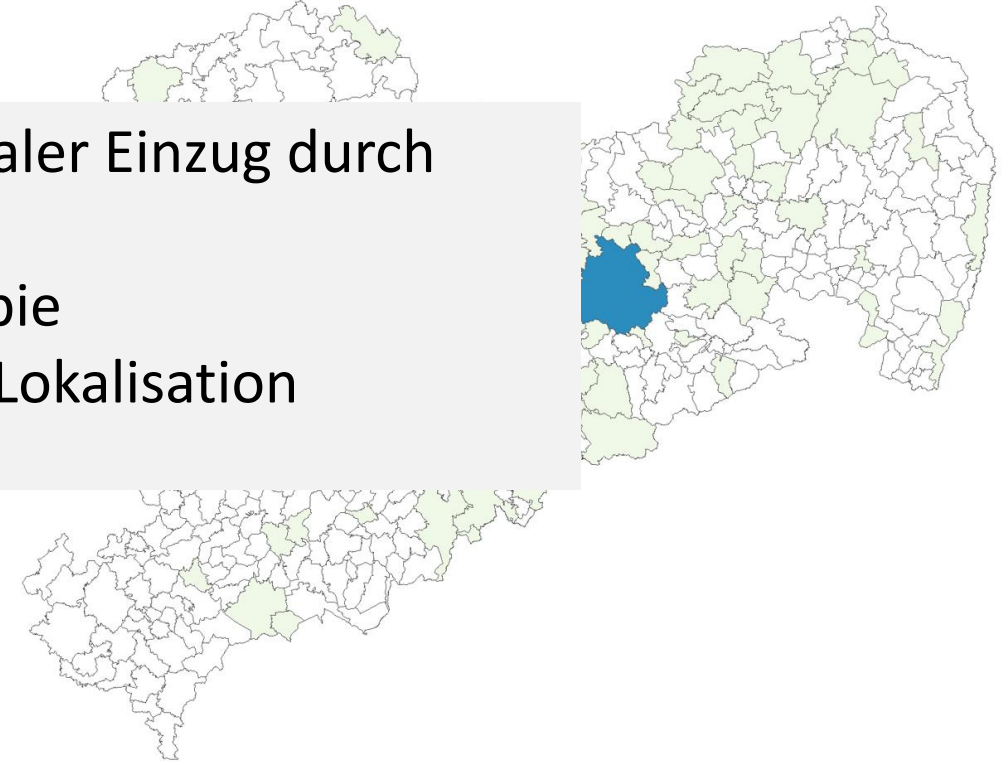
Anteil in Prozent (%)

0	10	20	30	40	50	60
---	----	----	----	----	----	----

Abbildung 2: regionale Verteilung von kolorektalen Tumoren (Kolon)

Rektum - überregionaler Einzug durch

- multimodale Therapie
- Expertise bei tiefer Lokalisation



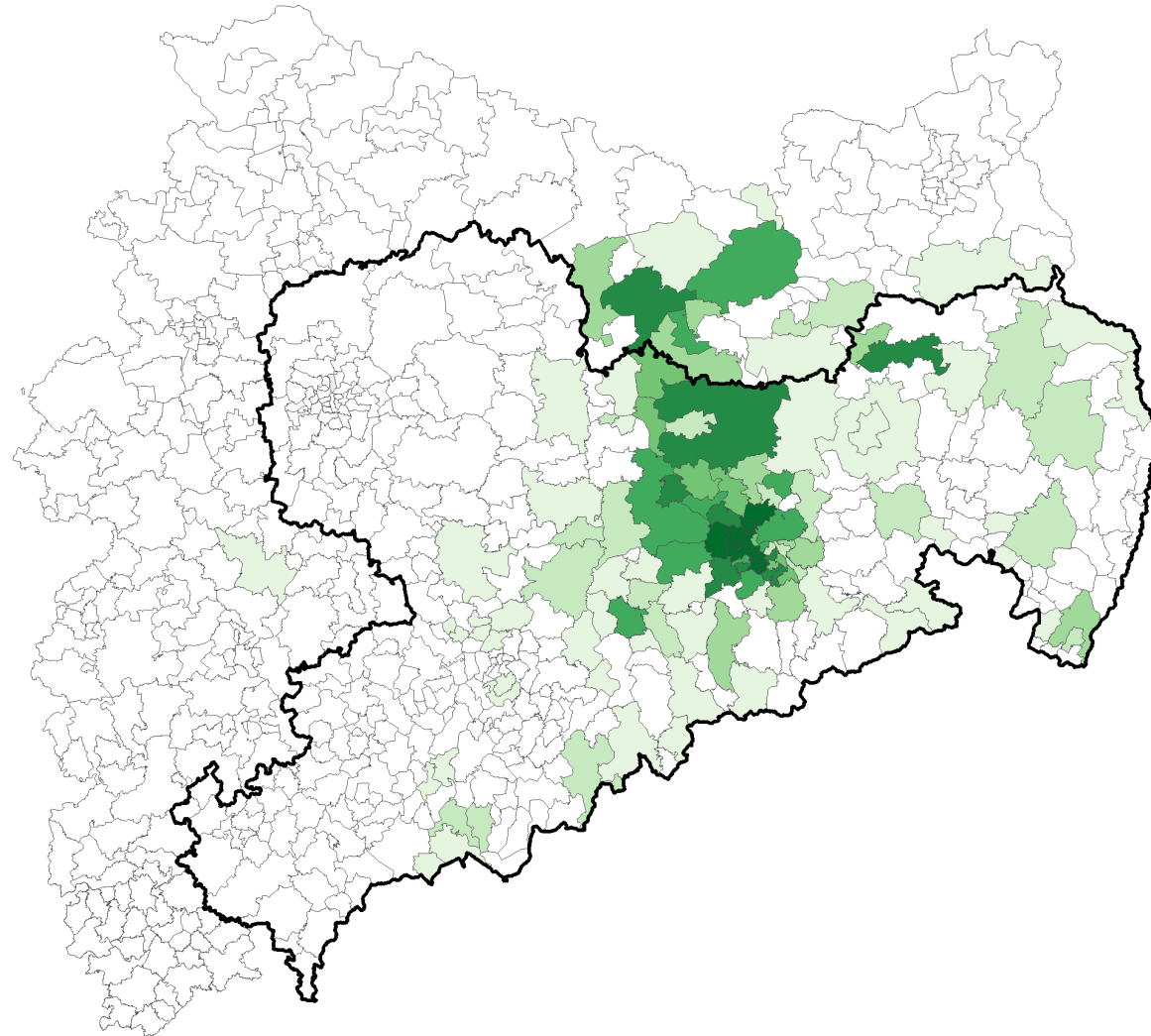
Anteil in Prozent (%)

0	10	20	30	40
---	----	----	----	----

Abbildung 1: regionale Verteilung von kolorektalen Tumoren (Rektum)

Regionale Verteilung

Ergebniskonferenz 2021



Fallzahlentwicklung

Abbildung 4: Erfasste Neuerkrankungen nach Diagnosealter und Tumorentität

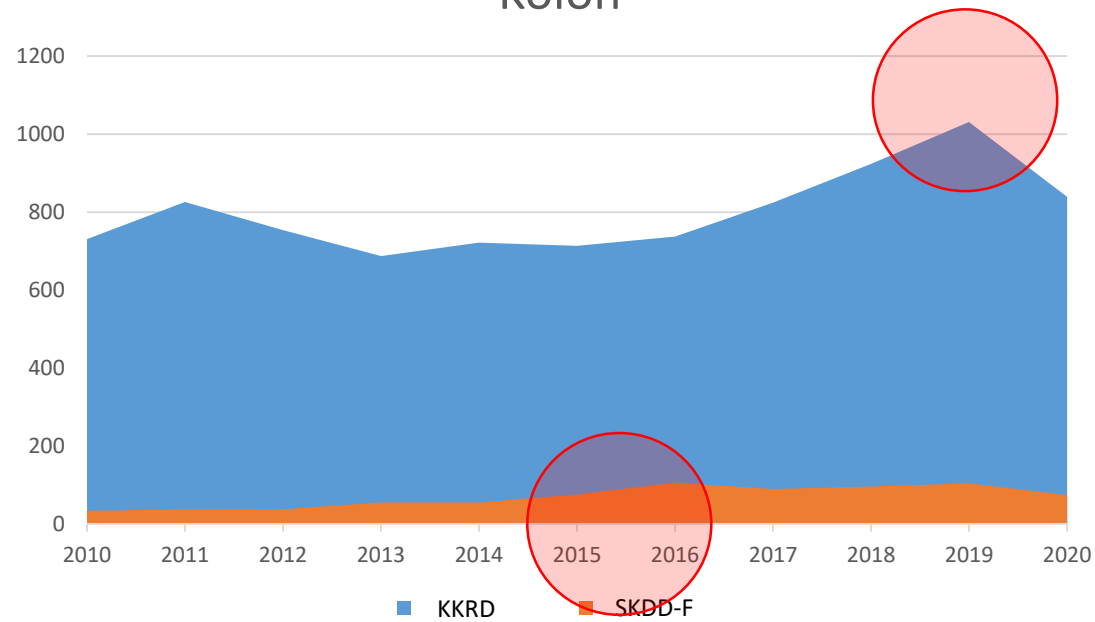
Tumorentität	Zugehörigkeit	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kolon	Einzugsgebiet KKRD	731	826	754	687	722	714	737	824	924	1 031	839
	ihre Einrichtung	34	37	38	55	55	76	106	90	96	105	74
Rektum	Einzugsgebiet KKRD	483	465	468	445	443	438	467	438	502	491	460
	ihre Einrichtung	31	37	39	53	56	78	69	62	55	50	55

Tabelle 2: Erfasste Neuerkrankungen nach Diagnosealter und Tumorentität

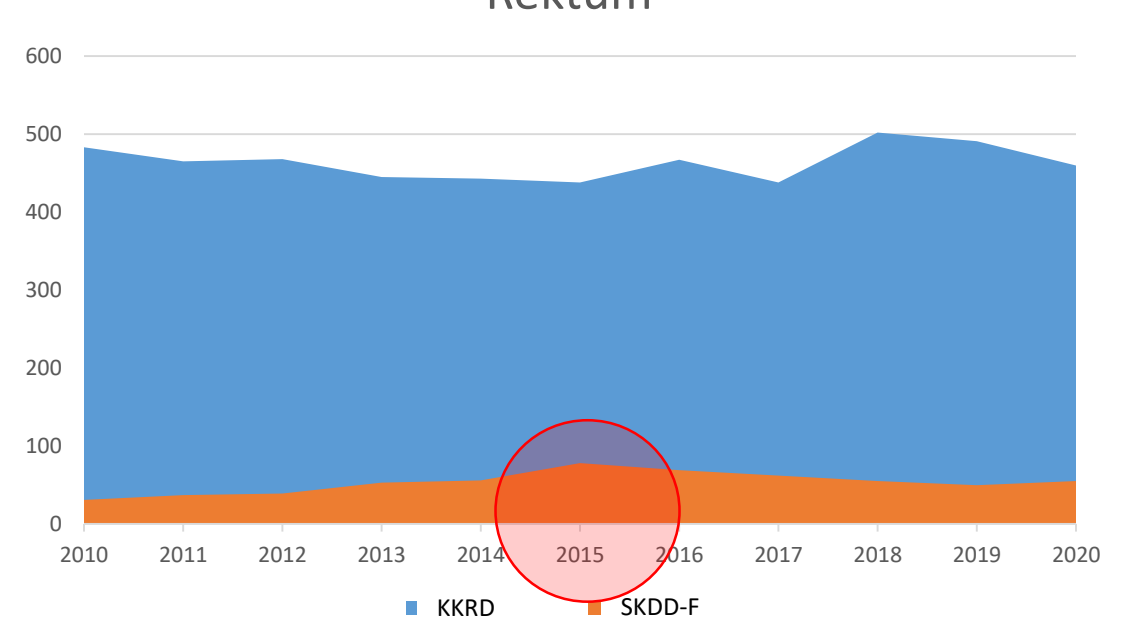
175

Fallzahlentwicklung

Kolon



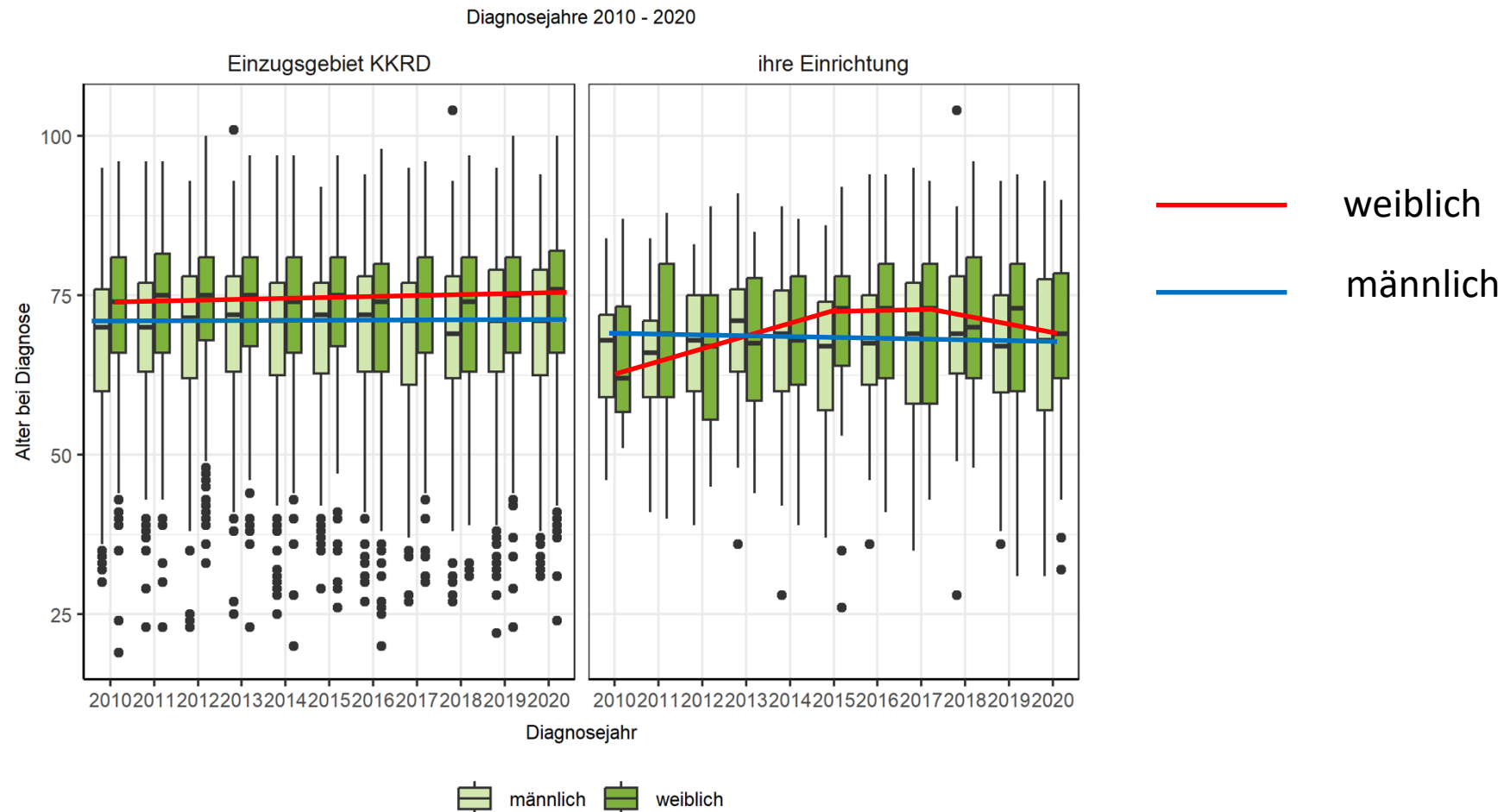
Rektum



Absenkung des Alters für Vorsorgekoloskopie?
Pandemieeffekte 2020-2023

Patientencharakteristika

Vergleich: Alter bei Diagnose - Geschlecht

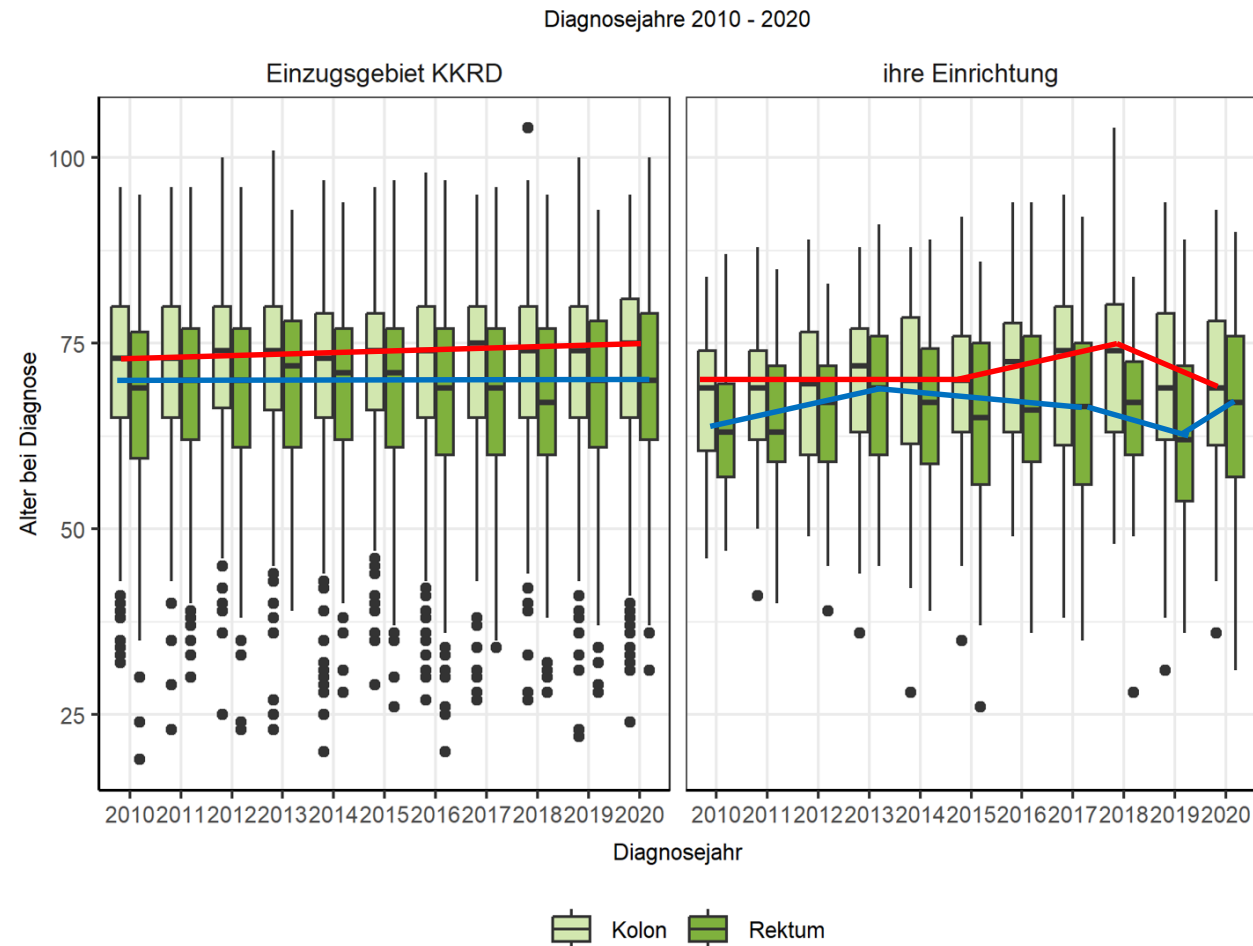


Quelle: Klinisches Krebsregister Dresden | N = 14183 | 21.09.2023

Abbildung 3: Erfasste Neuerkrankungen nach Diagnosealter und Geschlecht

Patientencharakteristika

Vergleich: Alter bei Diagnose - Tumorentität



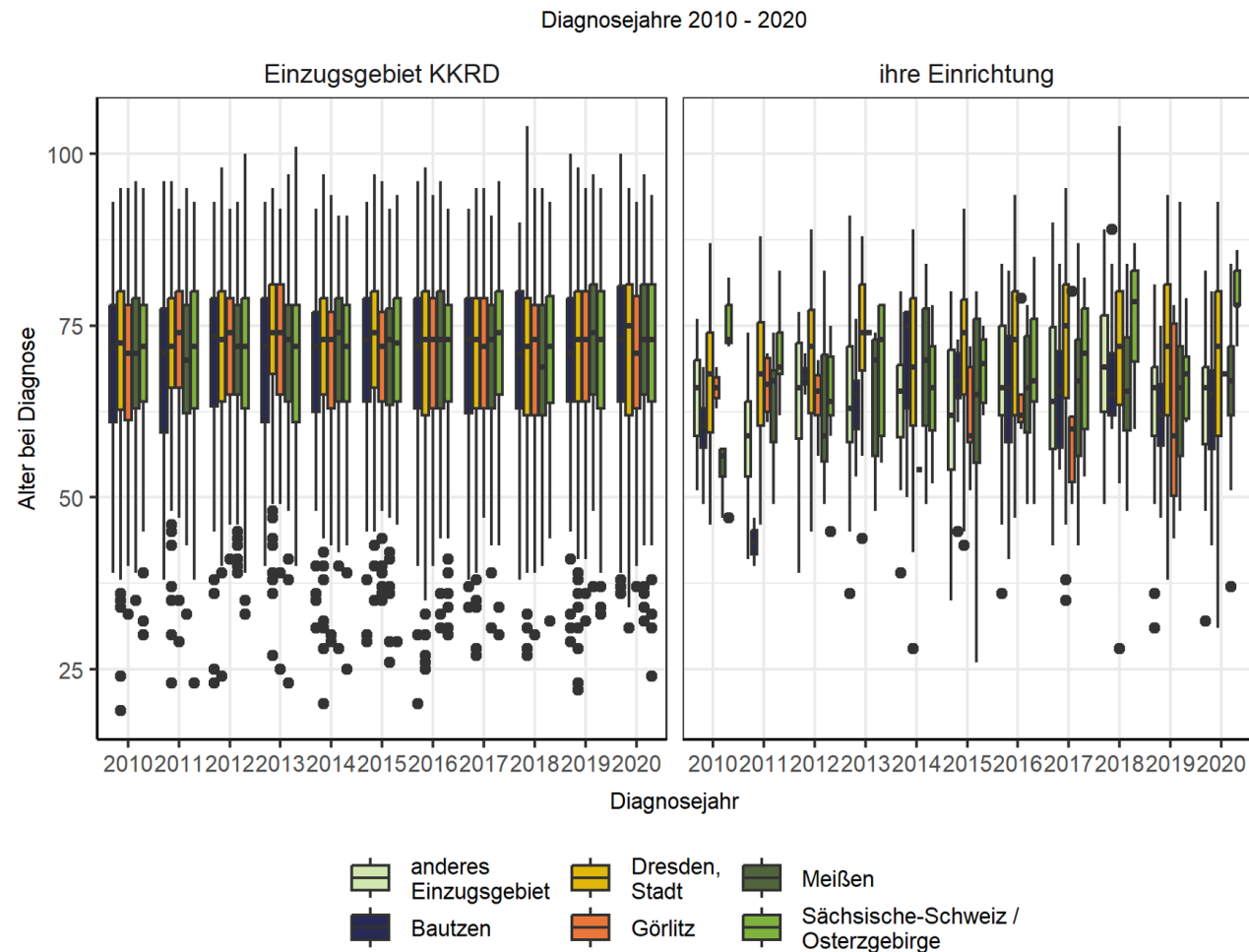
Jüngeres Alter SKDD-F

trifft für sowohl für Rektum- als auch für das
Kolonkarzinom zu

— Kolon
— Rektum

Patientencharakteristika

Vergleich: Alter bei Diagnose - Einzugsbereich (OKZ)



KKRD: relativ homogene Altersstruktur

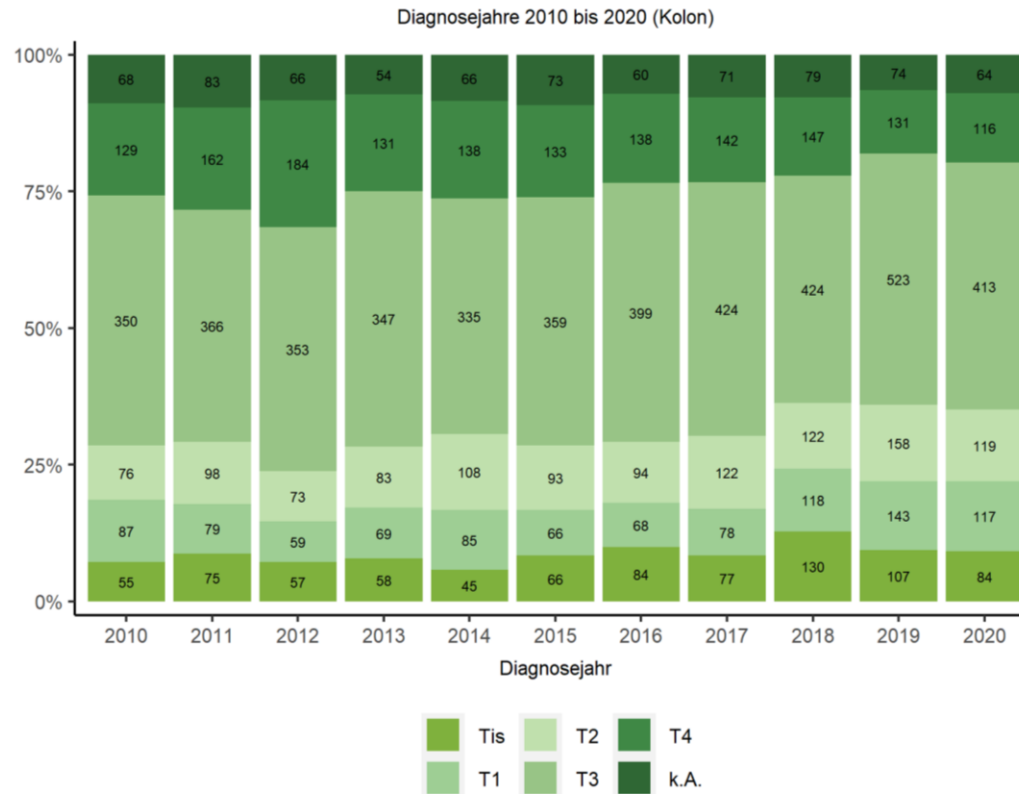
SKDD-F:
Jüngere Pat. aus Görlitz/Bautzen

Quelle: Klinisches Krebsregister Dresden | N = 14183 | 21.09.2023

Abbildung 5: Erfasste Neuerkrankungen nach Diagnosealter und Einzugsbereich (OKZ)

Tumorstadium Kolon

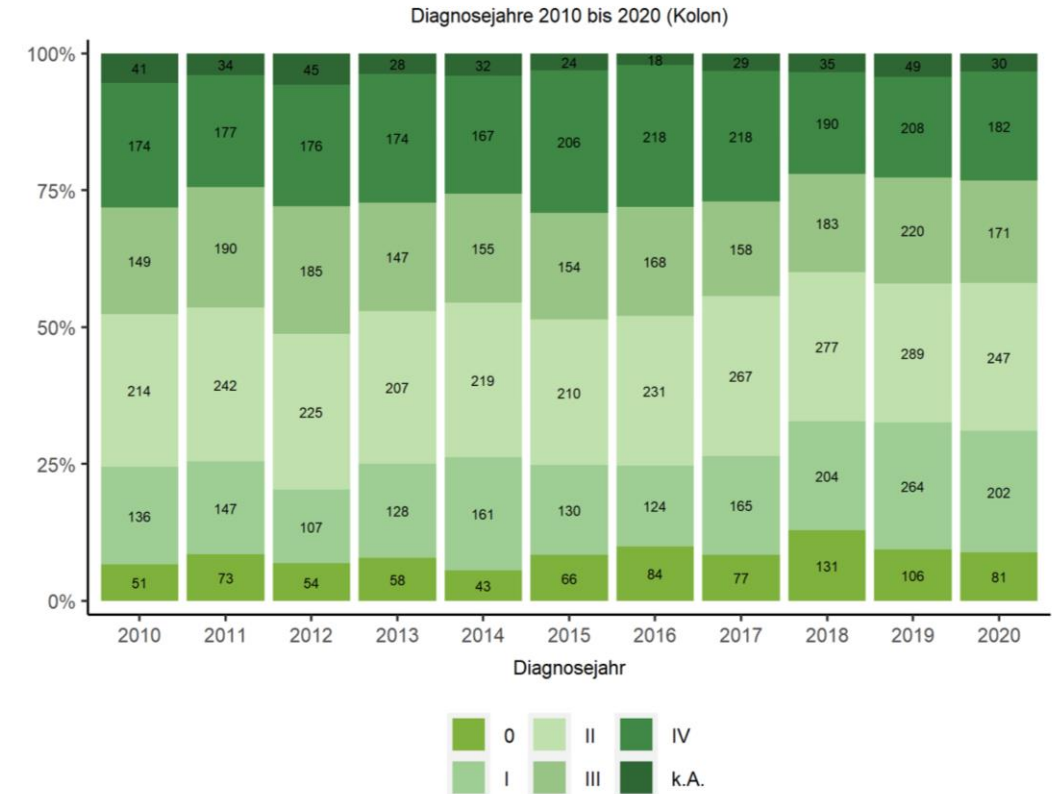
Ausdehnung des Primärtumors (T) stratifiziert nach Diagnosejahr



Quelle: Klinisches Krebsregister Dresden | N = 9555 | 21.09.2023

Abbildung 7: Ausdehnung des Primärtumors (T) stratifiziert nach Diagnosejahr

UICC-Stadium der kolorektalen Karzinome stratifiziert nach Diagnosejahr

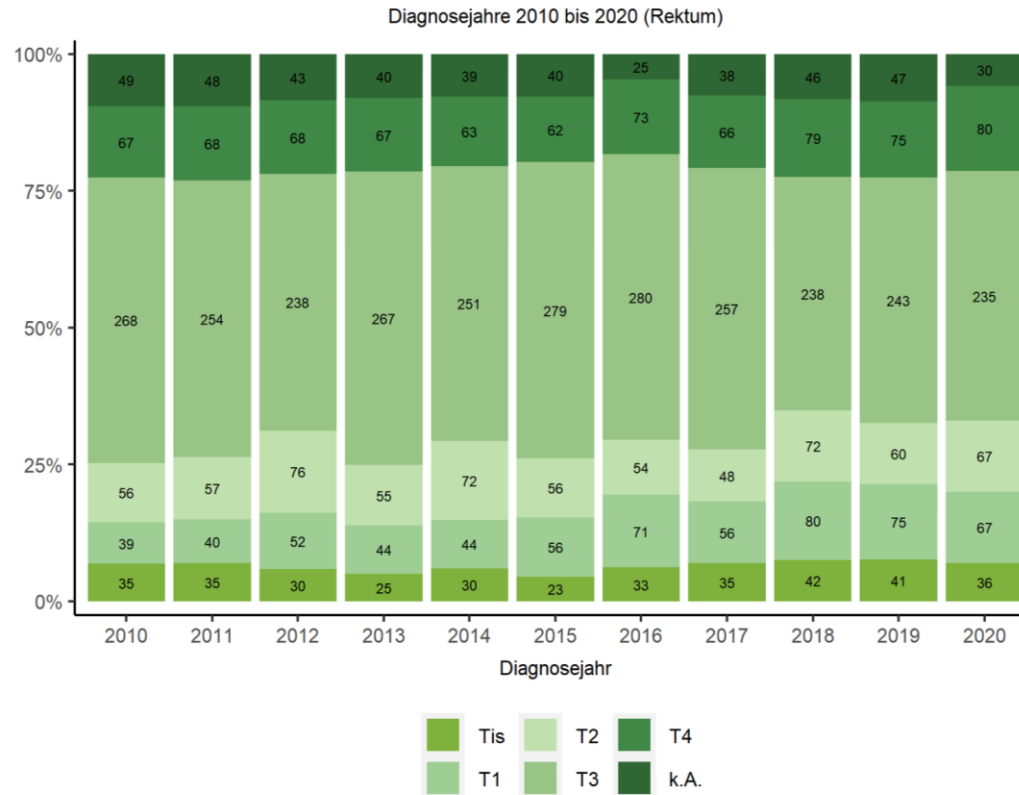


Quelle: Klinisches Krebsregister Dresden | N = 9555 | 21.09.2023

Abbildung 9: UICC-Stadium der kolorektalen Karzinome stratifiziert nach Diagnosejahr

Tumorstadium Rektum

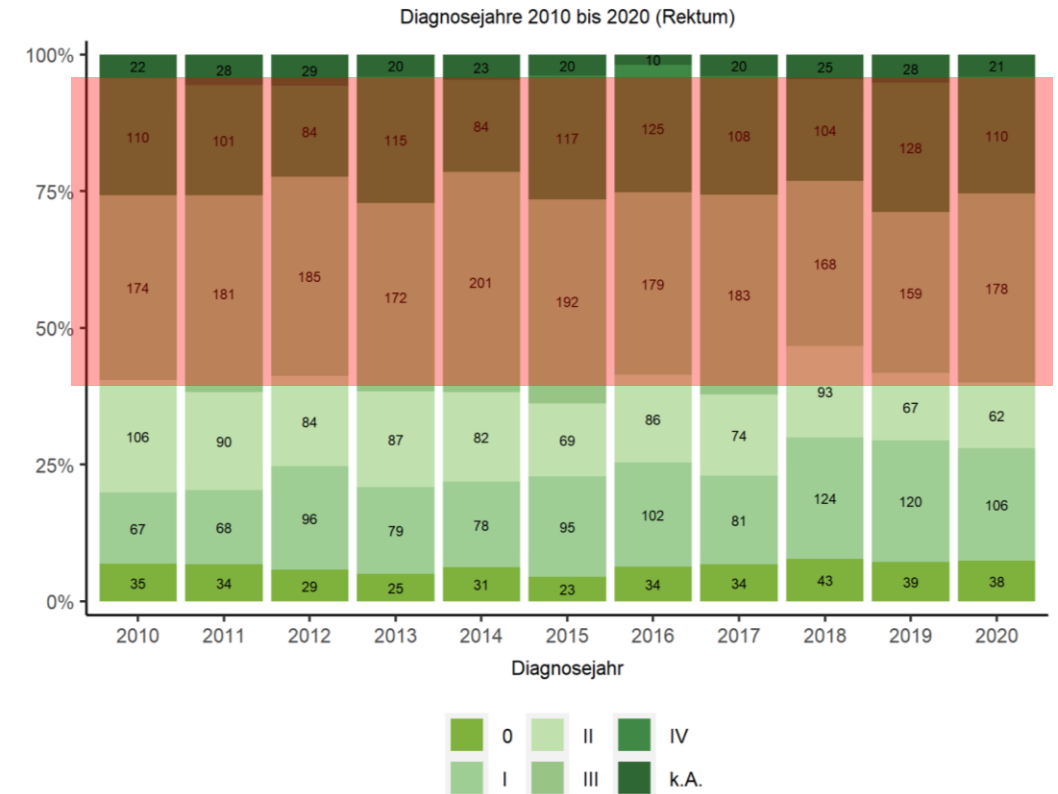
Ausdehnung des Primärtumors (T) stratifiziert nach Diagnosejahr



Quelle: Klinisches Krebsregister Dresden | N = 5685 | 21.09.2023

Abbildung 8: Ausdehnung des Primärtumors (T) stratifiziert nach Diagnosejahr

UICC-Stadium der kolorektalen Karzinome stratifiziert nach Diagnosejahr



Quelle: Klinisches Krebsregister Dresden | N = 5685 | 21.09.2023

Abbildung 10: UICC-Stadium der kolorektalen Karzinome stratifiziert nach Diagnosejahr

- Therapiescheidungen beim Rektumkarzinom sind MRT basiert

→ hohe Unsicherheiten insbesondere bei der Beurteilung der Lymphknoten

- TNM ist für klinisches Staging nicht validiert

- Neoadjuvante Therapiekonzepte können zum Stadienwechsel führen

→ initiales Tumorstadium unsicher



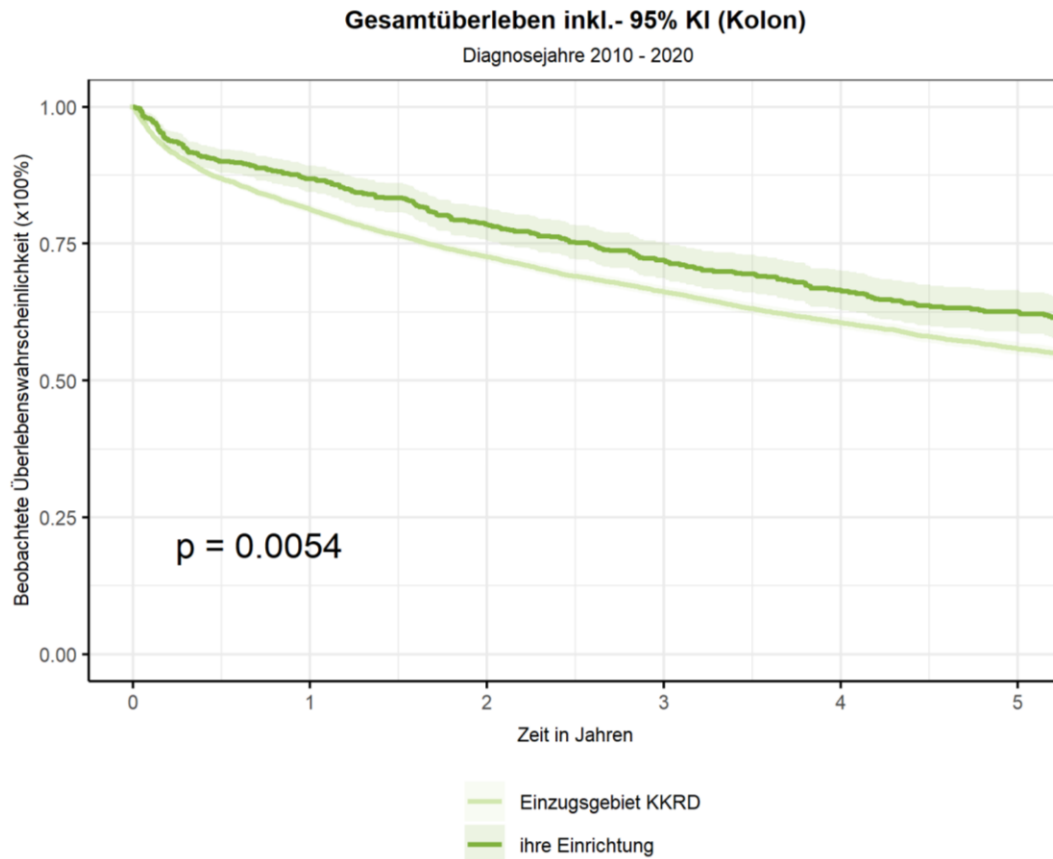


Abbildung 12: Gesamtüberleben mit 95% Konfidenzintervall

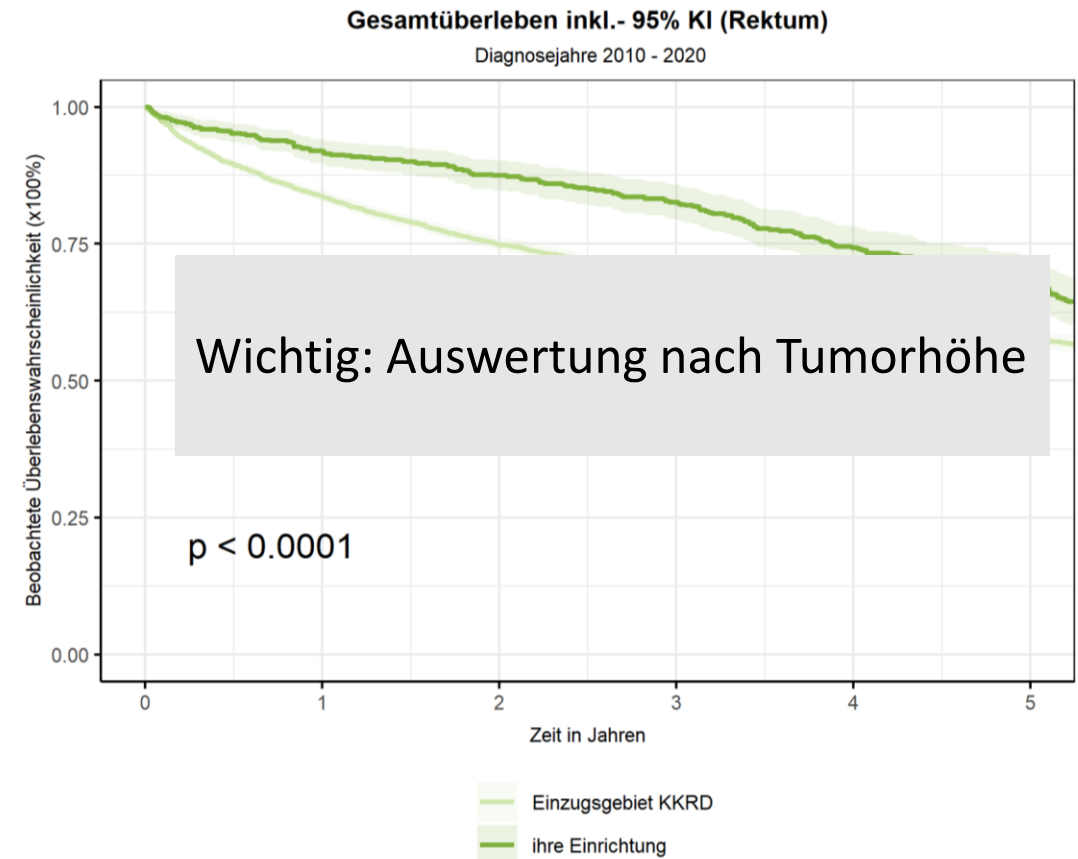


Abbildung 14: Gesamtüberleben mit 95% Konfidenzintervall

Relatives Überleben

Überleben Krebspatient

Überleben Allgemeinbevölkerung

Alter

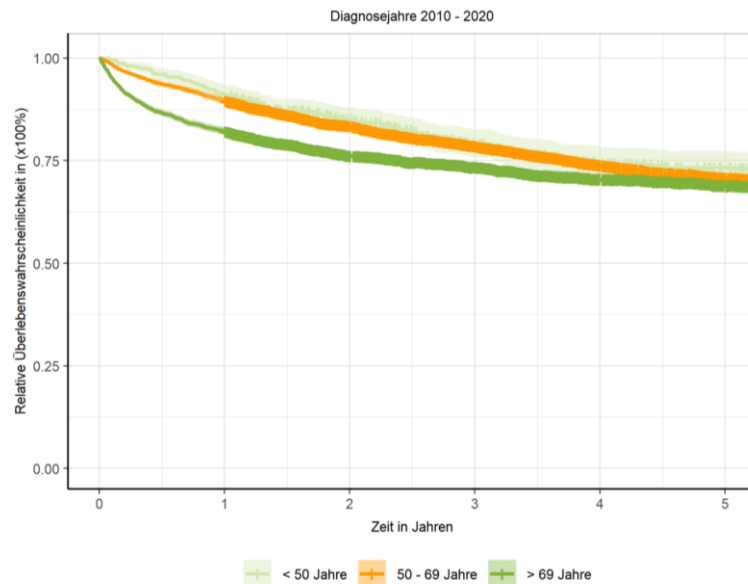


Abbildung 15: Relatives Überleben stratifiziert nach Diagnosealter



UICC Stadium

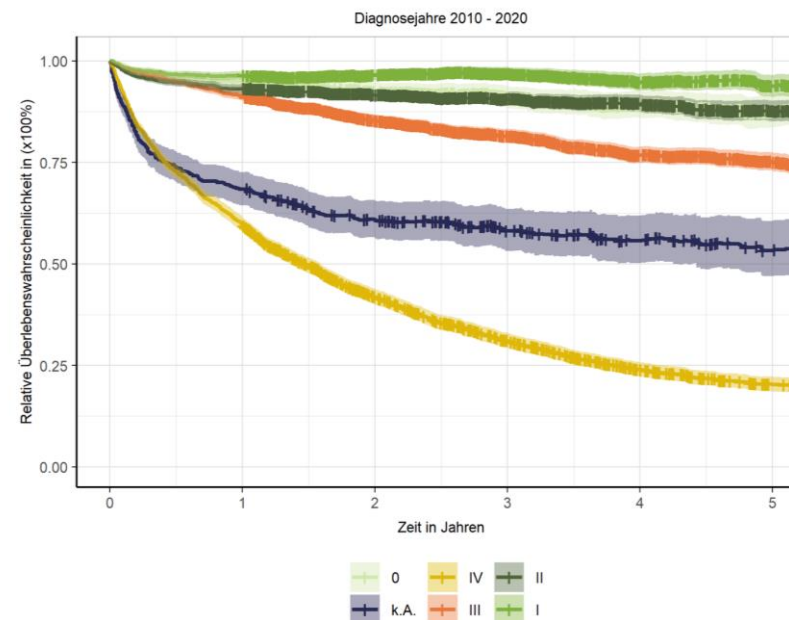


Abbildung 17: Relatives Überleben stratifiziert nach UICC-Stadium



Tumorentität

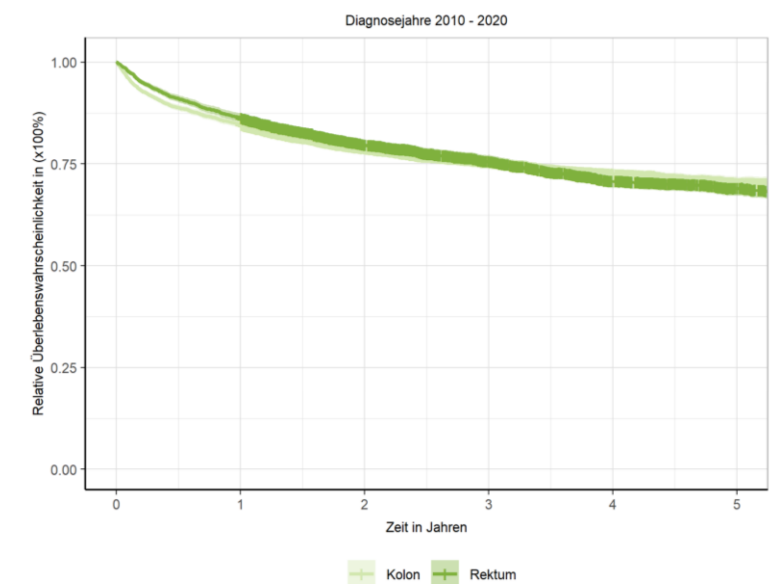


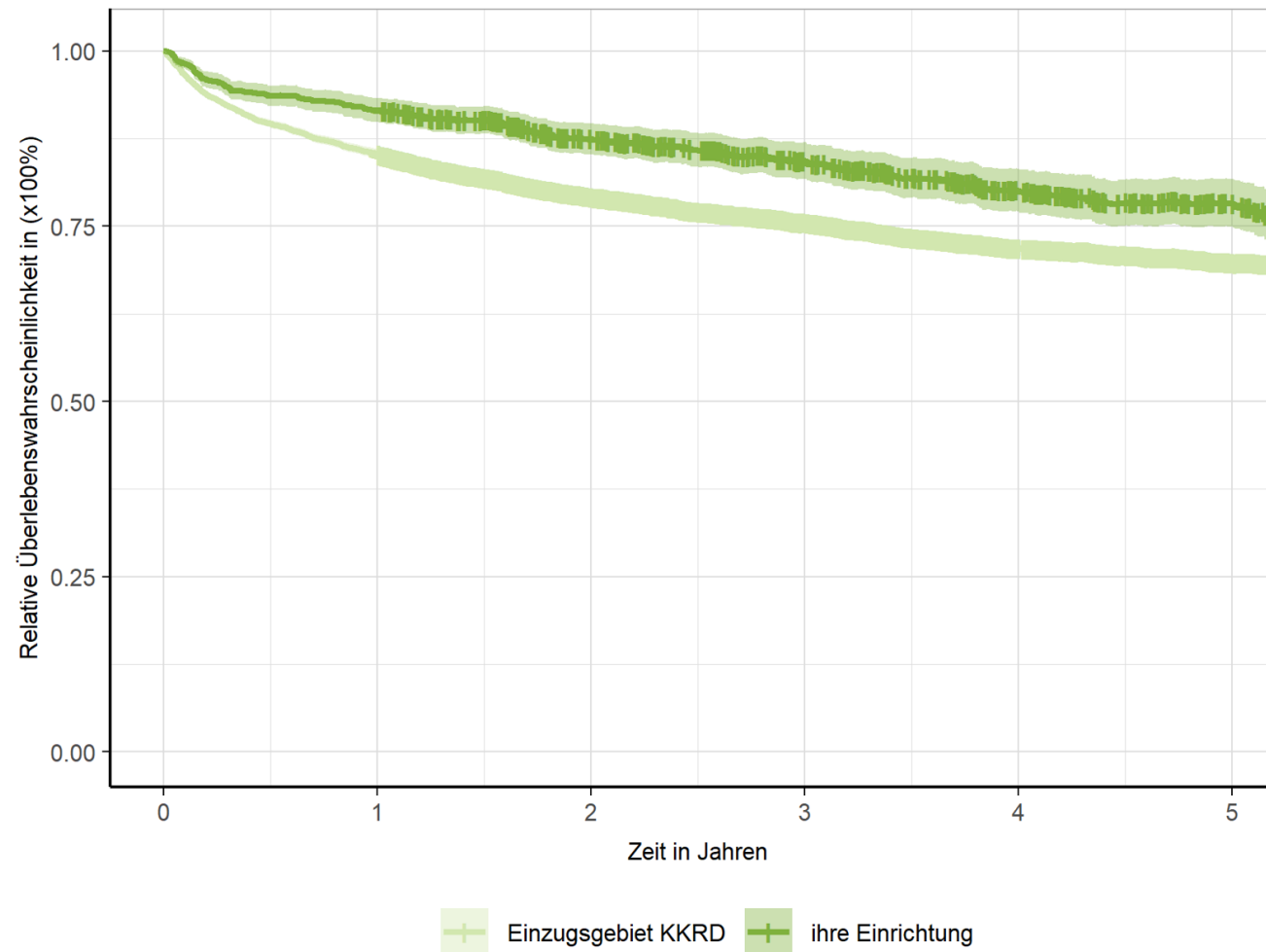
Abbildung 18: Relatives Überleben stratifiziert nach Tumorentität



Relatives Überleben KRK

KKRD - SKDD-F

Diagnosejahre 2010 - 2020



Relatives Überleben KRK

UICC KKRD

Diagnosejahre 2010 - 2020

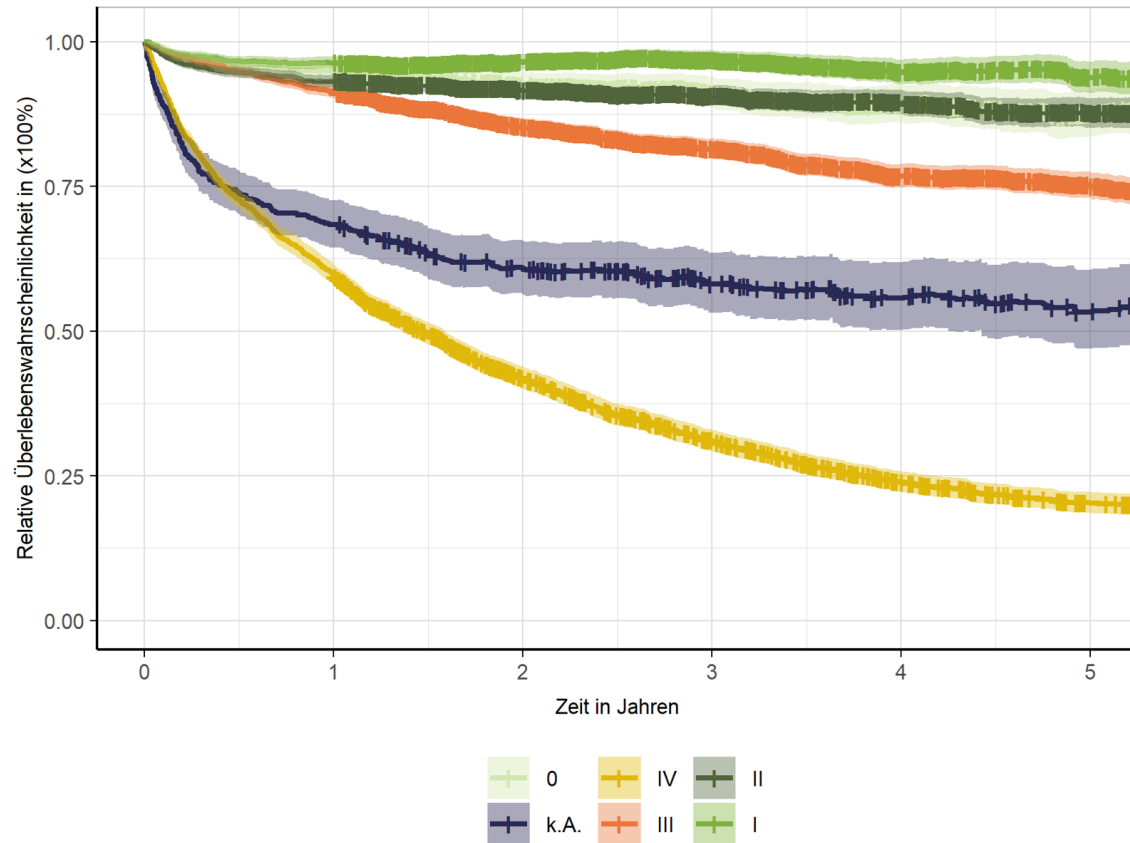


Abbildung 26: Relatives Überleben stratifiziert nach UICC-Stadium (Einzugsgebiet KKRD)

UICC SKDD-F

Diagnosejahre 2010 - 2020

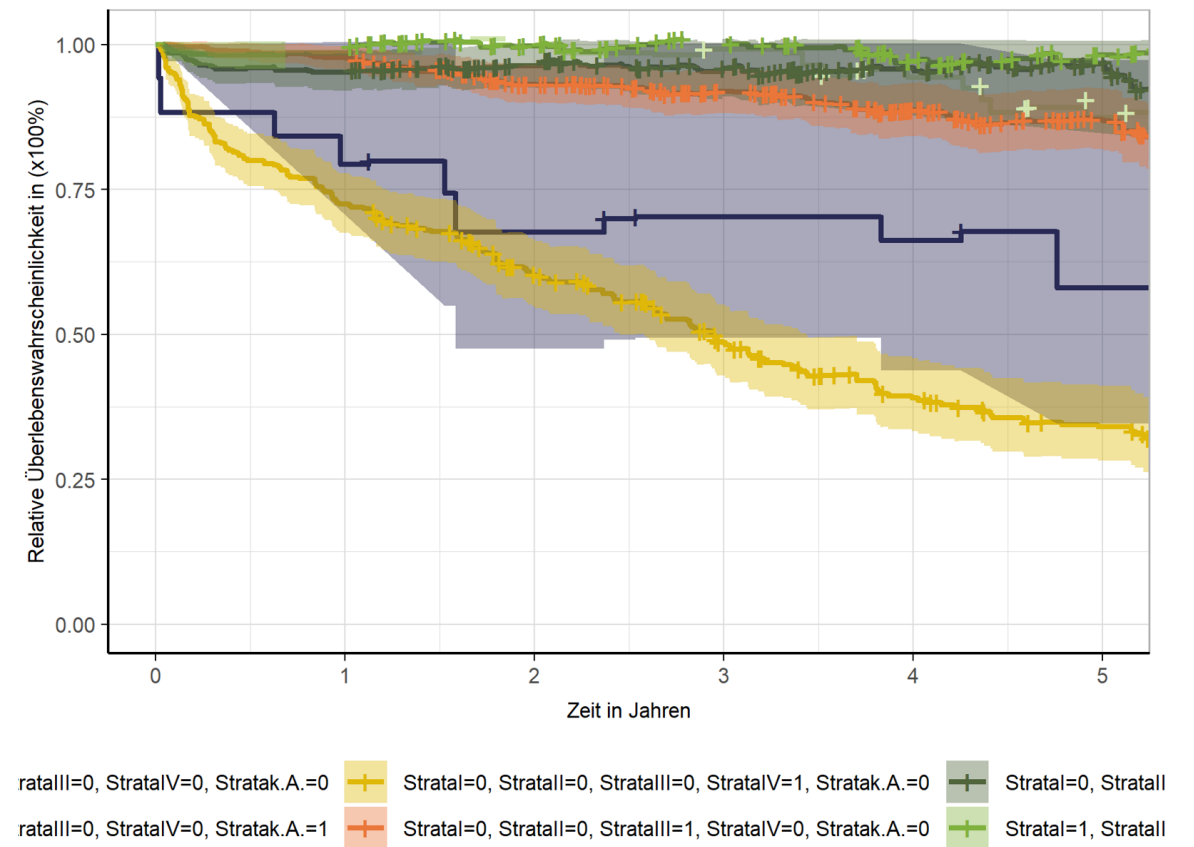


Abbildung 22: Relatives Überleben stratifiziert nach UICC-Stadium (ihre Einrichtung)

Relatives Überleben KRK

Diagnosealter KKR

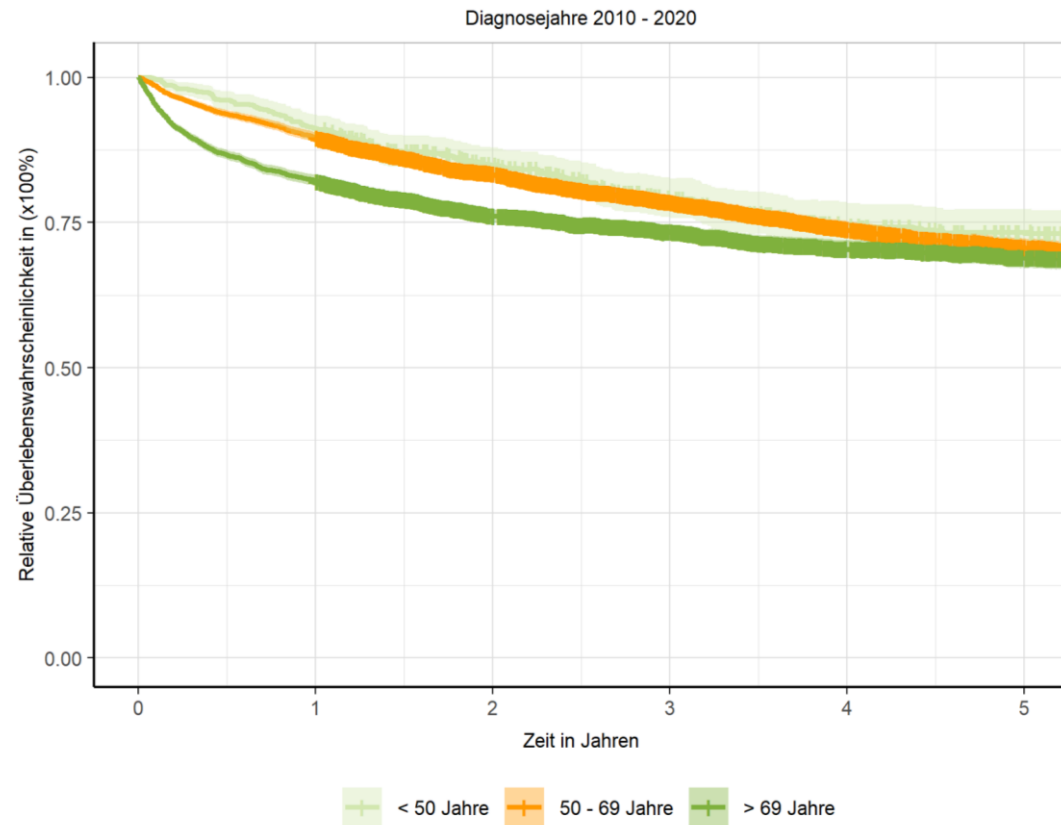


Abbildung 24: Relatives Überleben stratifiziert nach Diagnosealter (Einzugsgebiet KKR)

Diagnosealter SKDD-F

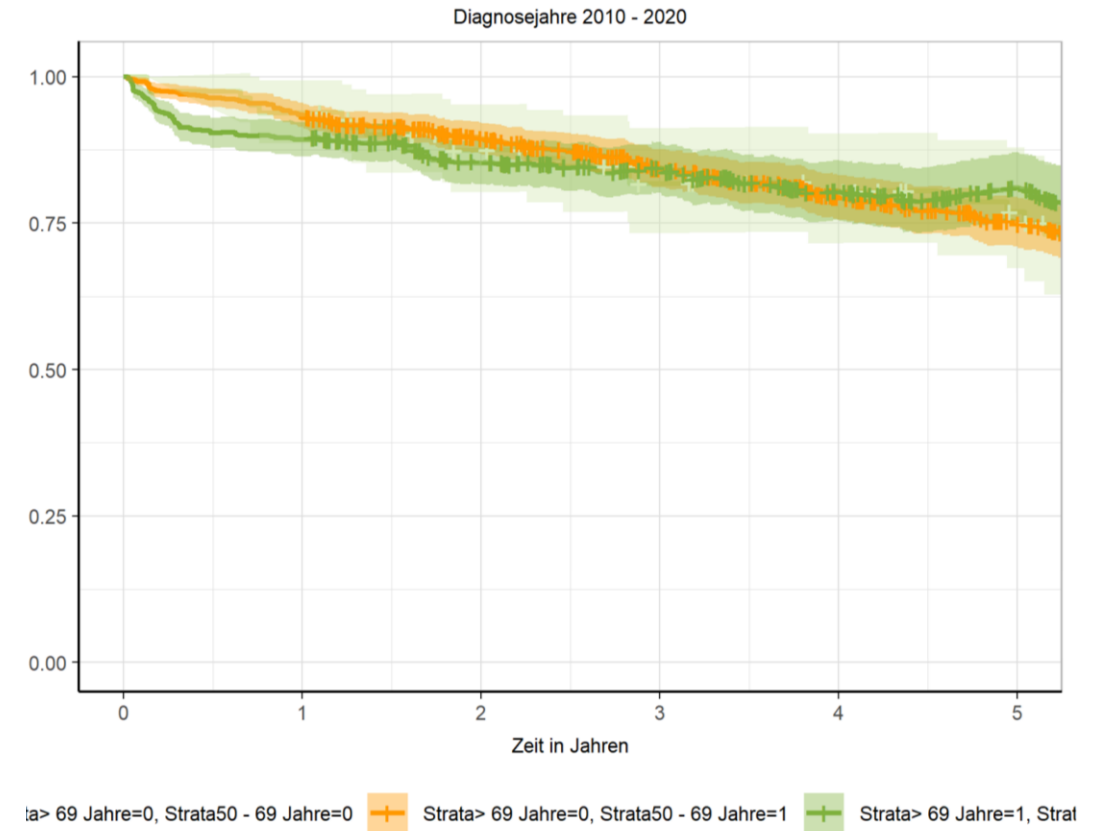
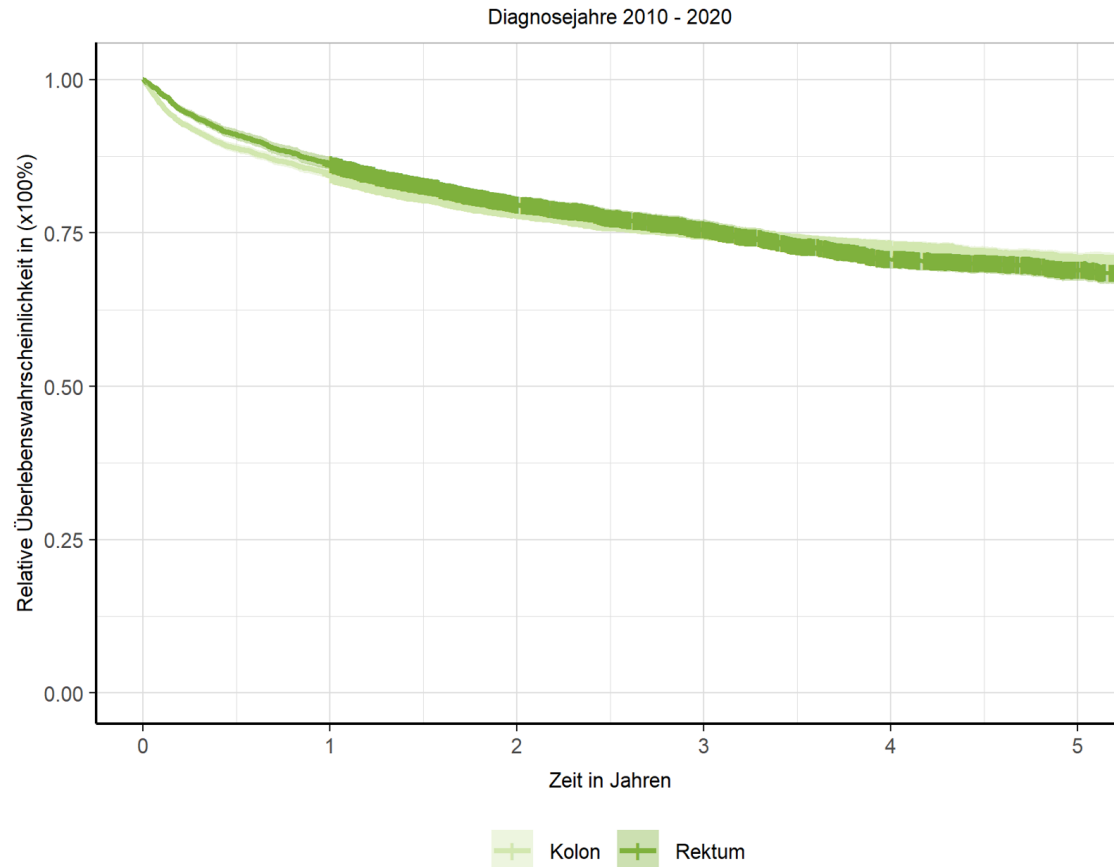


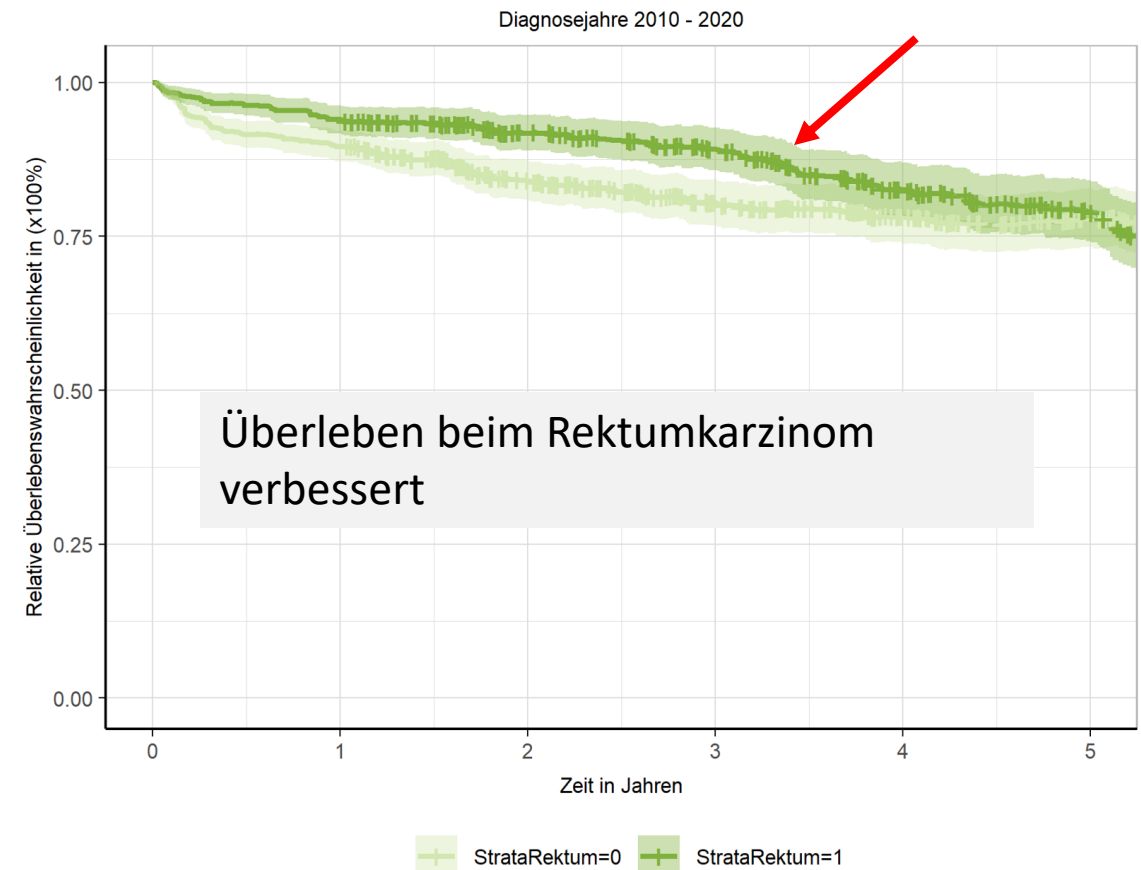
Abbildung 20: Relatives Überleben stratifiziert nach Diagnosealter (ihre Einrichtung)

Relatives Überleben Kolon - Rektum

Einzugsgebiet KKRD



SKDD-F



Relatives Überleben Kolon

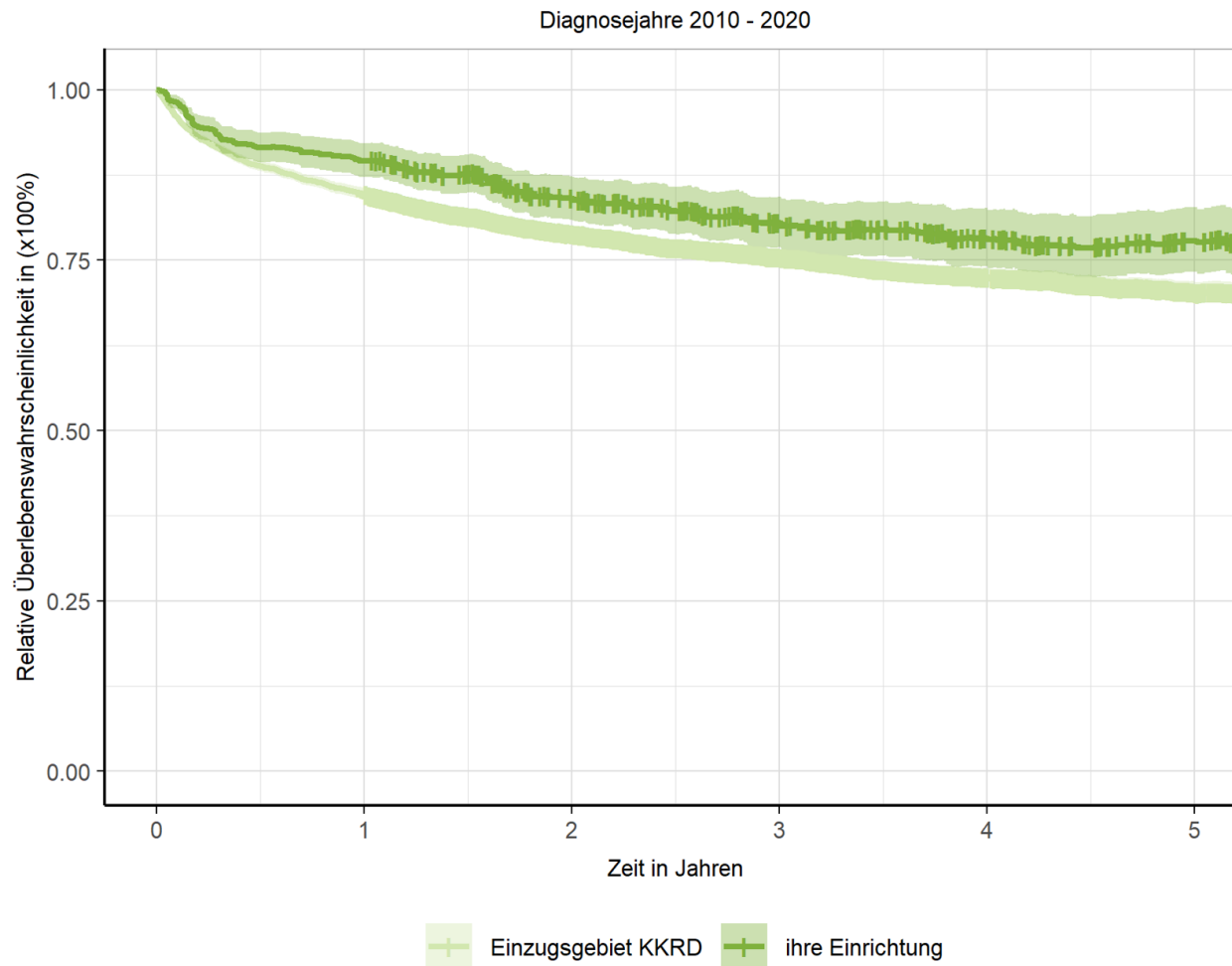


Abbildung 31: Relatives Überleben stratifiziert nach Patientenzuordnung (Kolontumore)

Relatives Überleben Kolon Alter

Einzugsgebiet KKRD

SKDD-F

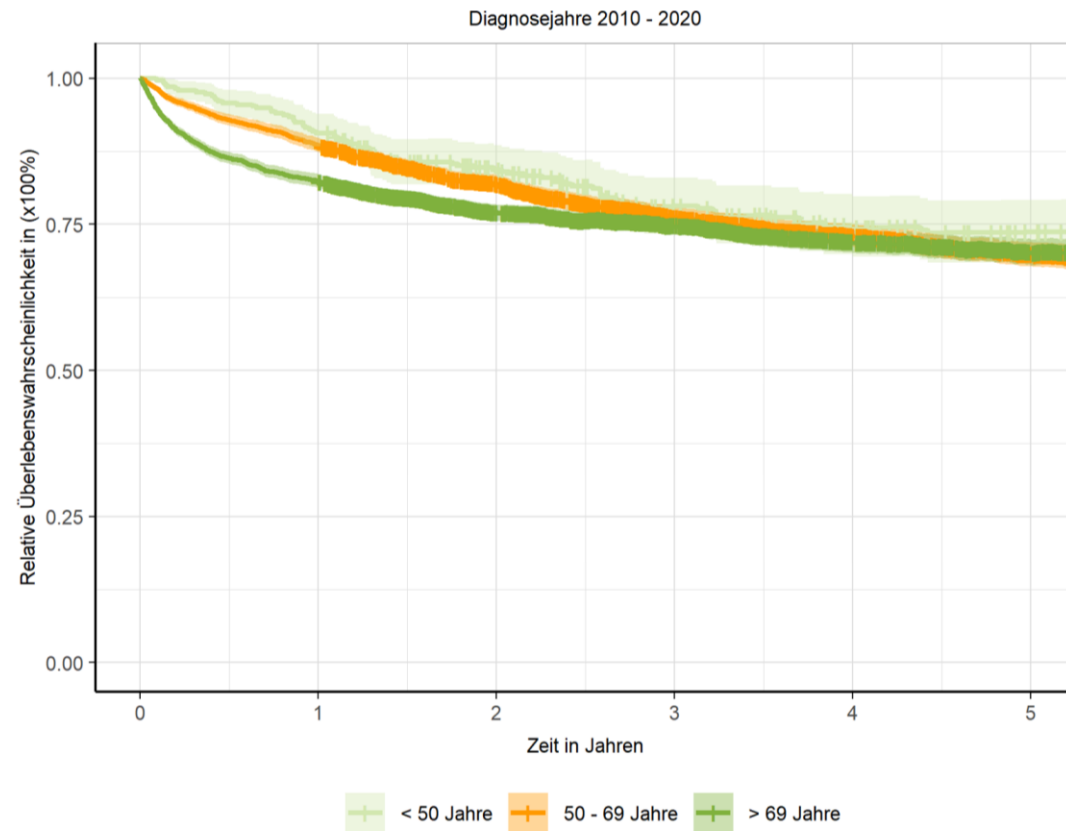


Abbildung 35: Relatives Überleben stratifiziert nach Diagnosealter (Einzugsgebiet KKRD) (Kolontumore)

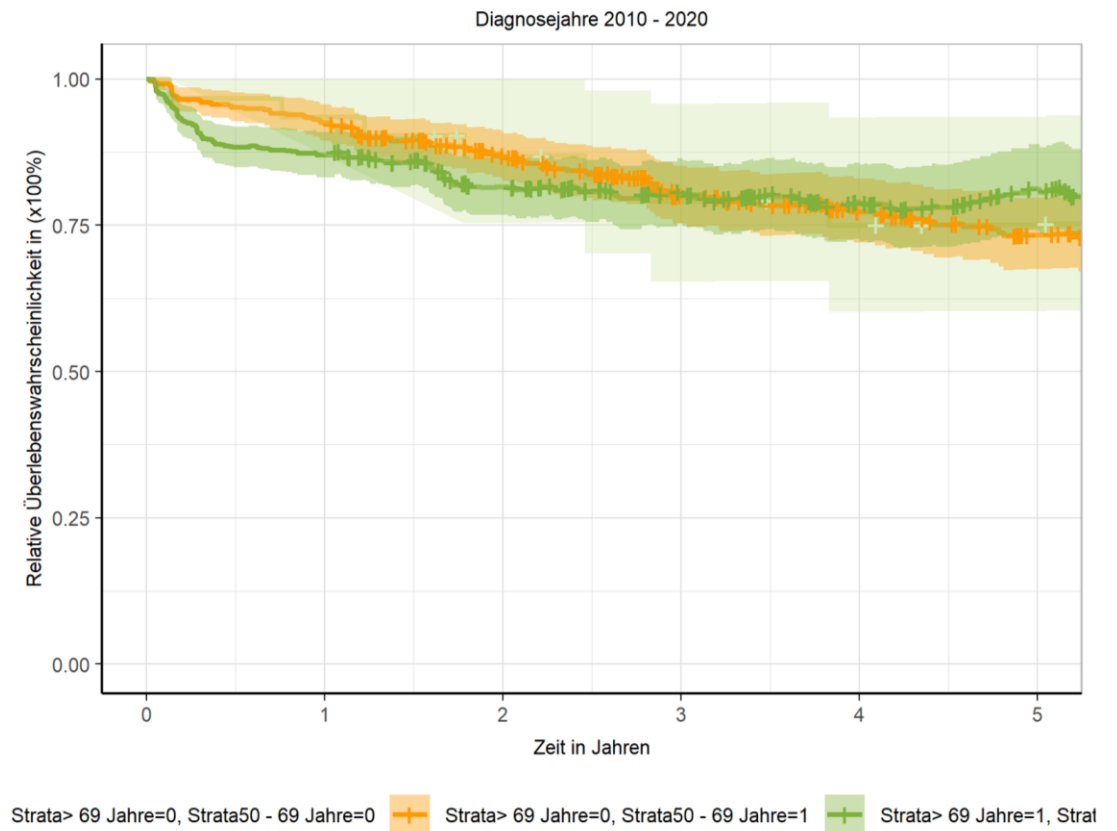


Abbildung 32: Relatives Überleben stratifiziert nach Diagnosealter (ihre Einrichtung) (Kolontumore)

Relatives Überleben Kolon UICC

Einzugsgebiet KKRD

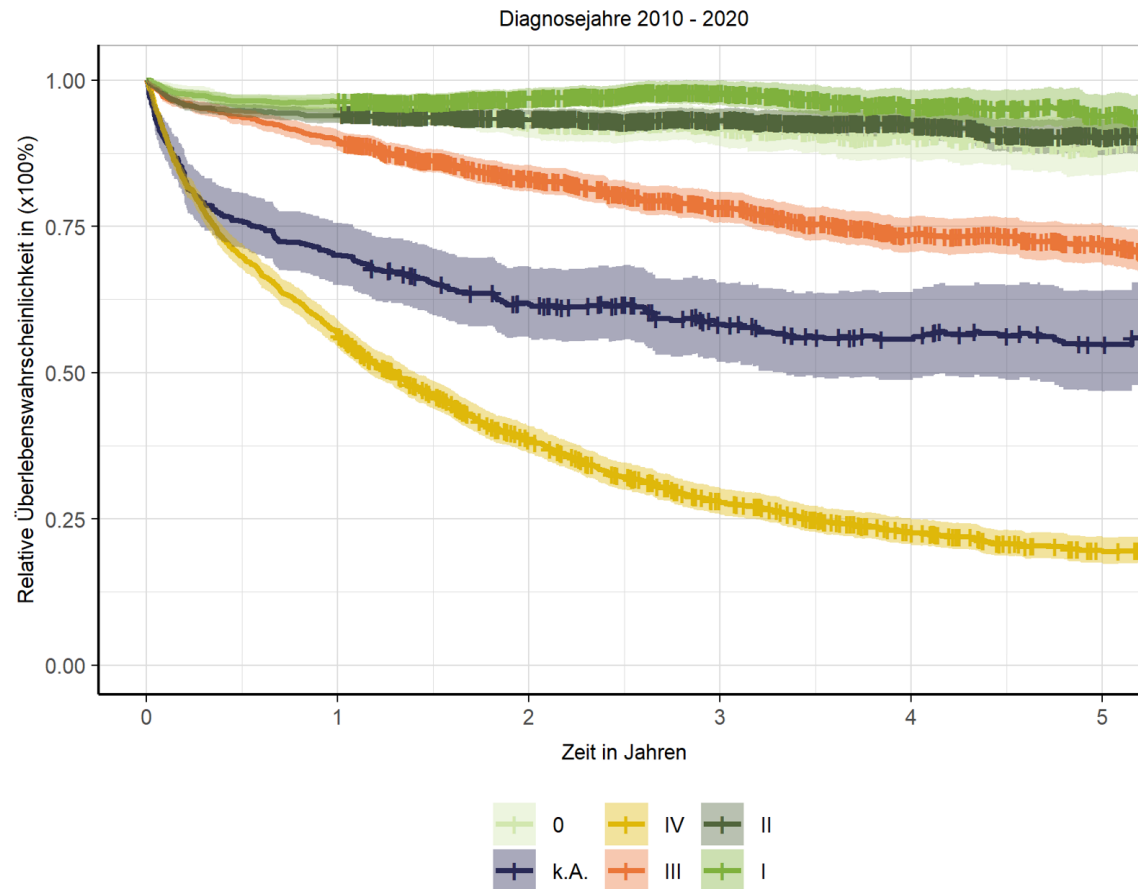


Abbildung 37: Relatives Überleben stratifiziert nach UICC-Stadium (Einzugsgebiet KKRD) (Kolonumore)

SKDD-F

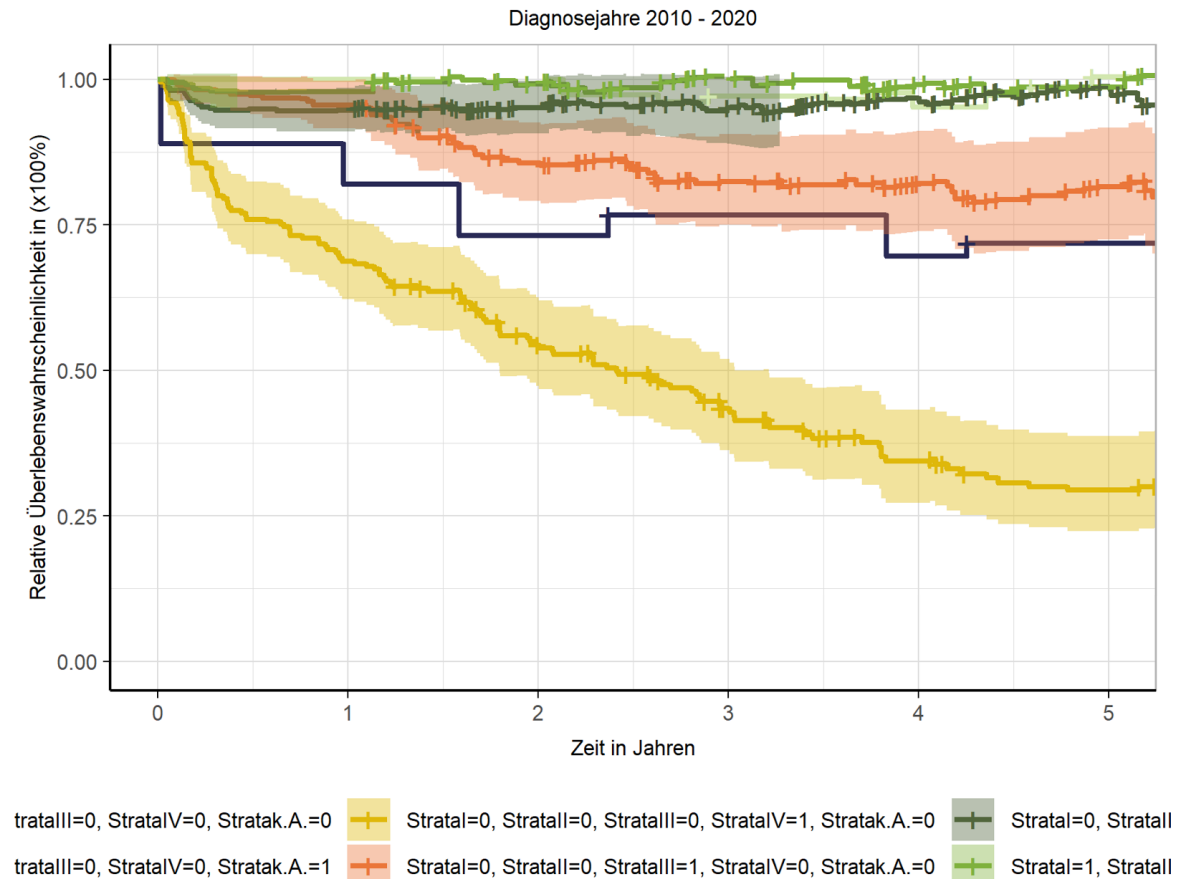
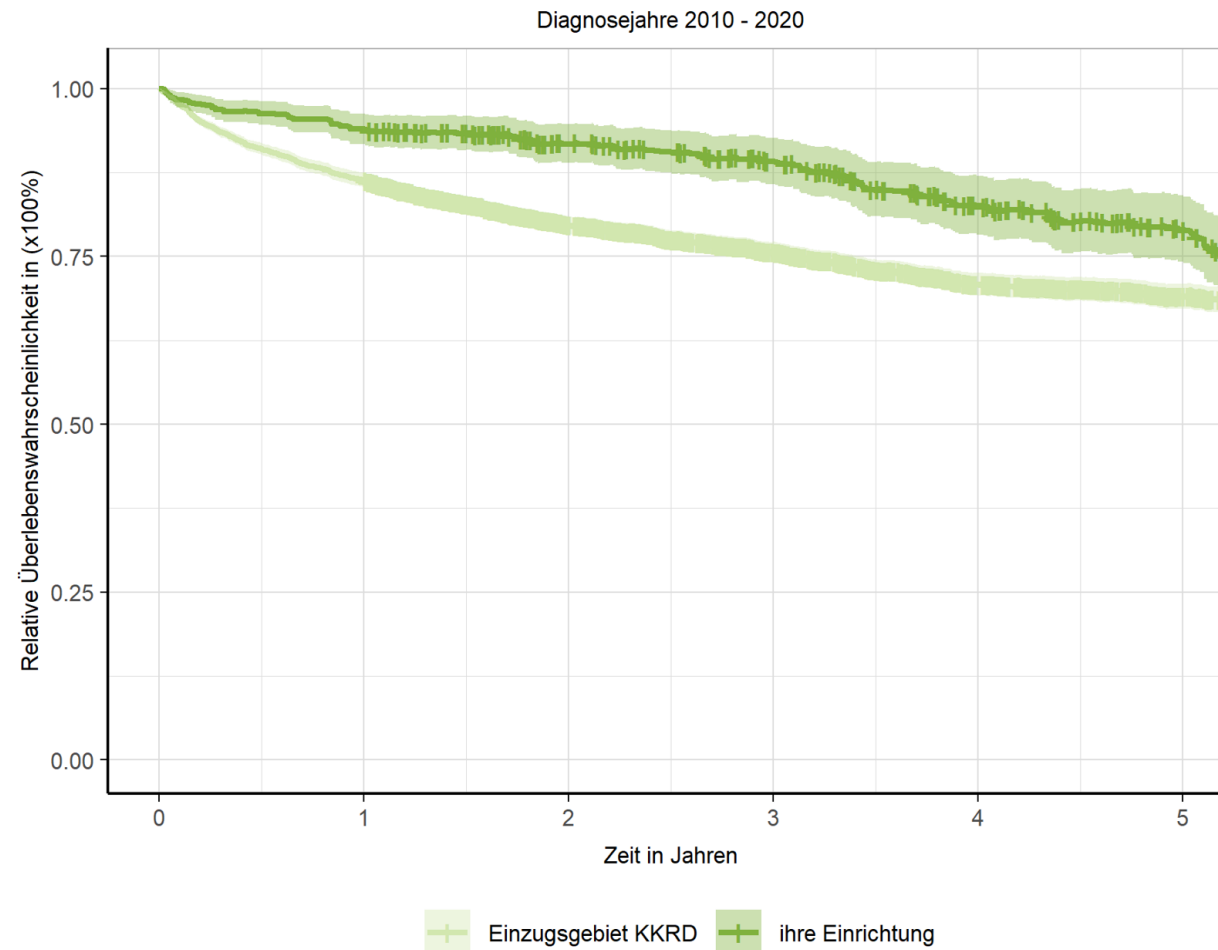


Abbildung 34: Relatives Überleben stratifiziert nach UICC-Stadium (ihre Einrichtung) (Kolonumore)

Relatives Überleben Rektum



Relatives Überleben stratifiziert nach Patientenzuordnung (Rektumtumor)

Relatives Überleben Rektum UICC

Einzugsgebiet KKRD

Diagnosejahre 2010 - 2020

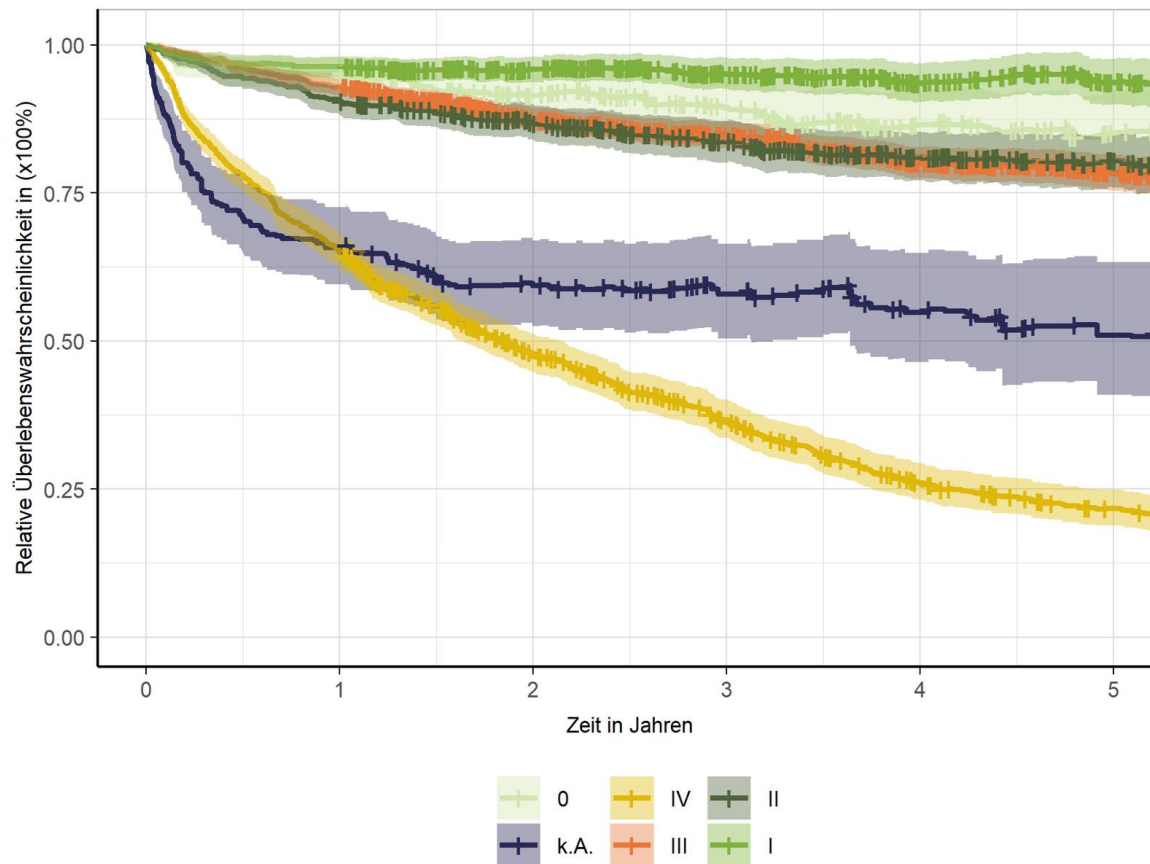


Abbildung 46: Relatives Überleben stratifiziert nach UICC-Stadium (Einzugsgebiet KKRD) (Rektumtumor)

SKDD-F

Diagnosejahre 2010 - 2020

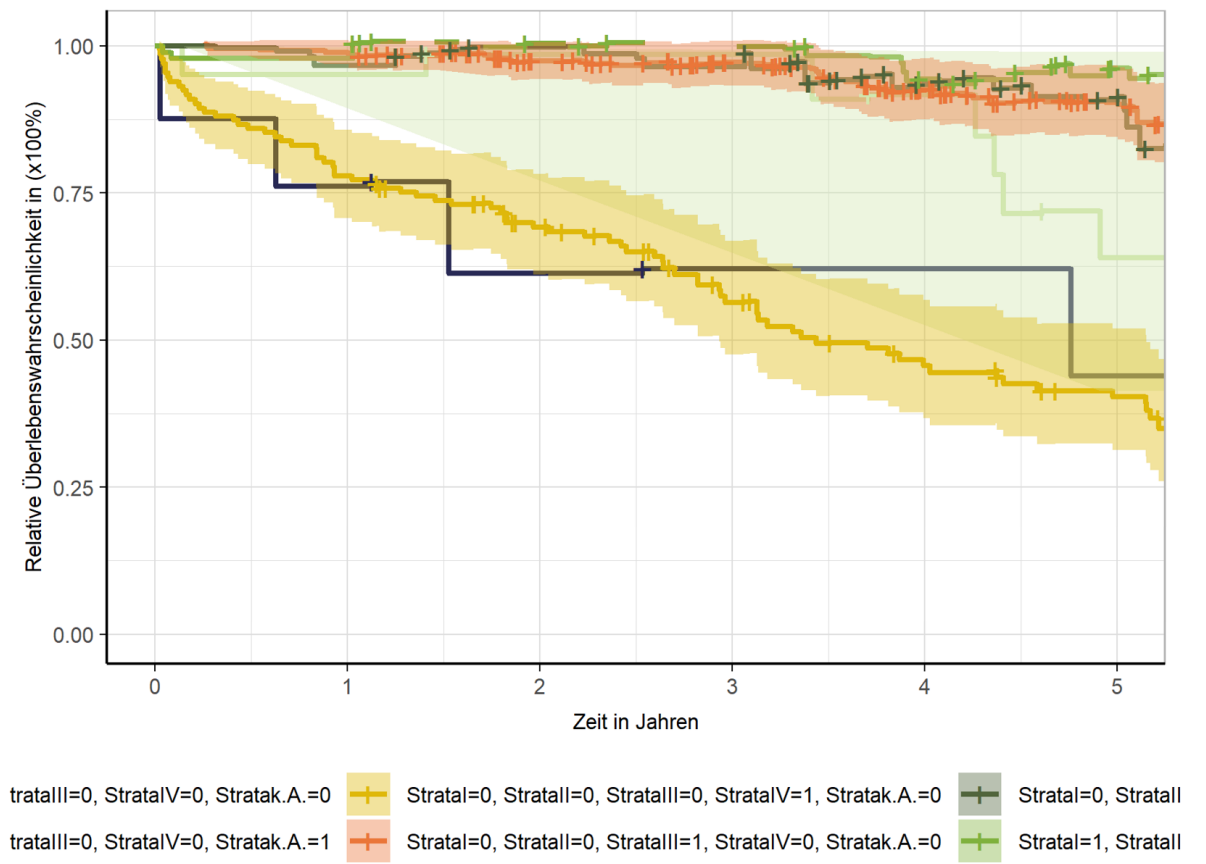


Abbildung 43: Relatives Überleben stratifiziert nach UICC-Stadium (ihre Einrichtung) (Rektumtumor)

Relatives Überleben Rektum Alter

Einzugsgebiet KKRD

SKDD-F

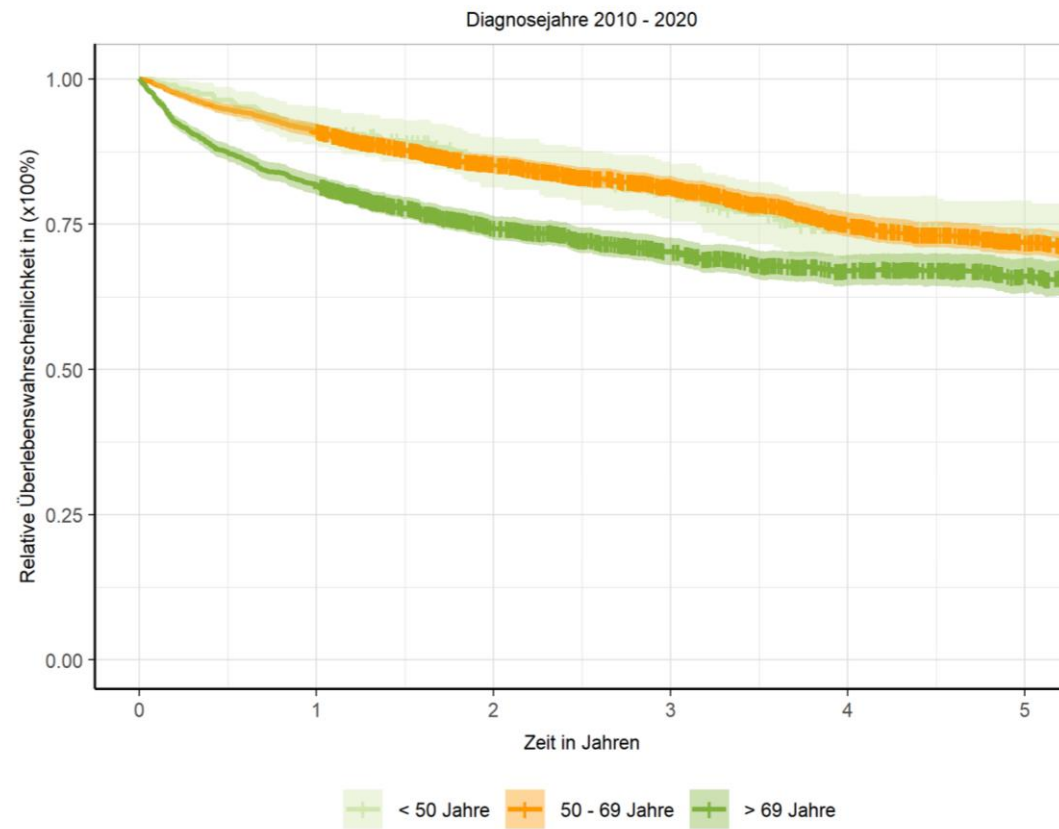


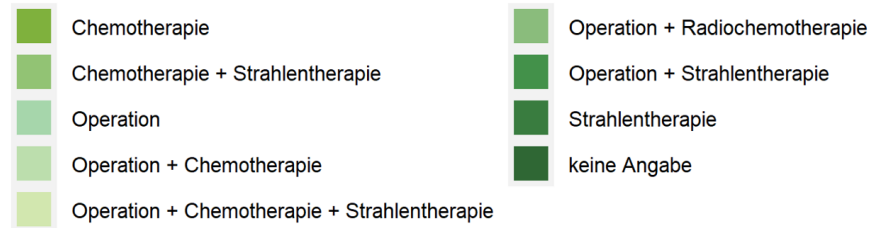
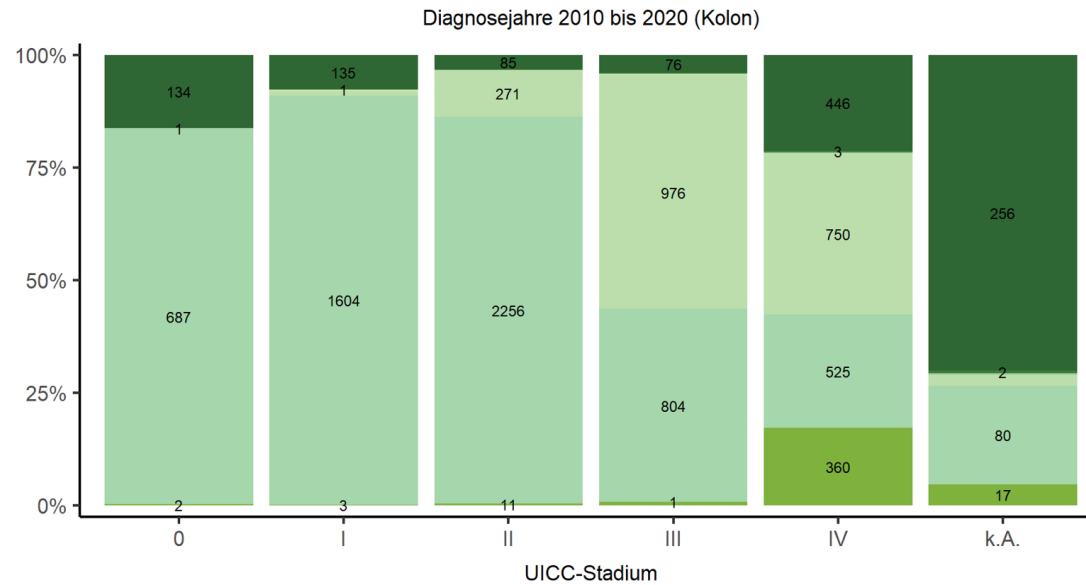
Abbildung 45: Relatives Überleben stratifiziert nach Diagnosealter (Einzugsgebiet KKRD) (Rektumtumore)



Abbildung 41: Relatives Überleben stratifiziert nach Diagnosealter (ihre Einrichtung) (Rektumtumore)

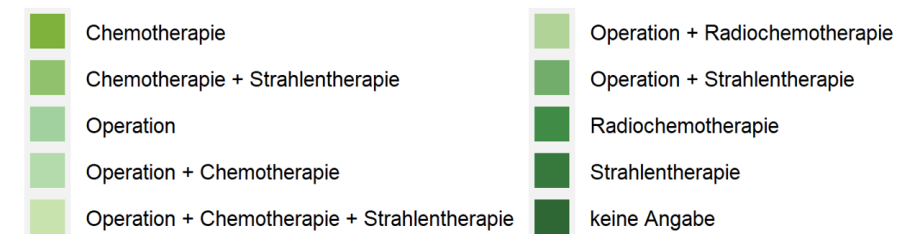
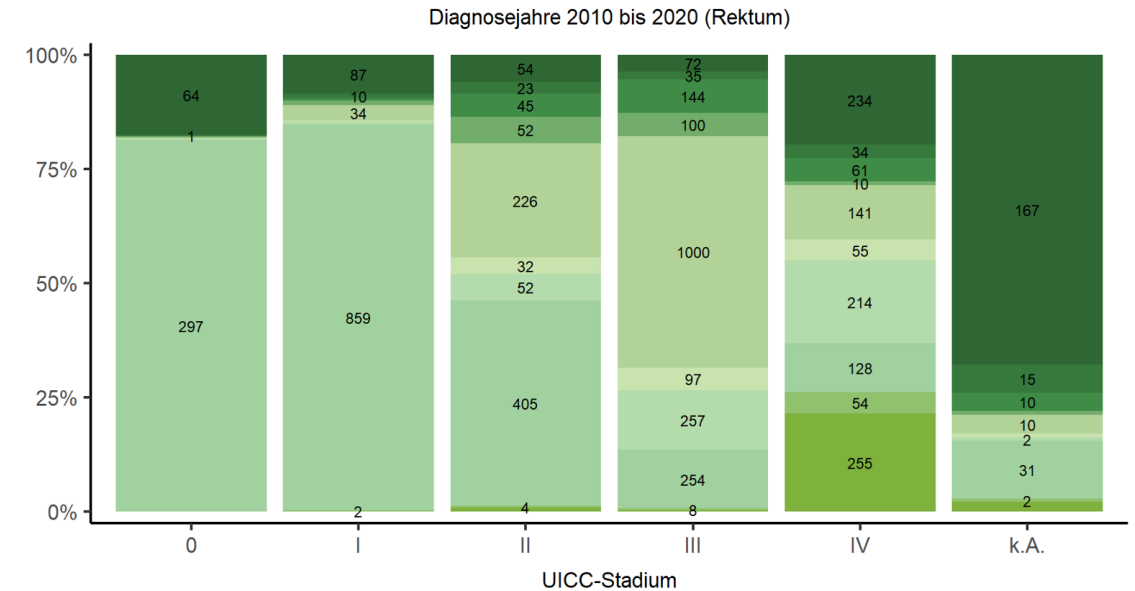
Primärtherapie

Primaertherapie stratifiziert nach UICC-Stadium



Quelle: Klinisches Krebsregister Dresden | N = 9555 | 21.09.2023

Primaertherapie stratifiziert nach UICC-Stadium



Quelle: Klinisches Krebsregister Dresden | N = 5685 | 21.09.2023

Zusammenfassung Ergebnisse

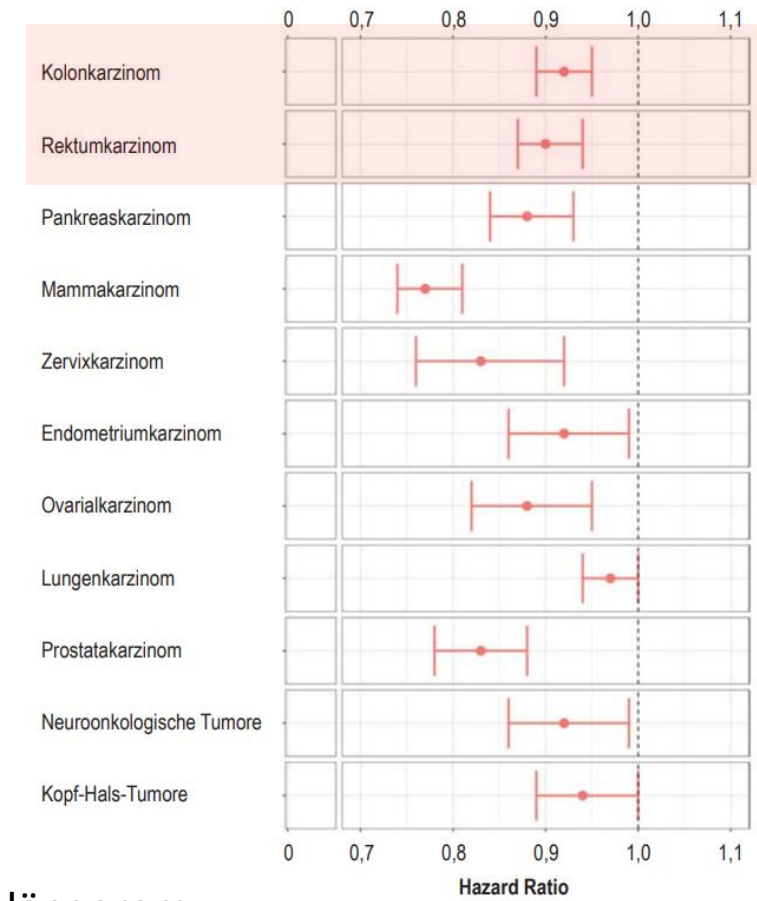
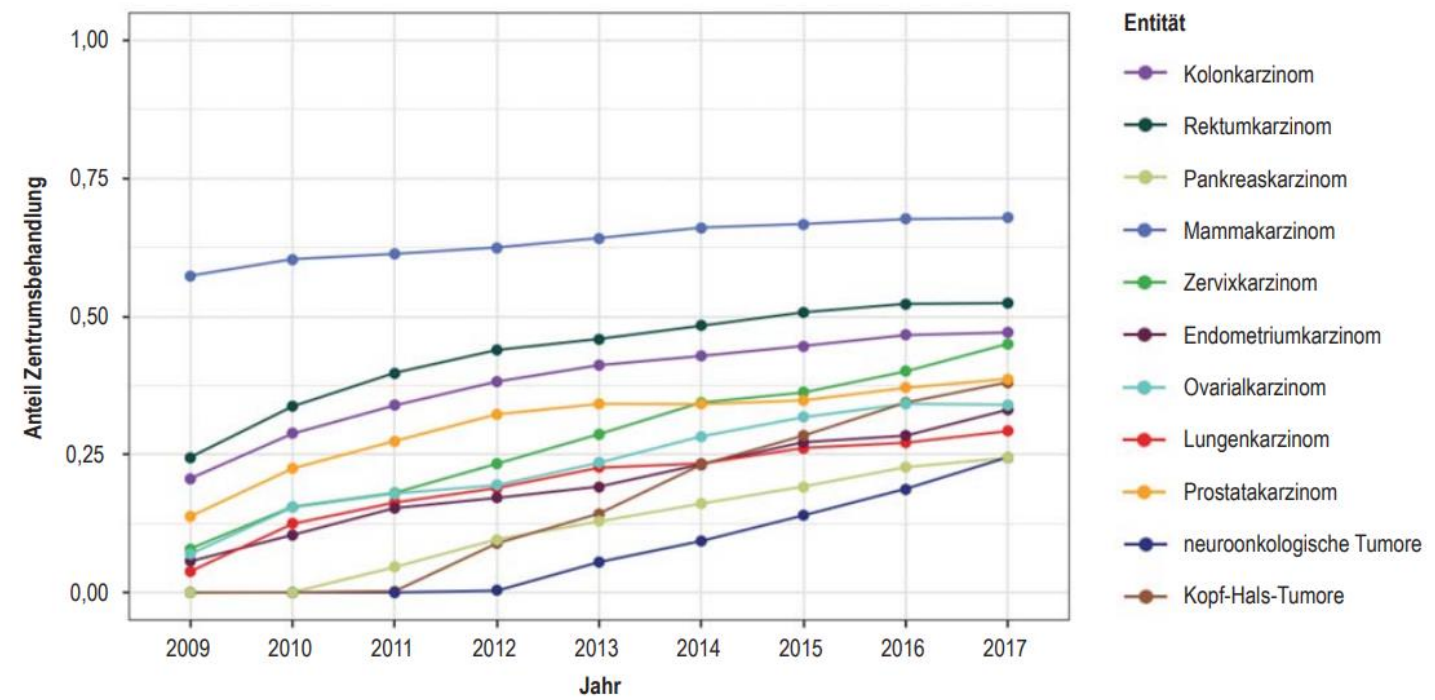
- Gesamtüberleben und Relatives Überleben liegen in unserer Einrichtung oberhalb der Ergebnisse des Einzugsgebietes KKRD

gilt für Alter, T- und UICC Stadium

Einfluss des Alters auf das relative Überleben ist geringer

- Unterschiede beim Rektumkarzinom deutlicher
- Zentrumsbildung und –zertifizierung mit konsequenter Umsetzung von Qualitätsindikatoren haben Einfluss auf onkologische Ergebnisse
- Auswirkungen der Pandemie bleiben abzuwarten (Fallzahlen !)

Effekte der Zentrumsbildung



Hazard Ratios < 1 deuten auf eine Assoziation von längerem Gesamtüberleben und Behandlung in zertifiziertem Zentrum hin.

Darmkrebszentrum am Städtischen Klinikum – Friedrichstadt

2008 DGAV

2011 Deutsche Krebsgesellschaft

Observational Study > [Int J Colorectal Dis.](#) 2021 Mar;36(3):517-533.

doi: 10.1007/s00384-020-03792-8. Epub 2020 Nov 9.

Association of certification, improved quality and better oncological outcomes for rectal cancer in a specialized colorectal unit

Annika Jacob ¹, Wolfgang Albert ¹, Thomas Jackisch ¹, Christiane Jakob ², Anja Sims ¹,
Helmut Witzigmann ¹, Sören Torge Mees ¹, Sigmar Stelzner ³

Affiliations + expand

PMID: 33165684 DOI: [10.1007/s00384-020-03792-8](#)



Effekte der Zentrumsbildung

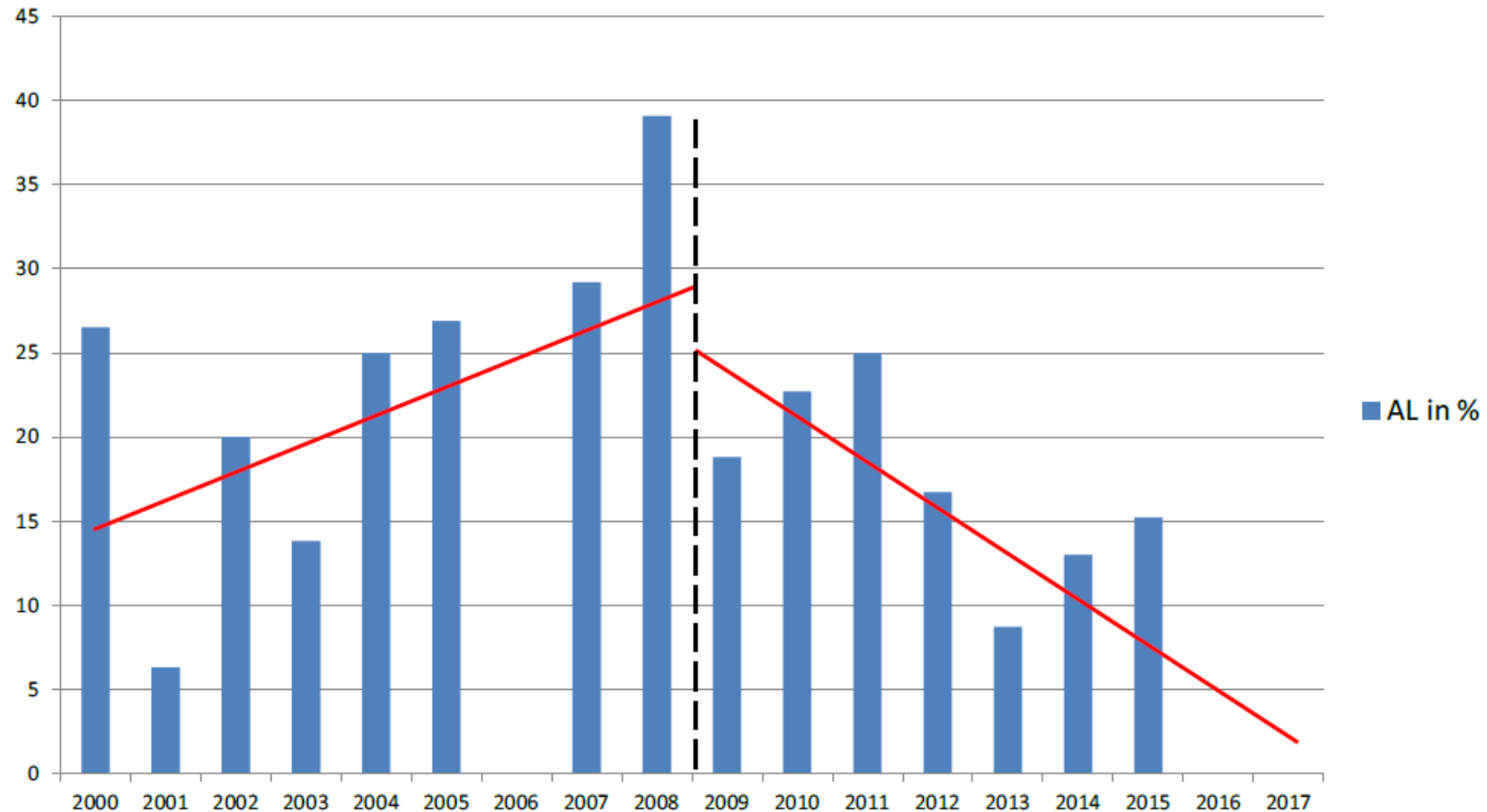


Fig. 2 Annual proportions of anastomotic leaks (AL). The dotted line marks the implementation of the certified centre. The red lines represent linear regression curves for each time period. Note: In 2006, 2017 and 2018, the proportion of AL was zero

Effekte der Zentrumsbildung

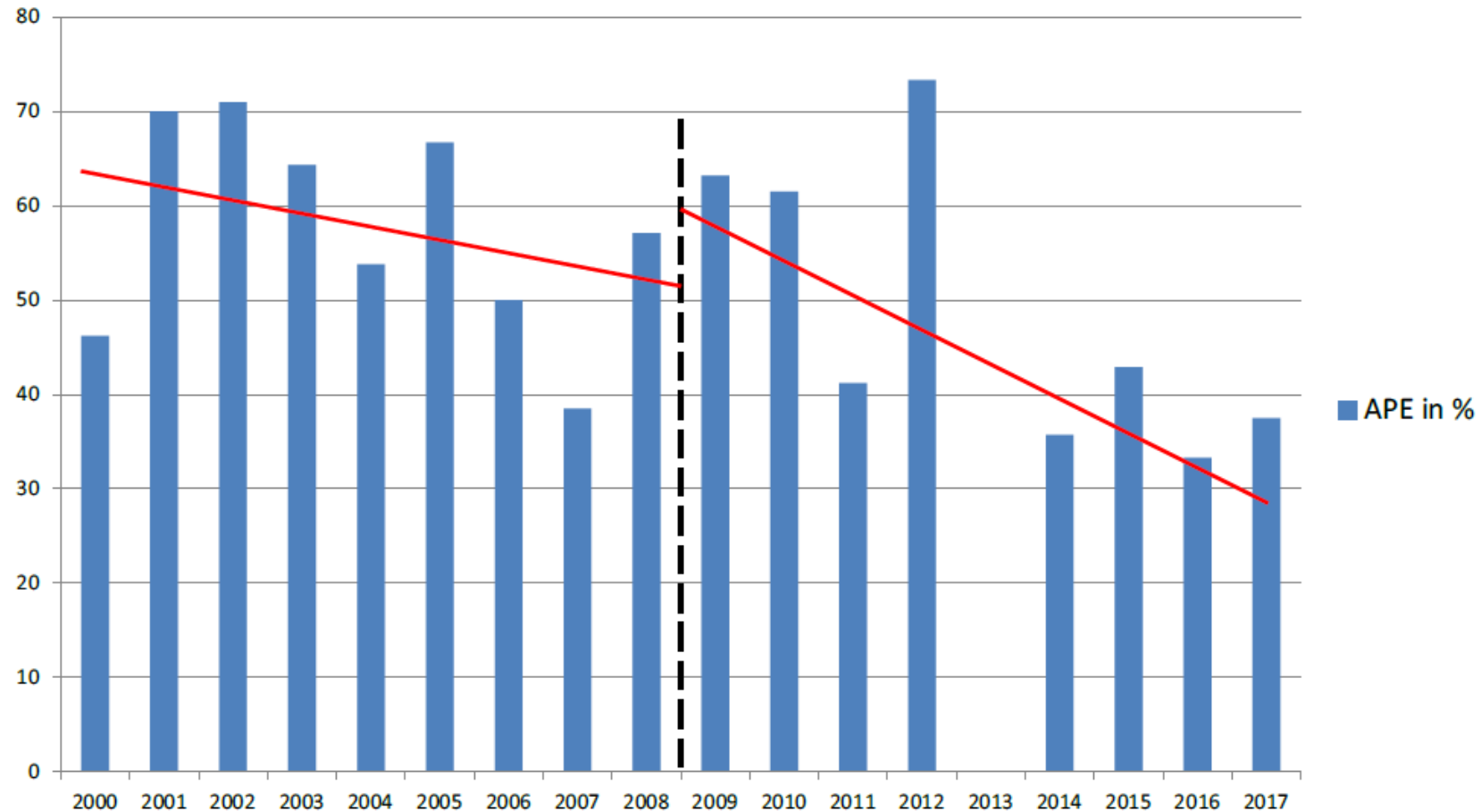


Fig. 3 Annual proportions of abdomino-perineal excisions (APE) for rectal cancers of the lower third. The dotted line marks the implementation of the certified centre. The red lines represent linear regression curves for each time period. Note: In 2013, the proportion of APE was zero

Effekte der Zentrumsbildung

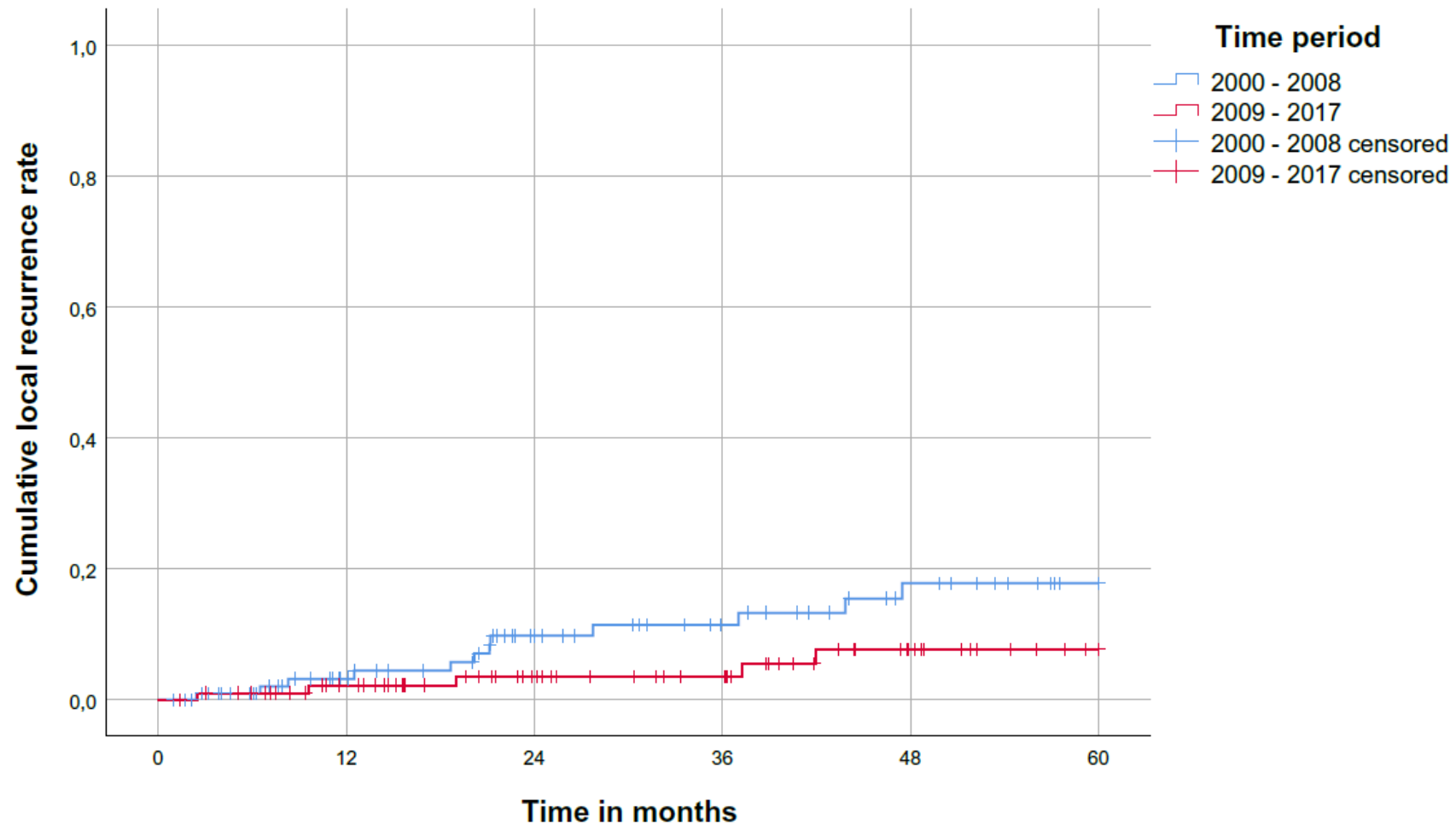
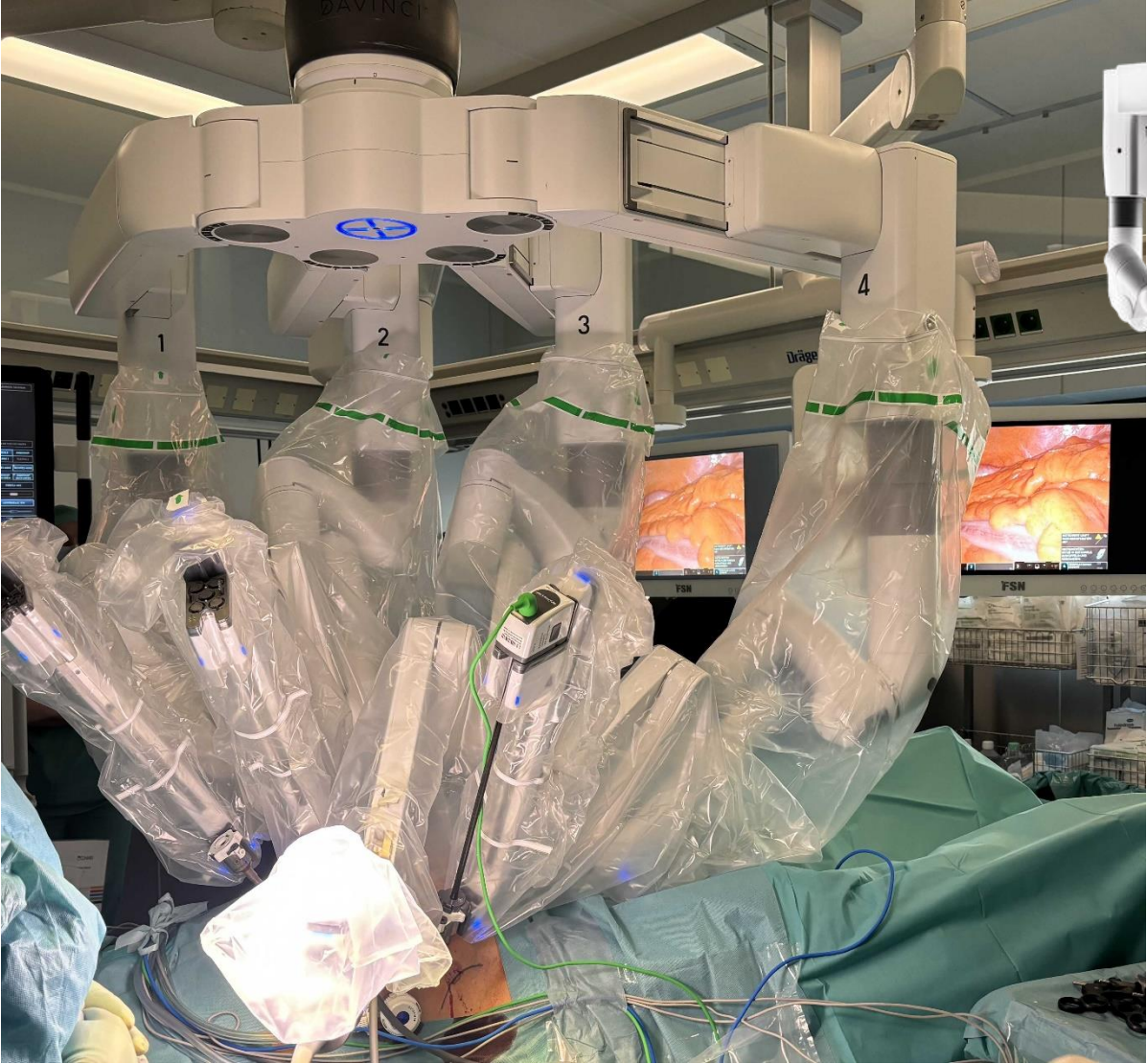


Fig. 1 Cumulative local recurrence rates for UICC stages (y)pIII. Five-year local recurrence rate for time period 2000–2008 ($n = 106$) = 17.8% and for time period 2009–2017 ($n = 96$) = 7.7% ($p = 0.085$). R0-resected patients only, postoperative mortality excluded

Darmkrebszentrum

Städtisches Klinikum-Friedrichstadt



Anpassung von Diagnostik und Therapie
an Tumoreigenschaften und Risikofaktoren
= **personalisierte Onkologie**

Problem: Deutschland hat Anschluss im internationalen
Vergleich in der Forschung verloren

Anpassung von Diagnostik und Therapie
an Tumoreigenschaften und Risikofaktoren
= **personalisierte Onkologie**

Problem: Deutschland hat Anschluss im internationalen
Vergleich in der Forschung verloren



Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT)
(6 Standorte)



- Klinisch translationale Krebsforschung
- Patienten als Forschungspartner
- Fairer und schneller Zugang zu Studien
- Ausbildung in klinischer Forschung

Medizin

Kolonkarzinom: Zirkulierende Tumor-DNA kann Chemotherapie steuern

Donnerstag, 9. Juni 2022

[Newsletter abonnieren](#) [Zur Startseite](#)



Preoperative Chemotherapy for Operable Colon Cancer: Mature Results of an International Randomized Controlled Trial

Dion Morton, MD¹; Matthew Seymour, MD²; Laura Magill, PhD³; Kelly Handley, PhD³; James Glasbey, MD¹; Bengt G Andy Palmer³; Jenny Seligmann, MD⁴; Søren Laurberg, MD⁵; Keigo Murakami, MD⁶; Nick West, MD⁷; Philip Quirke, Richard Gray, MSc⁷; on behalf of the FOXTROT Collaborative Group

PURPOSE Neoadjuvant chemotherapy (NAC) has potential advantages over standard postoperative therapy for locally advanced colon cancer but requires formal evaluation.

METHODS Patients with radiologically staged T3-4, N0-2, MO colon cancer were randomly allocated to 6 weeks oxaliplatin-fluoropyrimidine preoperatively plus 18 postoperatively (NAC group) or 24 weeks oxaliplatin-fluoropyrimidine preoperatively plus 18 postoperatively (control group). Patients with RAS-wildtype tumors could also be randomly assigned panitumumab or not during NAC. The primary end point was residual disease or recurrence within 2 years. Secondary outcomes included surgical morbidity, histopathologic stage, regression grade, complete resection, and cause-specific mortality. Log-rank analyses were by intention-to-treat.

RESULTS Of 699 patients allocated to NAC, 674 (96%) started and 606 (87%) completed 18 weeks of NAC. 686 of 699 (98.1%) NAC patients and 351 of 354 (99.2%) control patients underwent surgery. 4.3% of patients allocated to NAC developed obstructive symptoms requiring expedited surgery. There were fewer serious postoperative complications with NAC than with control. NAC produced more downstaging and histologic tumor regression (all $P < .001$). Resection was more pathologically complete: 94% (648/686) versus 89% (311/351), $P < .001$. Fewer NAC patients had residual or recurrent disease within 2 years (16.9% [118/699] v 21.5% [76/351]; 0.72 [95% CI, 0.54 to 0.98]; $P = .037$). Tumor regression correlated strongly with recurrence. Panitumumab did not enhance the benefit from NAC. Little benefit from NAC was seen in mismatch repair–deficient tumors.

CONCLUSION Six weeks of preoperative oxaliplatin-fluoropyrimidine chemotherapy for operable colon cancer can be delivered safely, without increasing perioperative morbidity. This chemotherapy regimen preoperatively, produces marked histopathologic down-staging, fewer incomplete resections, and better disease control. Histologic regression after NAC is a strong predictor of lower postoperative recurrence. NAC has potential use as a guide for postoperative therapy. Six weeks of NAC should be considered a standard option for locally advanced colon cancer.

J Clin Oncol 41:1541-1552. © 2023 by American Society of Clinical Oncology

Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 License 



LBA7

Neoadjuvant immune checkpoint inhibition in locally advanced MMR-deficient colon cancer: The NICHE-2 study

M. Chalabi¹, Y.L. Verschoor², J. van den Berg³, K. Sikorska⁴, G. Beets⁵, A.V. Lent⁶, M.C. Grootsholten², A. Aalbers⁵, N. Buller², H. Marsman⁷, E. Hendriks⁸, P.W.A. Burger⁹, T. Aukema¹⁰, S. Oosterling¹¹, R. Beets-Tan¹², T.N. Schumacher¹³, M. van Leerdam², E.E. Voest¹³, J.B.A.G. Haanen¹⁴

¹ Gastrointestinal Oncology, Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, Netherlands, ² Gastrointestinal Oncology, NKI-AVL - Netherlands Cancer Institute/Antoni van Leeuwenhoek Hospital, Amsterdam, Netherlands, ³ Pathology, NKI-AVL - Netherlands Cancer Institute/Antoni van Leeuwenhoek Hospital, Amsterdam, Netherlands, ⁴ Biostatistics, Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, Netherlands, ⁵ Surgical Oncology, NKI-AVL - Netherlands Cancer Institute/Antoni van Leeuwenhoek Hospital, Amsterdam, Netherlands, ⁶ Gastroenterology and Hepatology, OLVG Hospital, Amsterdam, Netherlands, ⁷ Surgery, OLVG Hospital, Amsterdam, Netherlands, ⁸ Surgery, Tergooizekenhuizen, Blaricum, Netherlands, ⁹ Surgery, Catharina Hospital Eindhoven, Eindhoven, Netherlands, ¹⁰ Surgery, Hagaziekenhuis, Den Haag, Netherlands, ¹¹ Surgery, Spaarne Hospital Hoofddorp, Hoofddorp, Netherlands, ¹² Radiology, Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, Netherlands, ¹³ Molecular Oncology and Immunology, NKI-AVL - Netherlands Cancer Institute/Antoni van Leeuwenhoek Hospital, Amsterdam, Netherlands, ¹⁴ Medical Oncology, Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, Netherlands

Background

Neoadjuvant immunotherapy has shown promising responses in several cancer types. For colon cancer (CC), NICHE was the first neoadjuvant immunotherapy study to show pathologic responses in 100% of dMMR tumors. Importantly, disease-free survival (DFS) in patients (pts) with stage III dMMR CC is similar to that of pMMR pts, with 3-year recurrence risks of over 40% in high-risk (T4 and/or N2) stage III tumors despite adjuvant chemotherapy. Improving outcome for this patient population is urgently needed.

Methods

In the NICHE-2 study, pts with non-metastatic dMMR CC were treated with one dose of ipilimumab (1mg/kg) and two doses of nivolumab (3mg/kg) and underwent surgery ≤6 weeks of registration. The co-primary endpoints were safety (ITT) and 3-year DFS (PP). Secondary endpoints included major pathologic response (MPR) and complete response (pCR) rates. Pathologic response was defined as ≤50% residual viable tumor (RVT), and MPR as ≤10% RVT. Here we present safety and pathologic response data.

Results

A total of 112 pts were treated. Grade 3-4 immune-related adverse events were observed in 3 (3%) patients and only 3 pts experienced delay in surgery, meeting the safety primary endpoint. In the PP population ($n=107$), baseline radiologic assessment revealed 89% stage III, 77% high-risk stage III (Table), and 64% T4 tumors. With a median time from first dose to surgery of 5 weeks, pathologic response was observed in 106/107 (99%) pts, consisting of 102/107 (95%) MPR and 4 (4%) pCR. pCR was observed in 72/107 (67%) pts. At a median follow-up of 13 months (range 1-57), none of the pts had disease recurrence. Table: 000LBA7

	Pathologic response	
	MPR	pCR
Clinical stage	I/II ($n = 12$) 11 (92%)	9 (75%)
Low risk IIIa/b ($n = 13$)	13 (100%)	10 (77%)
High risk IIIa/b ($n = 17$)	16 (94%)	10 (59%)
High risk IIIc ($n = 65$)	62 (95%)	43 (66%)
Total ($n = 107$)	102 (95%)	72 (67%)

Conclusions

In NICHE-2 we confirm the previously reported pathologic responses to short-term neoadjuvant nivolumab plus ipilimumab in a large cohort of dMMR CC pts, with an MPR rate of 95%, including 67% pCR. The first survival data suggest a strong potential for neoadjuvant immunotherapy to become standard of care and allow further exploration of organ-sparing approaches.

Chicago – Bei Patienten im Stadium 2 eines Kolonkarzinoms kann auf eine Operation verzichtet werden, wenn nach der Operation keine zirkulierende Tumor-DNA nachweisbar ist.

Dies kam in einer Phase-2-Studie heraus, deren Ergebnisse auf der Jahrestagung der American Society of Clinical Oncology (ASCO) vorgestellt und im New England Journal of Medicine (NEJM) (Moa2200075) publiziert wurden.

Anzeige

Im Gegensatz zum Stadium 3, wo eine adjuvante Chemotherapie das Stadium 2 deutlich senkt, ist der Nutzen im Stadium 2 umstritten. Patienten im Stadium 2 können heute etwa 80 % der Patienten geheilt werden, und es ist derzeit noch unklar, ob eine weitere Therapie benötigt.

Originalarbeit

Steigende Inzidenz des früh auftretenden Kolorektalkarzinoms

Luana Fiengo Tanaka, Sieglinde Hechenbichler Figueroa, Vera Popova, Stefanie J. Klug, Nina Buttmann-Schweiger

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Inzidenz von früh auftretenden Kolorektalkarzinomen mit Diagnose vor dem 50. Lebensjahr (EO-CRC) nimmt in einigen Ländern mit hohem Einkommen zu. In der vorliegenden Studie wurde diese Entwicklung in Deutschland analysiert.

Methode: Die epidemiologischen Landeskrebsregisterdaten zur Inzidenz von Kolorektalkarzinomen (ICD-10 C18–C20) stammen vom Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD). Eingeschlossen wurden die Regionen mit ausreichender Erfassung im Zeitraum von 1999–2018 laut ZfKD-Kriterien. Fälle, die nur über Todesbescheinigungen

Nach Einführung von Screeningmaßnahmen für Personen ab einem Alter von 50 Jahren. FARKOR war ein vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördertes Projekt, das die Machbarkeit, Wirksamkeit und Sicherheit einer risikoadaptierten KRK-Früherkennung bei Menschen im Alter zwischen 25 und 50 Jahren ohne spezifische Vorerkrankungen erprobte.

Nach Einführung von Screeningmaßnahmen für Personen ab einem Alter von 50 Jahren. Ähnliche Trends werden häufiger und früher als Menschen ohne. Dennoch empfiehlt die Krebsfrüherkennungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unterschiedslos Screening-Maßnahmen für Personen ab einem Alter von 50 Jahren. FARKOR war ein vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördertes Projekt, das die Machbarkeit, Wirksamkeit und Sicherheit einer risikoadaptierten KRK-Früherkennung bei Menschen im Alter zwischen 25 und 50 Jahren ohne spezifische Vorerkrankungen erprobte.

Nach Einführung von Screeningmaßnahmen für Personen ab einem Alter von 50 Jahren. Ähnliche Trends werden häufiger und früher als Menschen ohne. Dennoch empfiehlt die Krebsfrüherkennungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unterschiedslos Screening-Maßnahmen für Personen ab einem Alter von 50 Jahren. FARKOR war ein vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördertes Projekt, das die Machbarkeit, Wirksamkeit und Sicherheit einer risikoadaptierten KRK-Früherkennung bei Menschen im Alter zwischen 25 und 50 Jahren ohne spezifische Vorerkrankungen erprobte.

Nach Einführung von Screeningmaßnahmen für Personen ab einem Alter von 50 Jahren. Ähnliche Trends werden häufiger und früher als Menschen ohne. Dennoch empfiehlt die Krebsfrüherkennungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unterschiedslos Screening-Maßnahmen für Personen ab einem Alter von 50 Jahren. FARKOR war ein vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördertes Projekt, das die Machbarkeit, Wirksamkeit und Sicherheit einer risikoadaptierten KRK-Früherkennung bei Menschen im Alter zwischen 25 und 50 Jahren ohne spezifische Vorerkrankungen erprobte.

Originalarbeit

Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom

Evaluation des Programms FARKOR zur Sekundärprävention kolorektaler Karzinome bei 25- bis 50-Jährigen

Alexander Crispin, Raphael Rehms, Sabine Hoffmann, Doris Lindoerfer, Lára R. Hallsson, Beate Jahn, Nikolai Mühlberger, Gaby Sroczyński, Uwe Siebert, Ulrich Mansmann

Zusammenfassung

Hintergrund: Personen mit positiver Familienanamnese kolorektaler Karzinome (KRK) erkranken häufiger und früher als Menschen ohne. Dennoch empfiehlt die Krebsfrüherkennungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unterschiedslos Screening-Maßnahmen für Personen ab einem Alter von 50 Jahren. FARKOR war ein vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördertes Projekt, das die Machbarkeit, Wirksamkeit und Sicherheit einer risikoadaptierten KRK-Früherkennung bei Menschen im Alter zwischen 25 und 50 Jahren ohne spezifische Vorerkrankungen erprobte.

Methode: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Bayern dokumentierten die Leistungen online. Der FARKOR-Prozess umfasste: eine Einwilligungserklärung, eine vereinfachte KRK-Familienanamnese, eine optionale vertiefte Familienanamnese, ein Beratungsgespräch mit partizipativer Entscheidungsfindung zum weiteren Vorgehen sowie Screening-Maßnahmen wie immunologische Stuhltests auf okkultes Blut (iFOBT), Koloskopie beziehungsweise Abwarten. Anhand von Datensatzverknüpfungen (Record Linkage) zwischen Studien- und Krankenkassendaten wurden Leistungen außerhalb des Programms erfasst.

Ergebnisse: Bei 25 847 Personen wurde eine einfache Familienanamnese dokumentiert, sie war bei 5 769 (22,3 %) positiv für KRK. An Screening-Maßnahmen beteiligten sich 2 054 (63,6 %) von 3 232 Personen mit einer vertieften Familienanamnese. Bei 1 595 Personen wurden Koloskopien durchgeführt, wobei 278 Fälle mit Koloskopien in den vorausgegangenen fünf Jahren von der Analyse ausgeschlossen wurden. Bei 232 der koloskopierten Teilnehmenden (17,6 %) wurden Adenome entdeckt, bei 78 (5,9 %) fortgeschrittene Adenome und bei 4 Personen Karzinome (0,3 %). Schwerwiegende Komplikationen traten nicht auf.

Schlussfolgerung: Die ermittelten Entdeckungsraten entsprechen denen der 55- bis 59-Jährigen im derzeitigen Früherkennungsprogramm. Trotz zahlreicher Probleme bei der Studiendurchführung (Inkonsistenzen bei der Dokumentation, externe Durchführung von Screening-Maßnahmen bei Teilnehmenden am Programm) zeigen die Ergebnisse die Machbarkeit eines risikoadaptierten Früherkennungsprogramms mit einer günstigen Nutzen-Risiko-Relation für die junge Zielpopulation mit einer familiären Vorbelastung für die Entwicklung eines KRK.

Zitierweise

Crispin A, Rehms R, Hoffmann S, Lindoerfer D, Hallsson LR, Jahn B, Mühlberger N, Sroczyński G, Siebert U, Mansmann U: Colorectal cancer screening for persons with a positive family history—evaluation of the FARKOR program for the secondary prevention of colorectal cancer in persons aged 25 to 50. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 786–92. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0220



Städtisches Klinikum
Dresden

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

Zertifiziertes
Viszeralonkologisches
Zentrum für

Darmkrebs

Pankreaskrebs

Magenkrebs

Leberkrebs



 EUROPEAN
CANCER
CENTRES | Certified
Visceral Oncology
Centre