ADT
Arbeitsgemeinschaft
Deutscher Tumorzentren

Möglichkeiten und Perspektiven registerbasierter Forschung am Beispiel des Pankreaskarzinoms

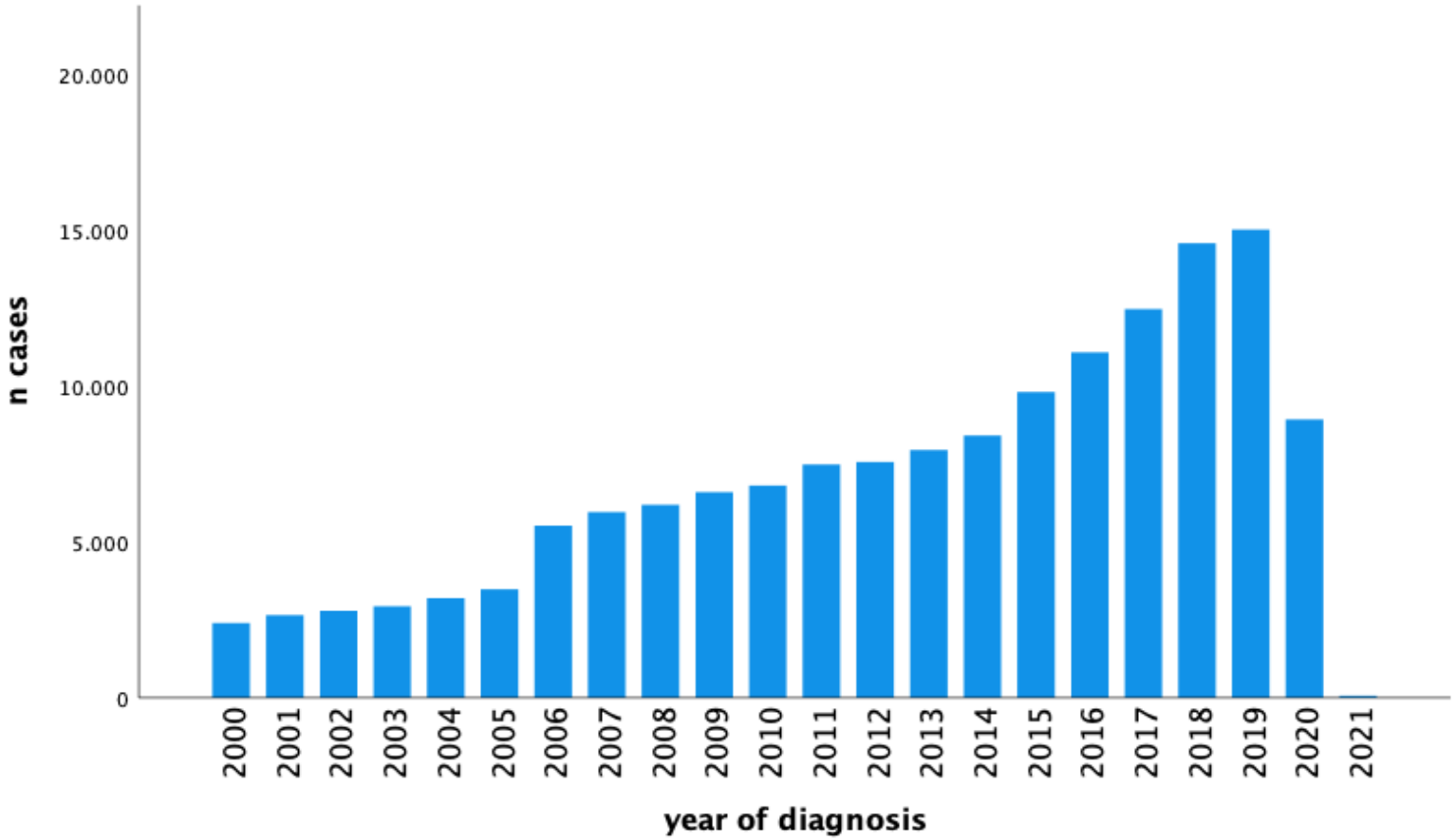
Prof. Dr. med. Ulrich Wellner
Klinik für Chirurgie, UKSH Campus Lübeck

Next generation clinical evidence – klinische Evidenz aus versorgungsnahen Daten der Krebsregister

9. Bundesweite Onkologische Qualitätskonferenz 2022

UKSH

Zeitraum und Fallzahlen: periampulläre Tumore

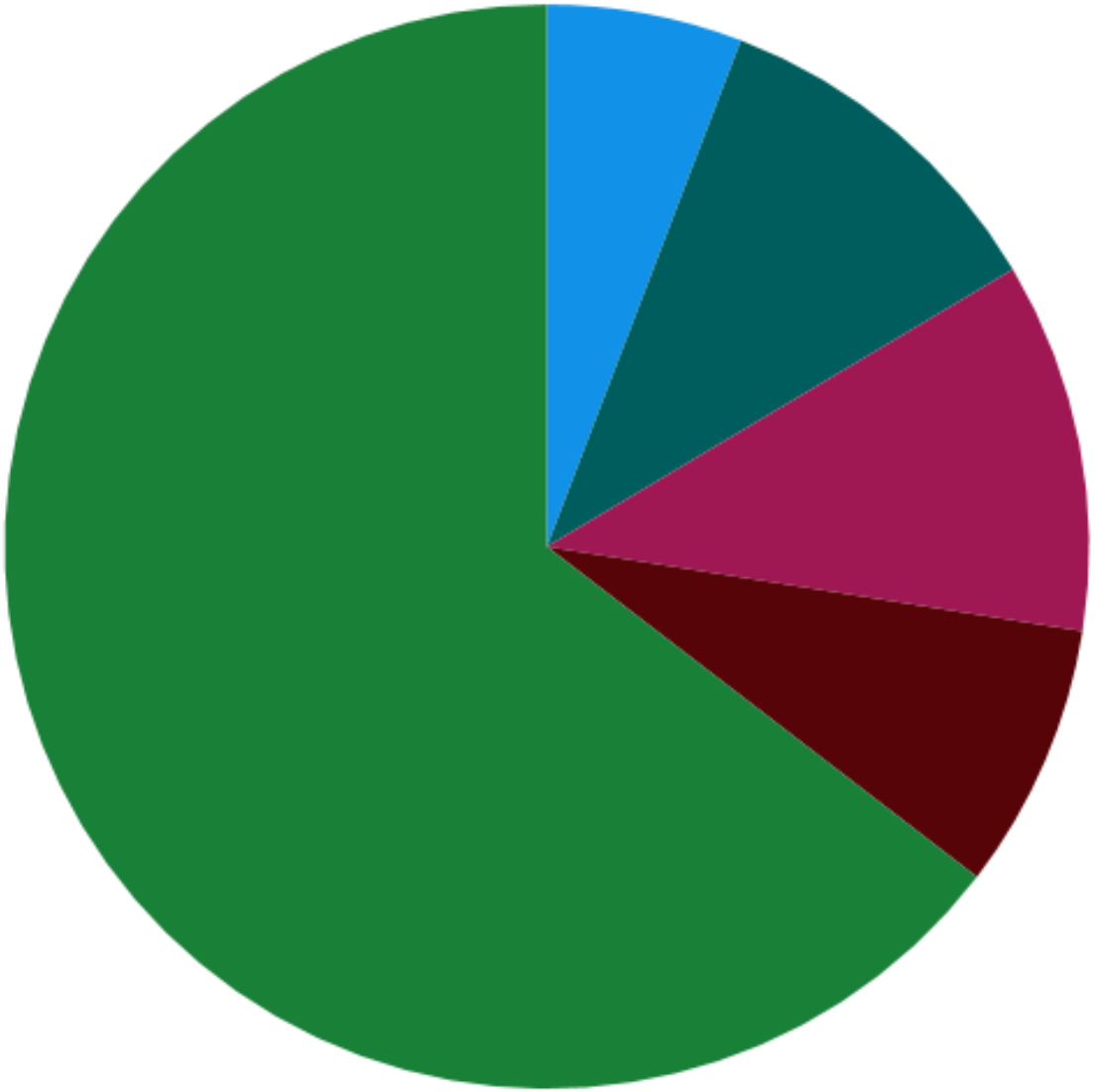


Pankreas, Gallengang, Ampulle

Zeitraum 2000-2021

Fallzahl insgesamt:
151,948 Patienten

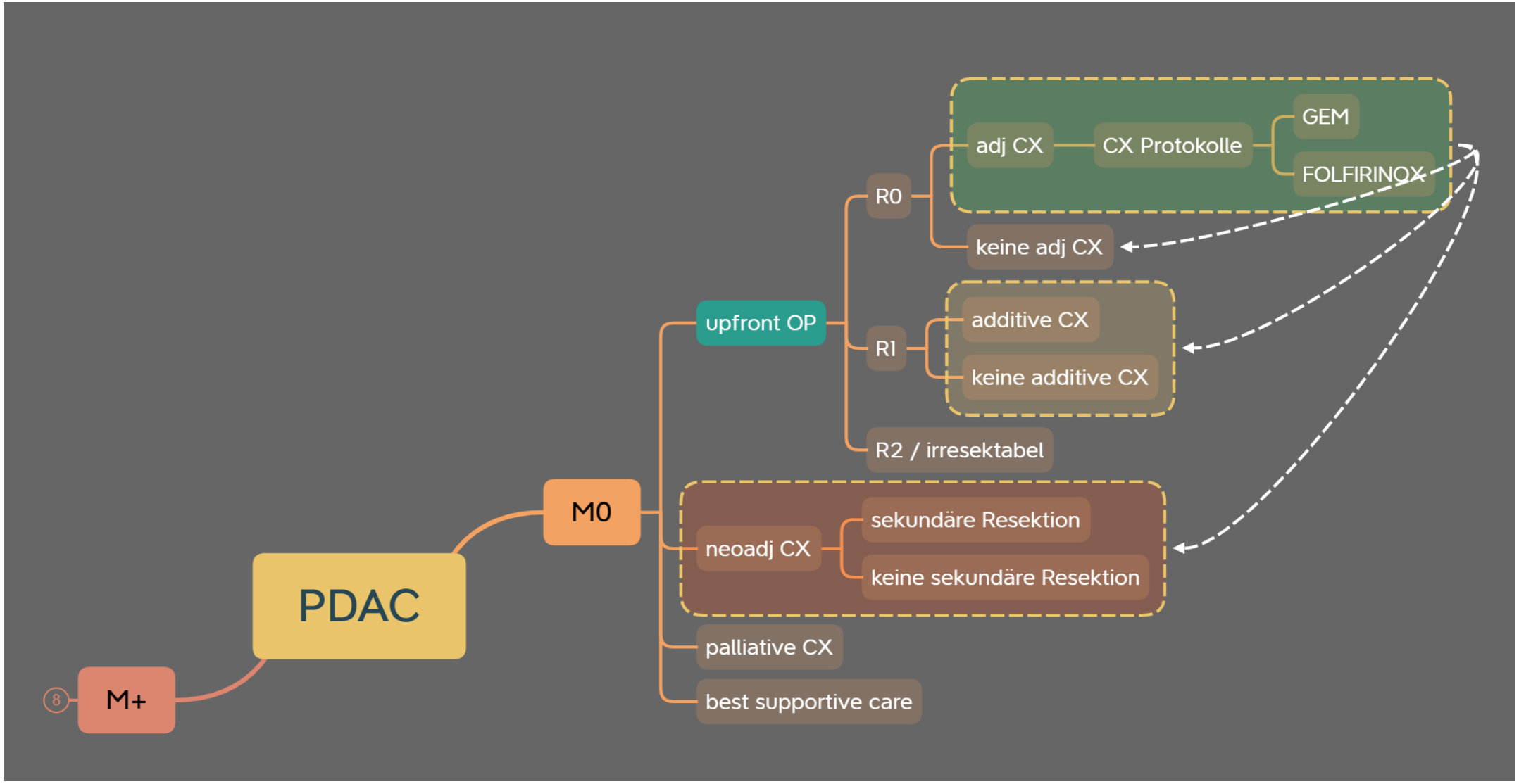
Überblick – Entitäten



Fallzahlen

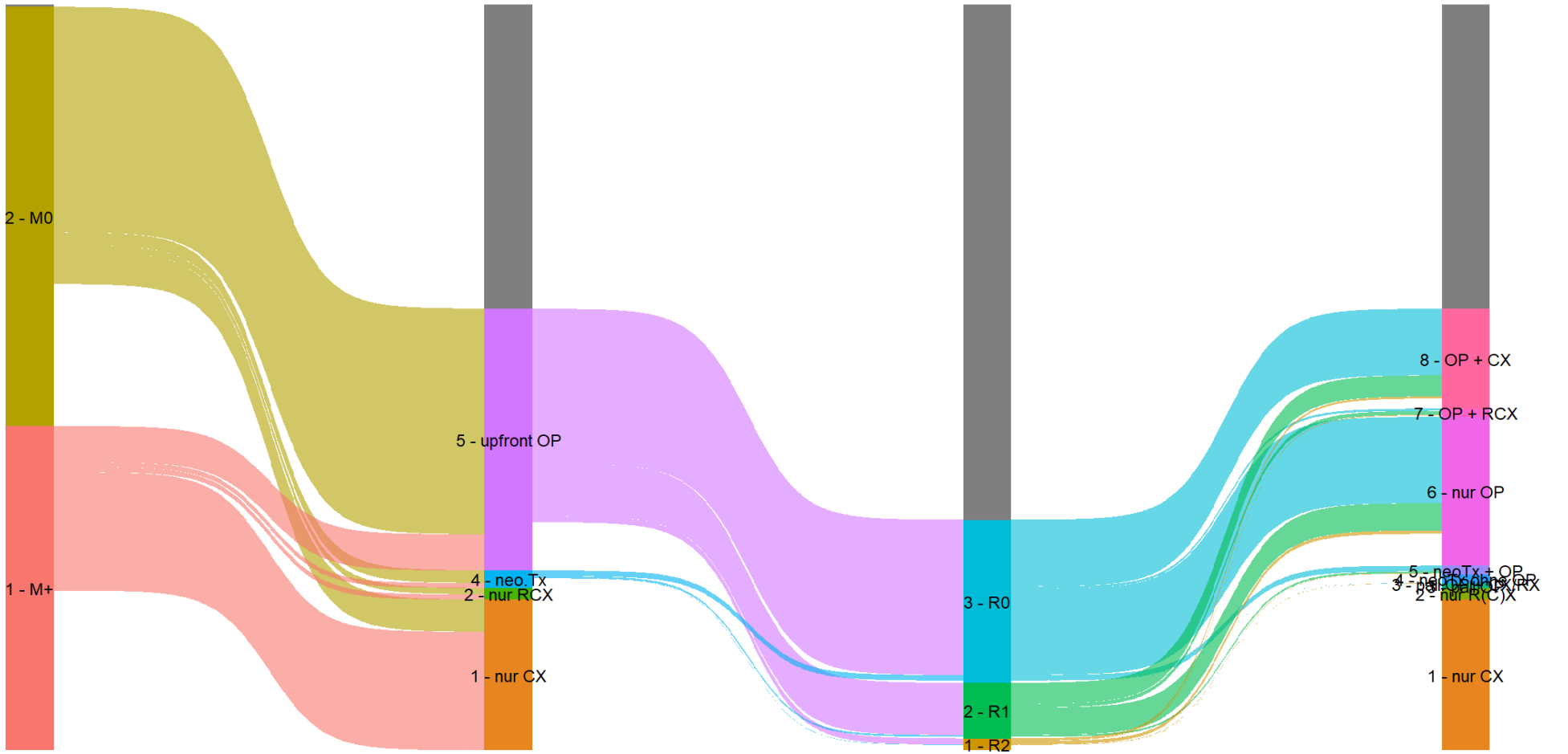
Ampulla Vateri:	7 k
Distaler Gallengang:	16 k
Gallenblase:	13 k
Intrahepatische Gallengänge:	10 k
Pankreas:	100 k
Andere seltene Entitäten:	1 k

Pankreaskarzinom : Therapieschemata

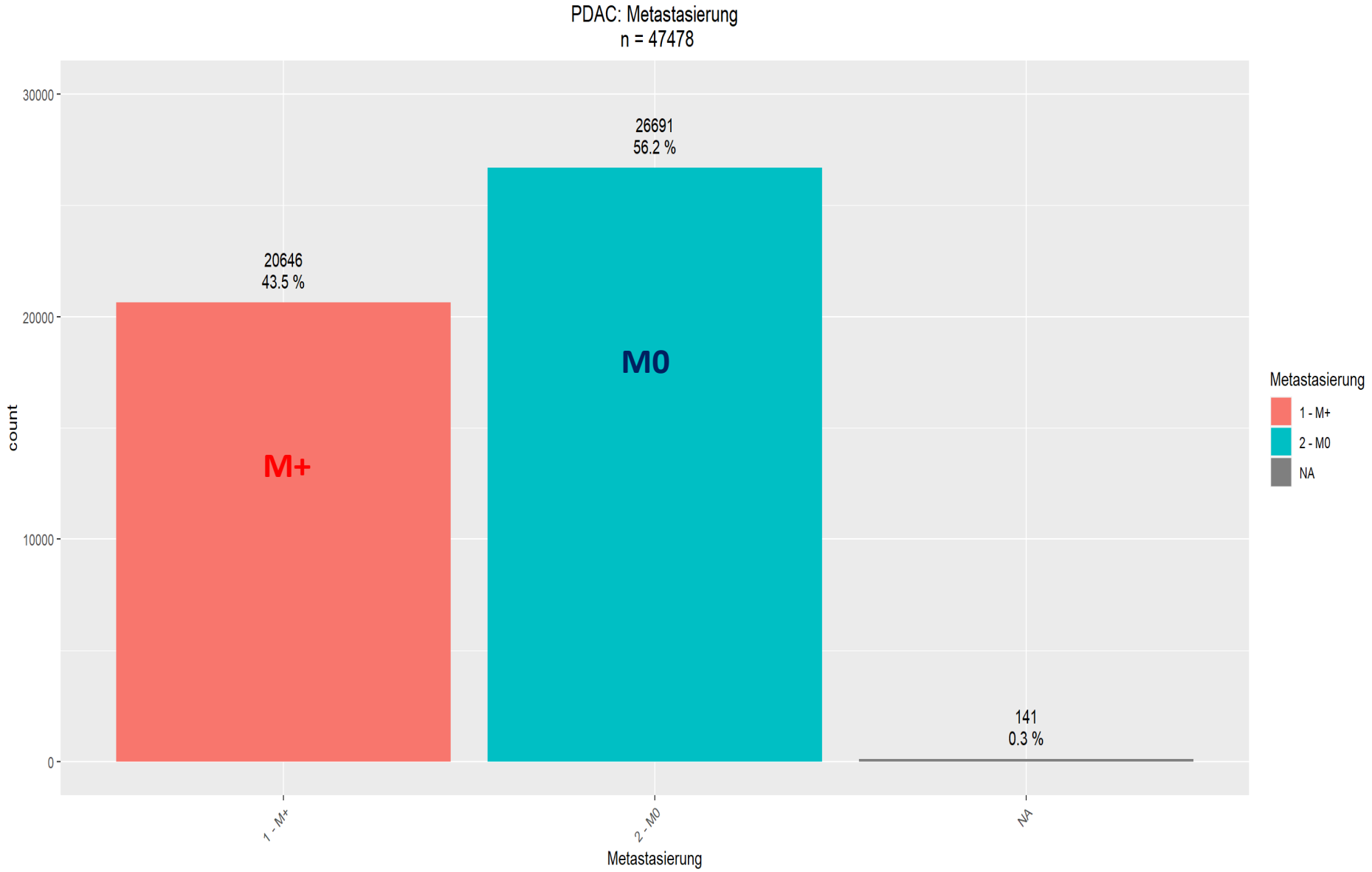


PankreasCA : Therapieschemata

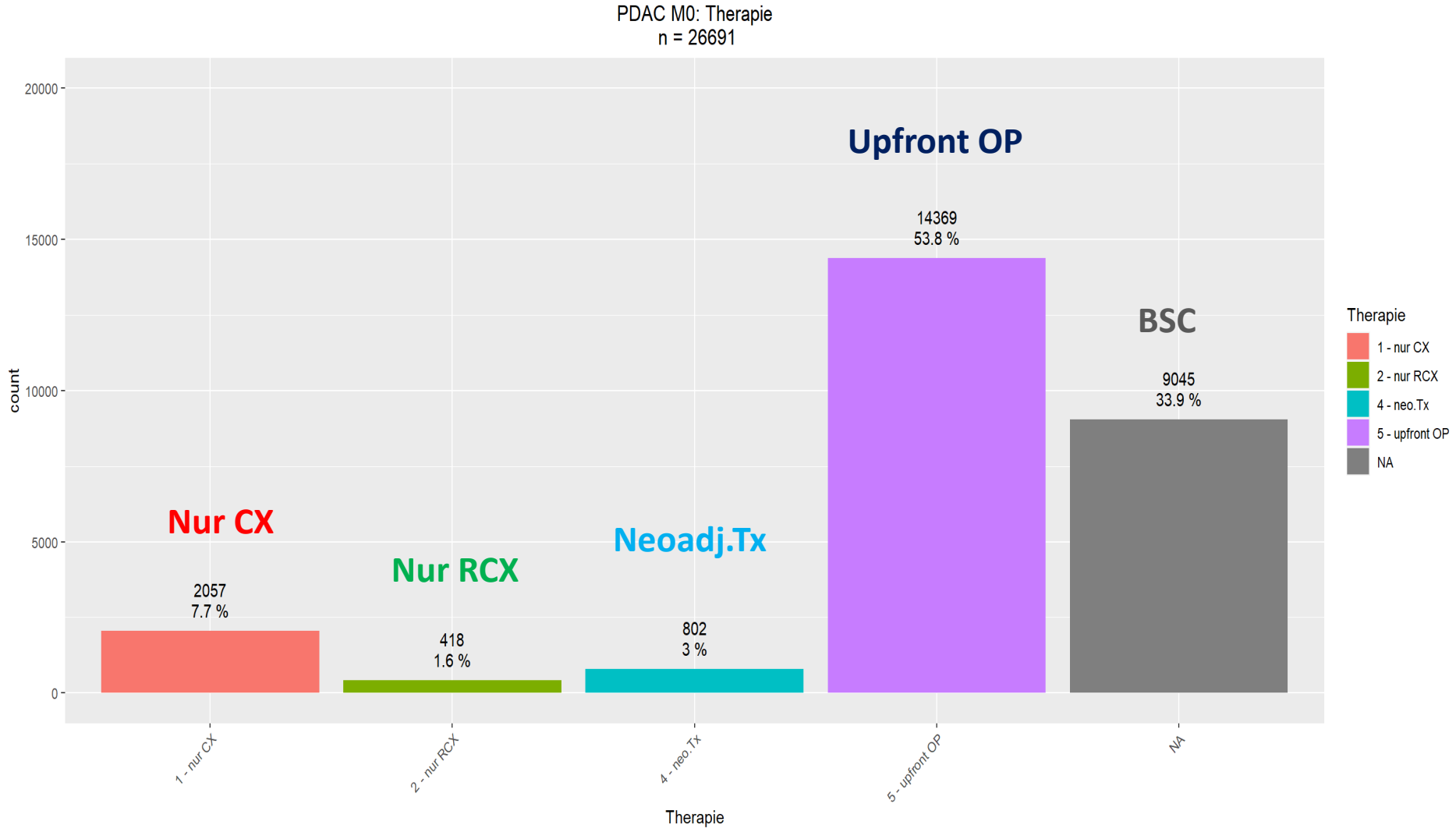
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren



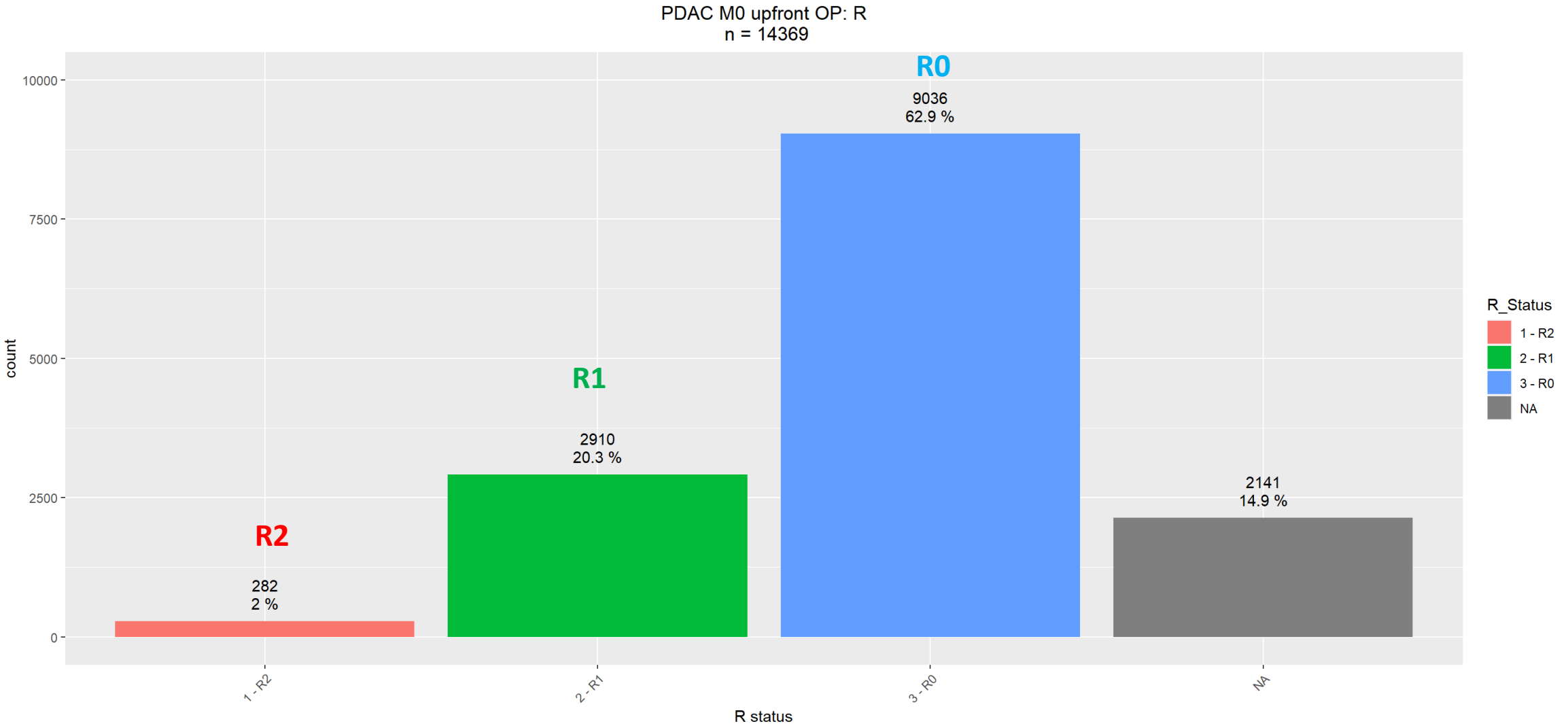
PDAC: primäre Metastasierung



PDAC M0: Therapie

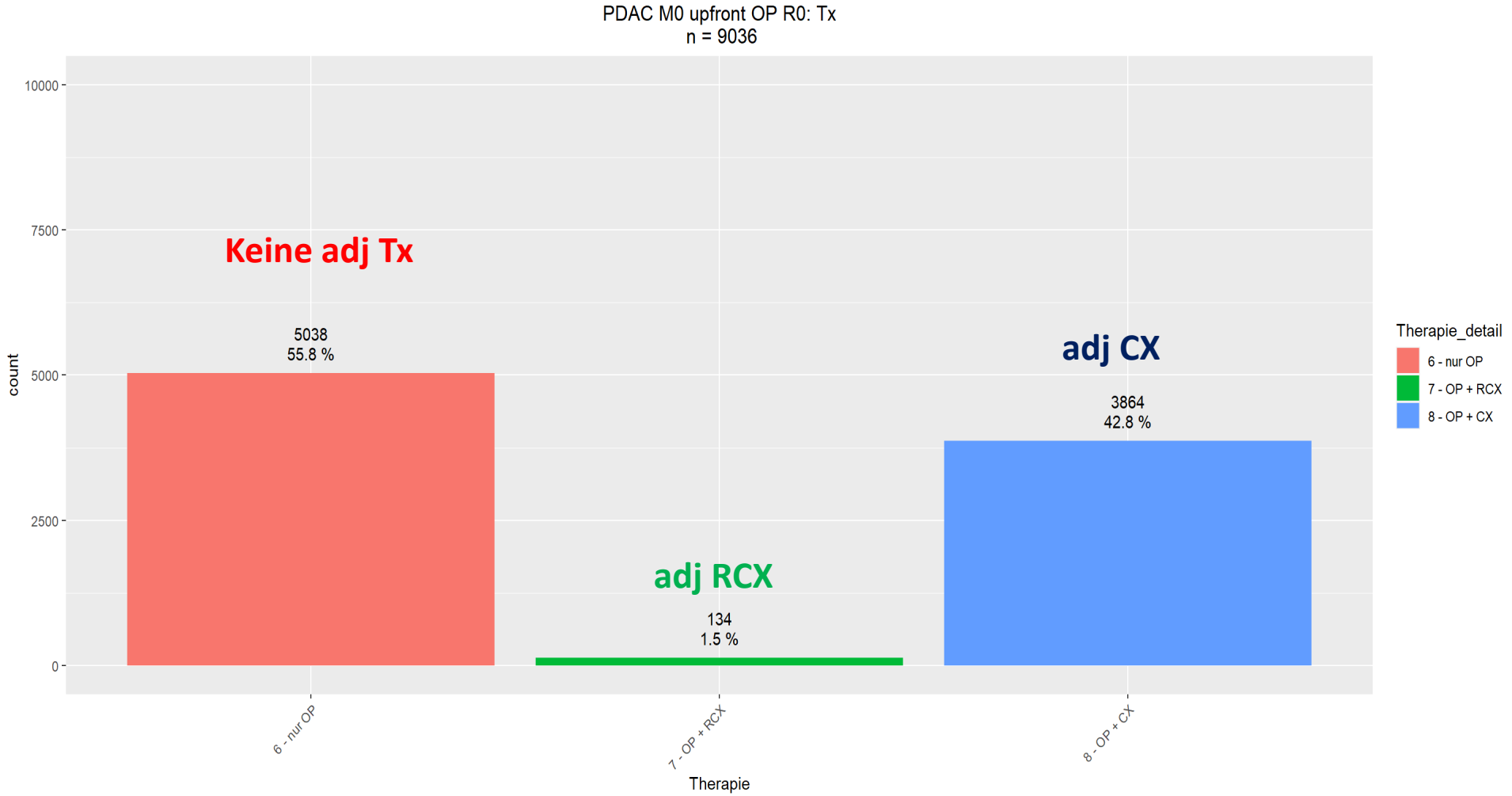


PDAC M0 upfront OP: R-Status

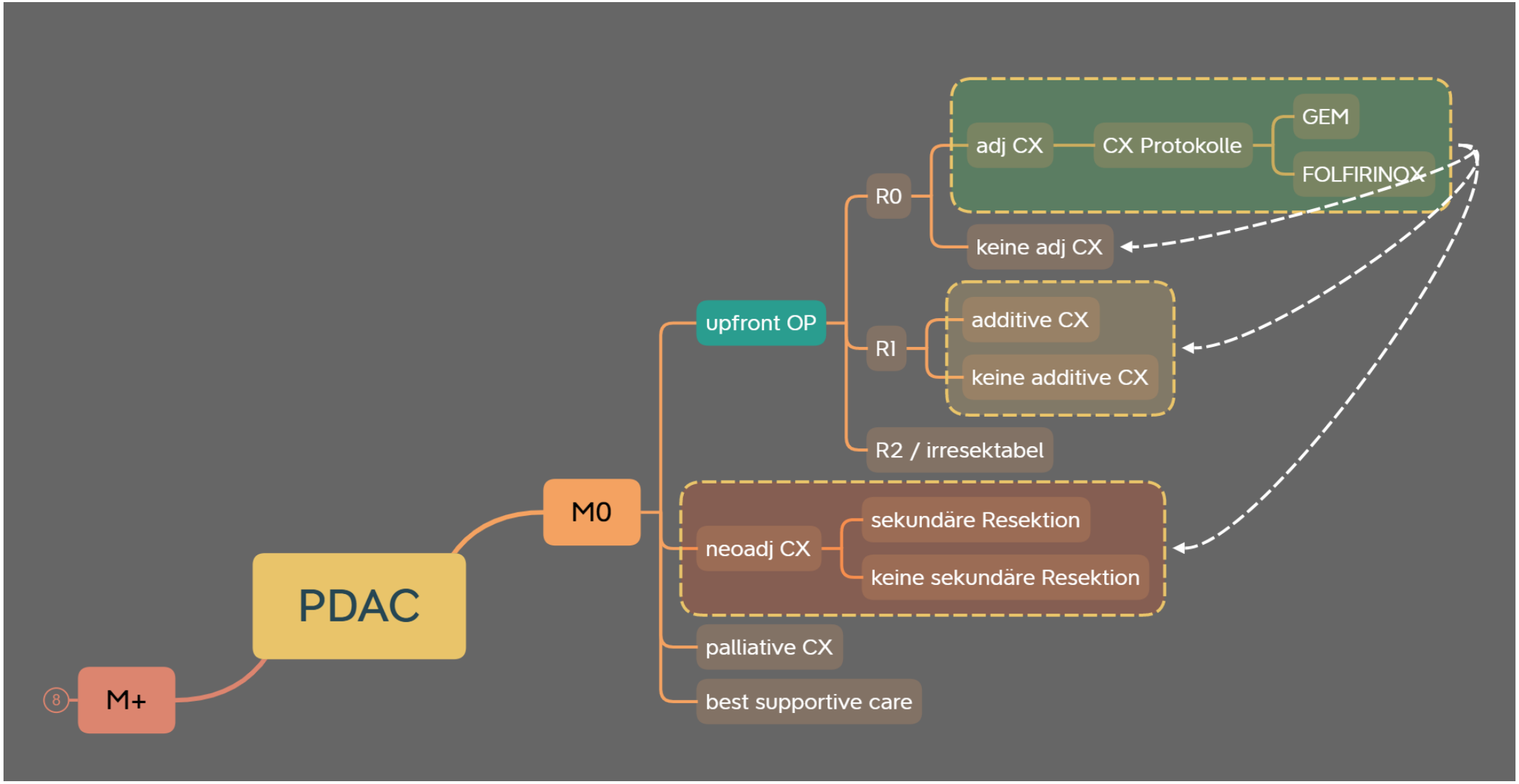


PDAC M0 upfront R0: adj. Therapie

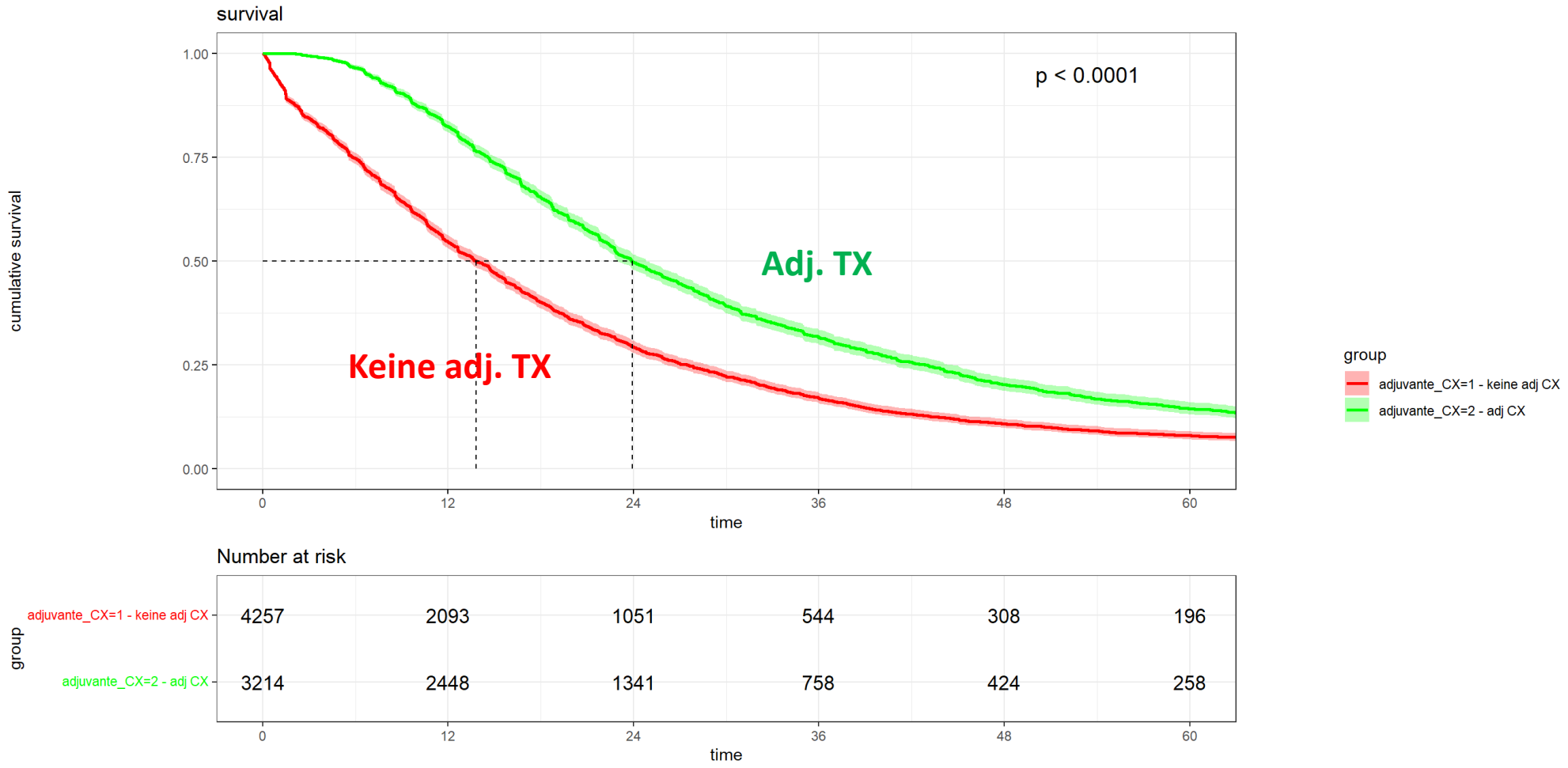
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren



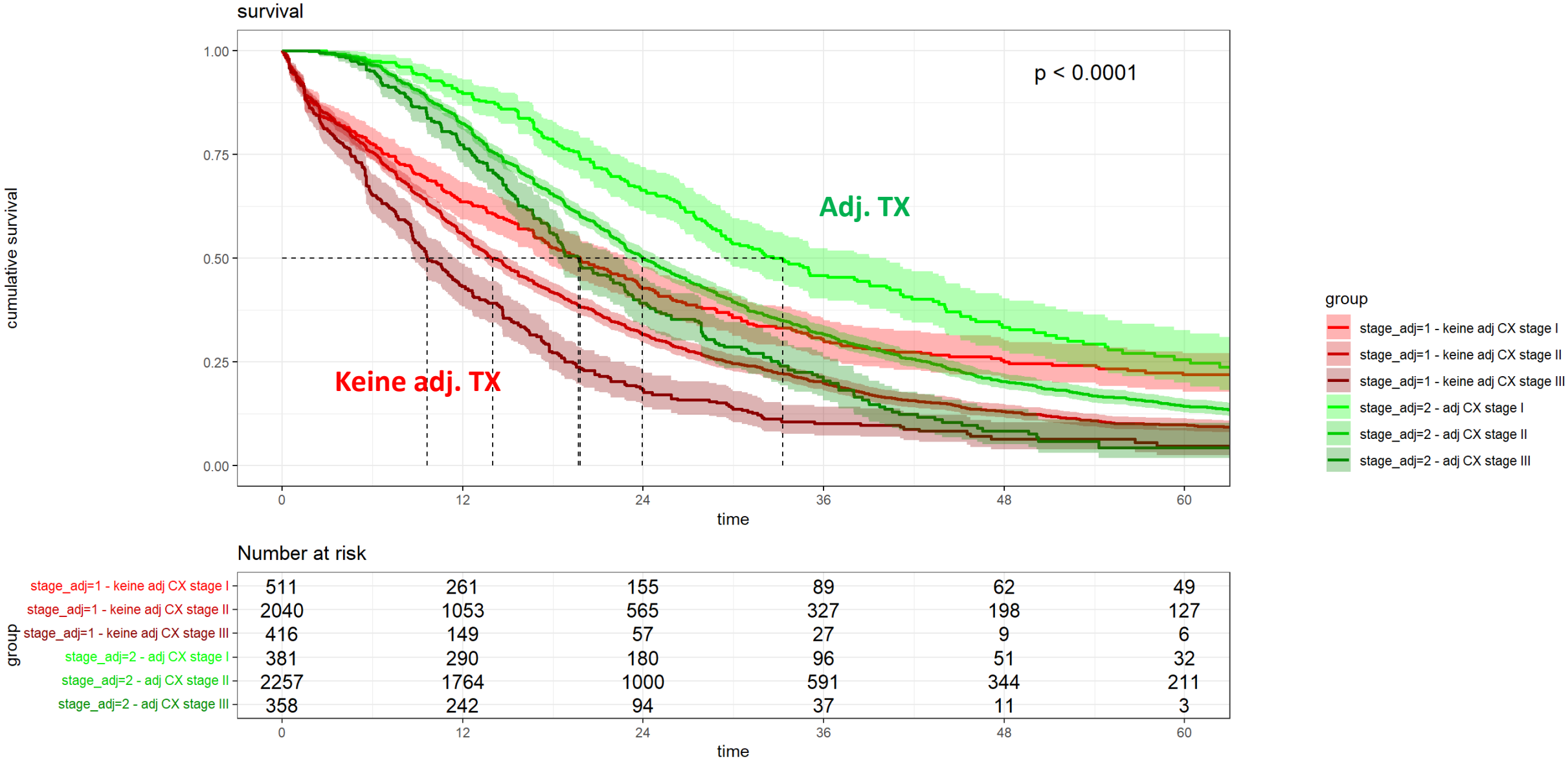
Pankreaskarzinom : Therapieschemata



PDAC M0 upfront R0: adjuvante Therapie

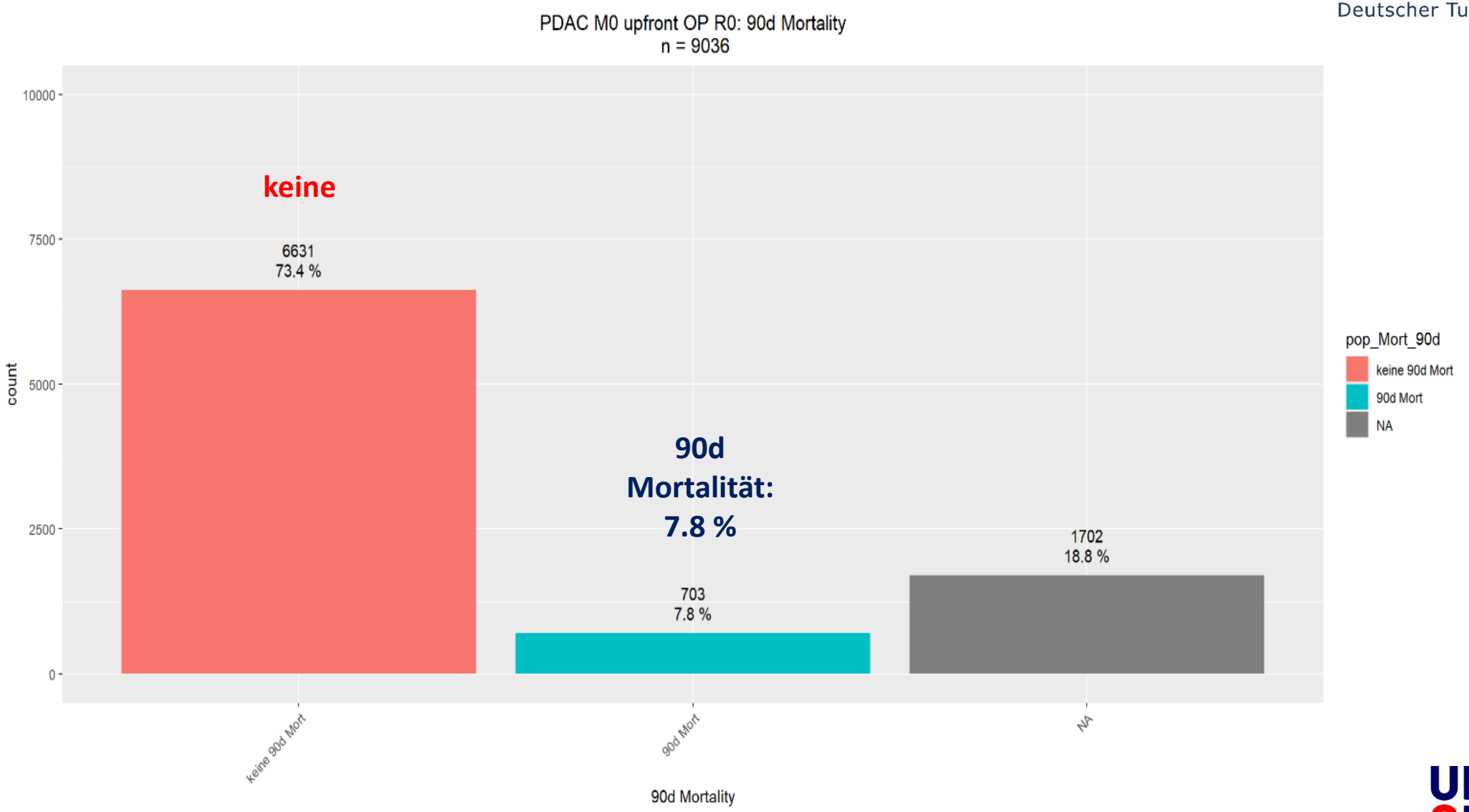


PDAC M0 upfront R0: adjuvante Therapie

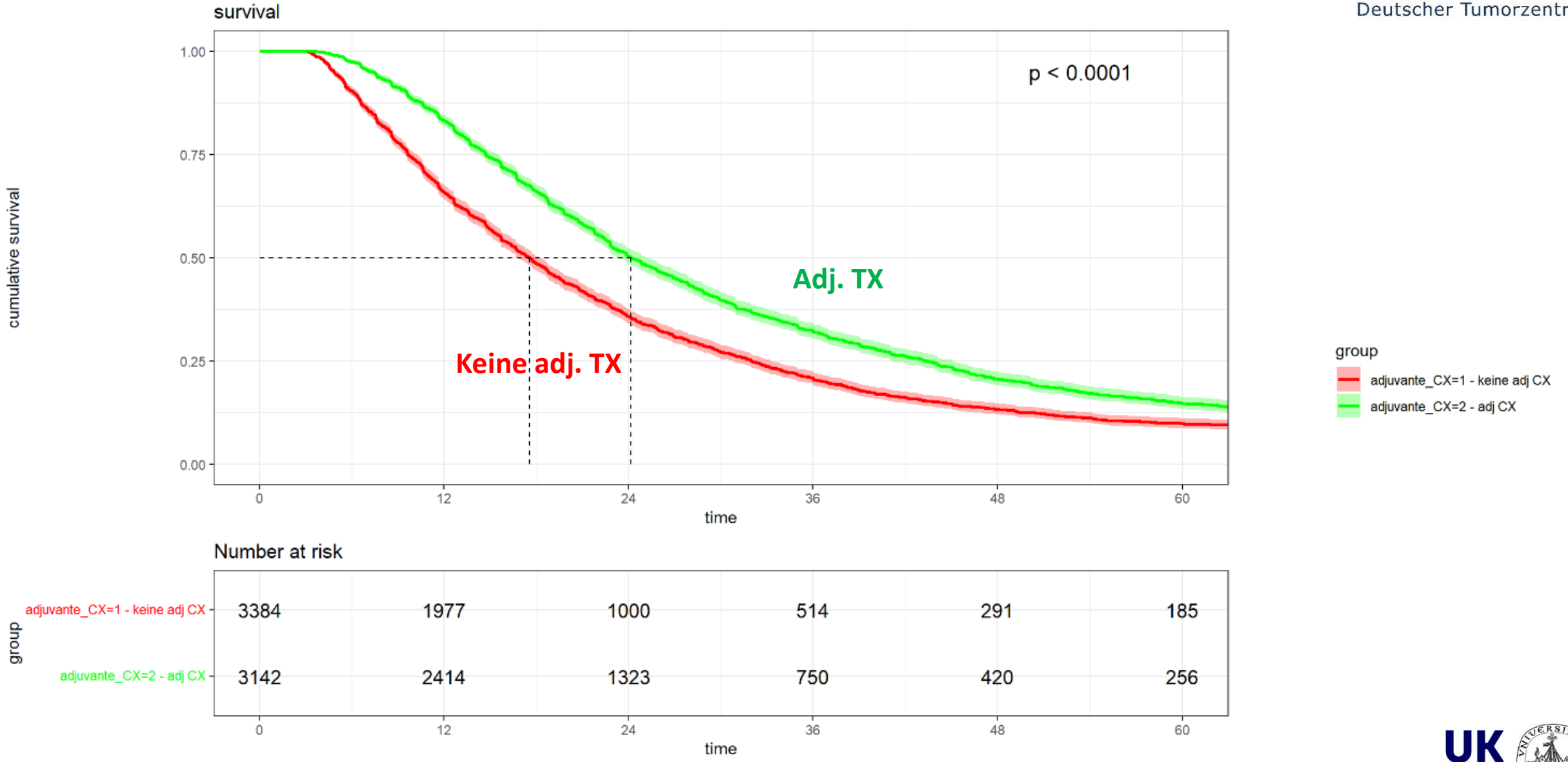


PDAC M0 upfront OP R0: 90d Mortalität

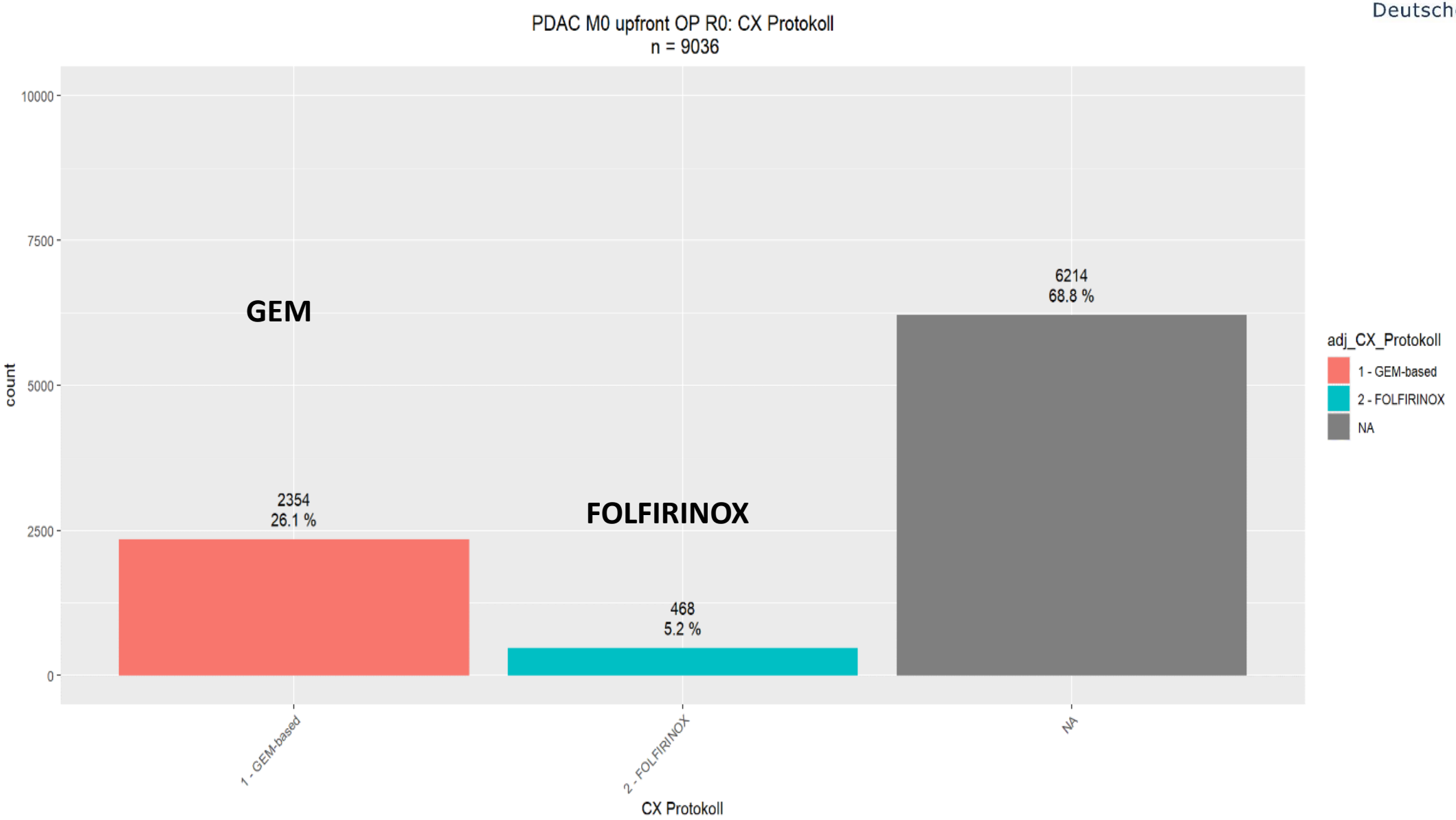
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren



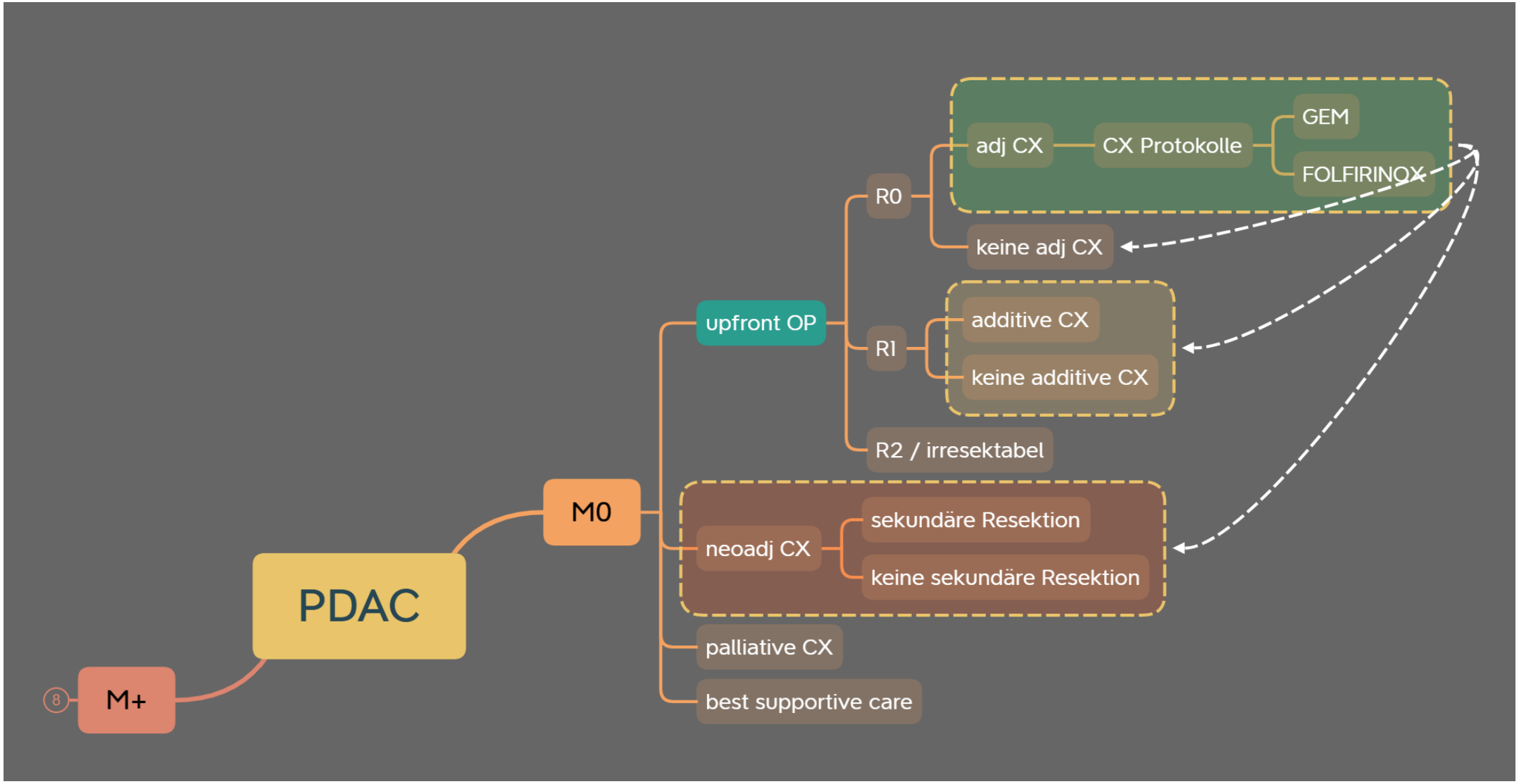
PDAC M0 upfront OP R0: Tx ohne 90d Mortalität



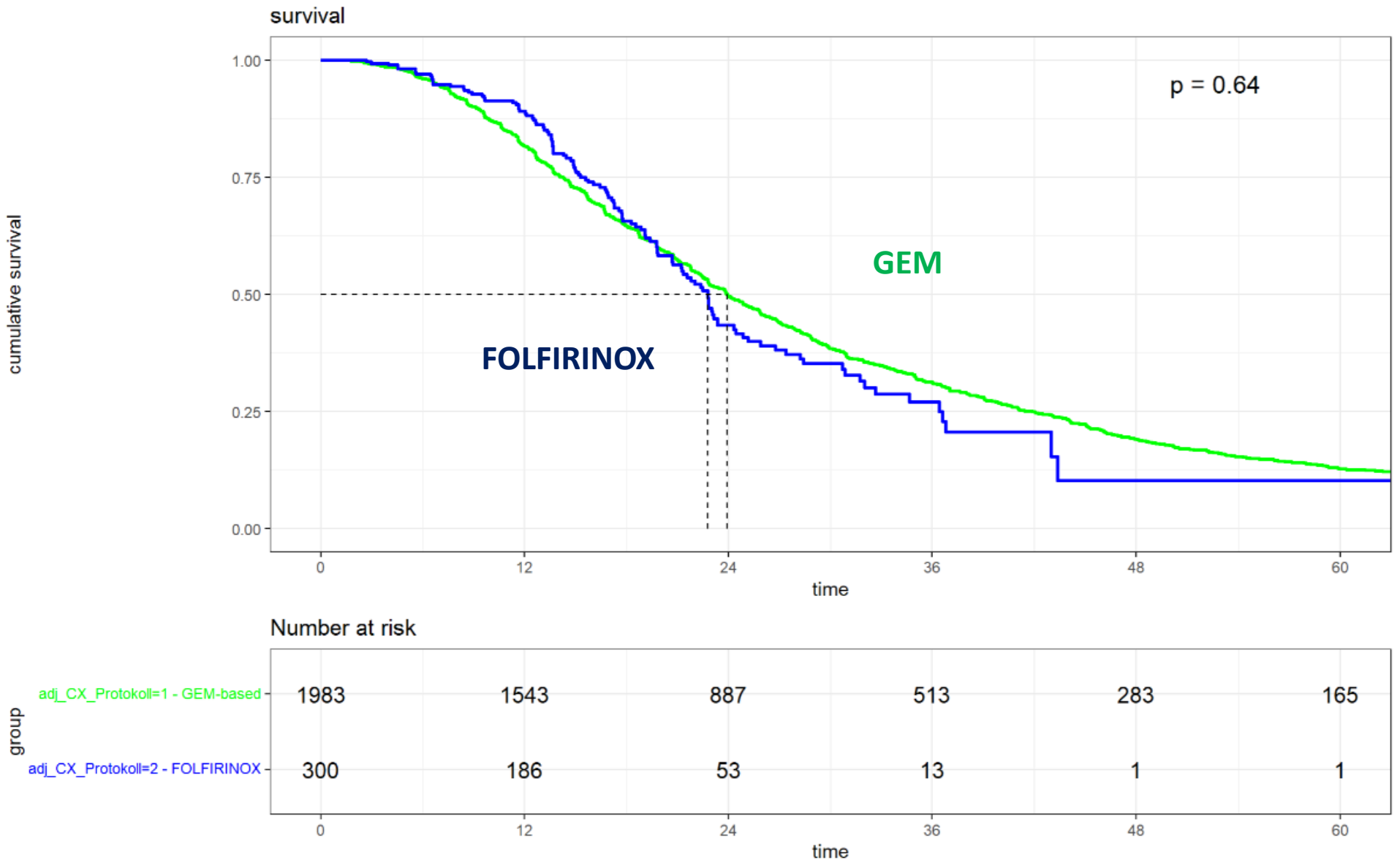
PDAC M0 upfront R0: adj. Protokolle



Pankreaskarzinom : Therapieschemata

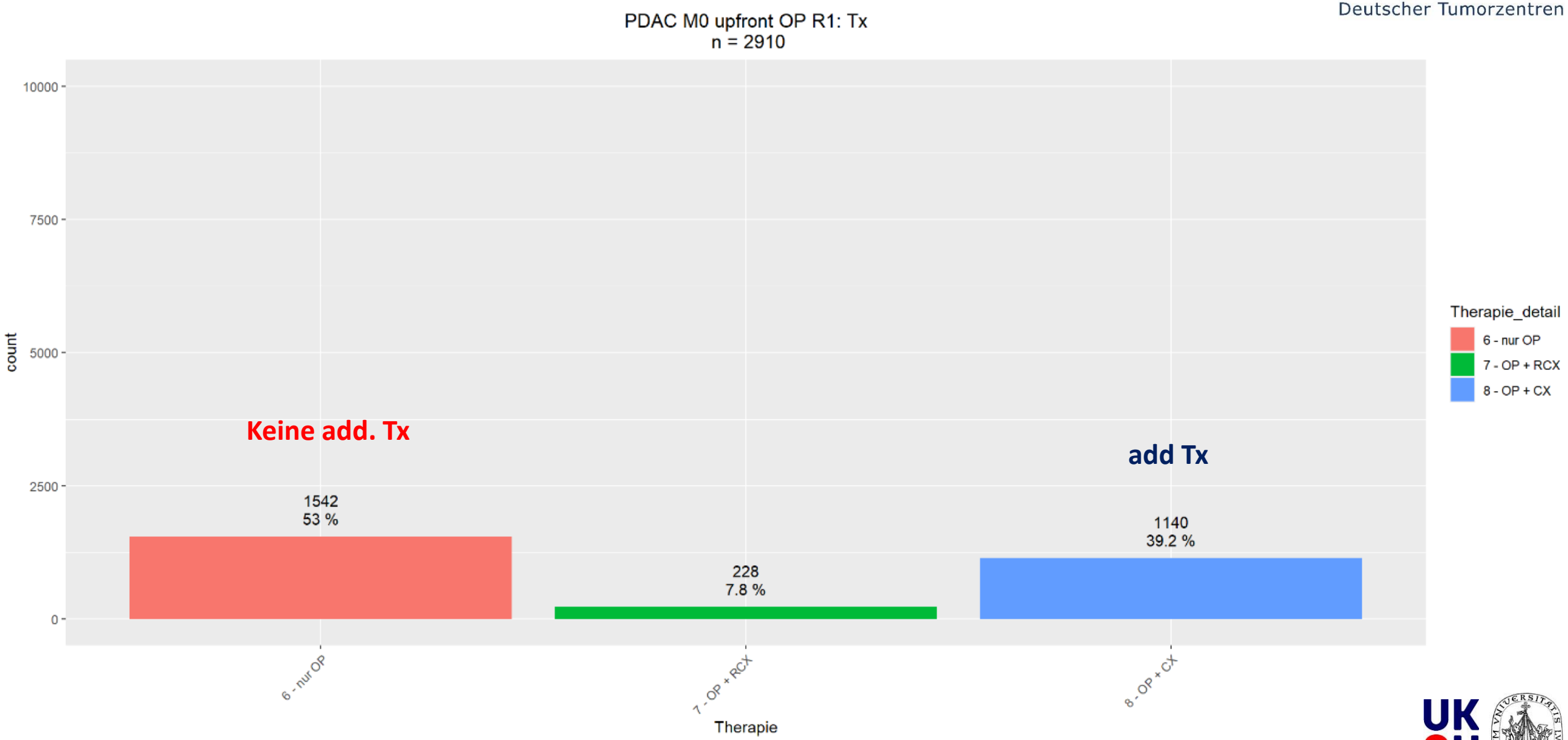


PDAC M0 upfront R0: adj. Therapie

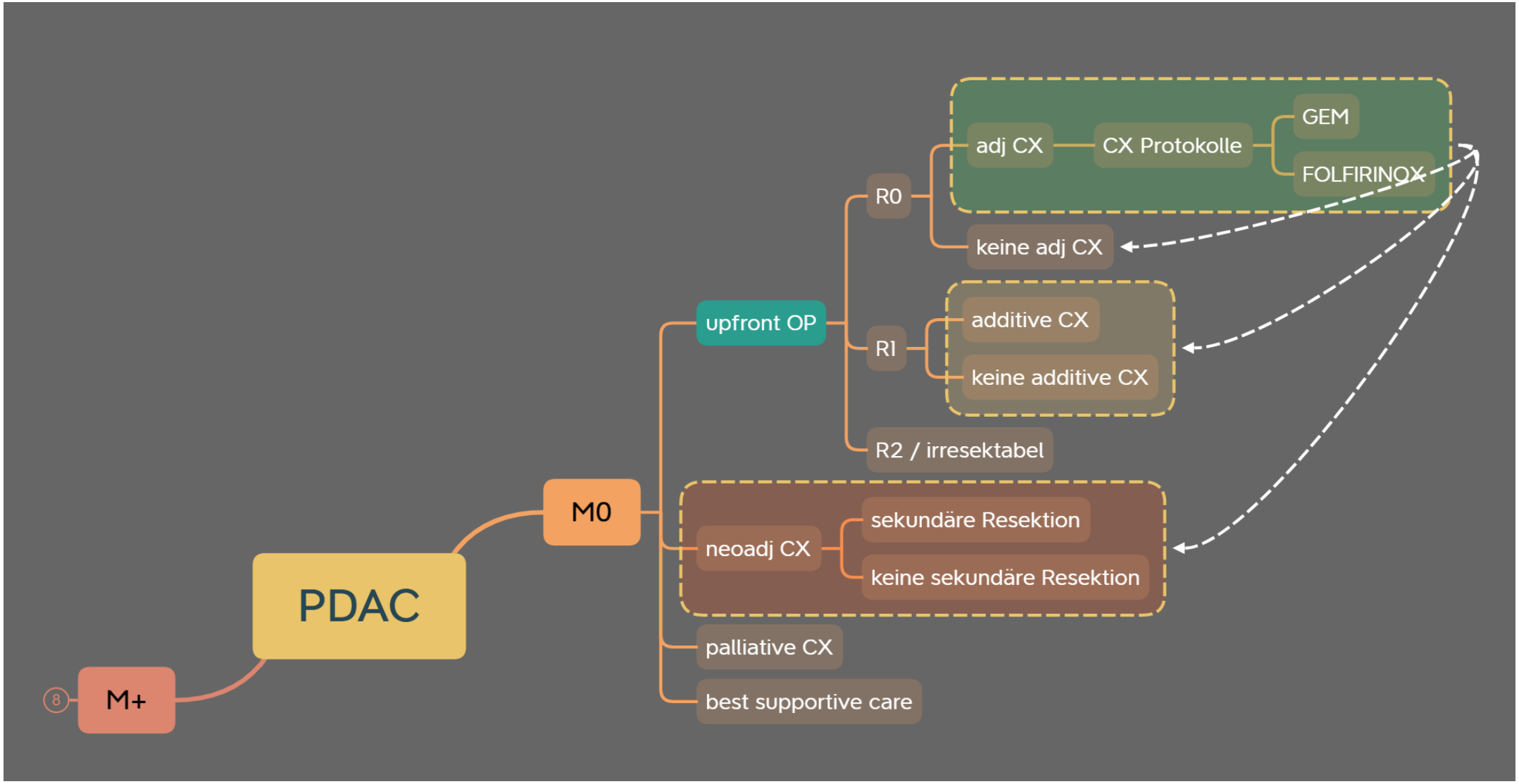


group
adj_CX_Protokoll=1 - GEM-based
adj_CX_Protokoll=2 - FOLFIRINOX

PDAC M0 upfront R1: additive Therapie

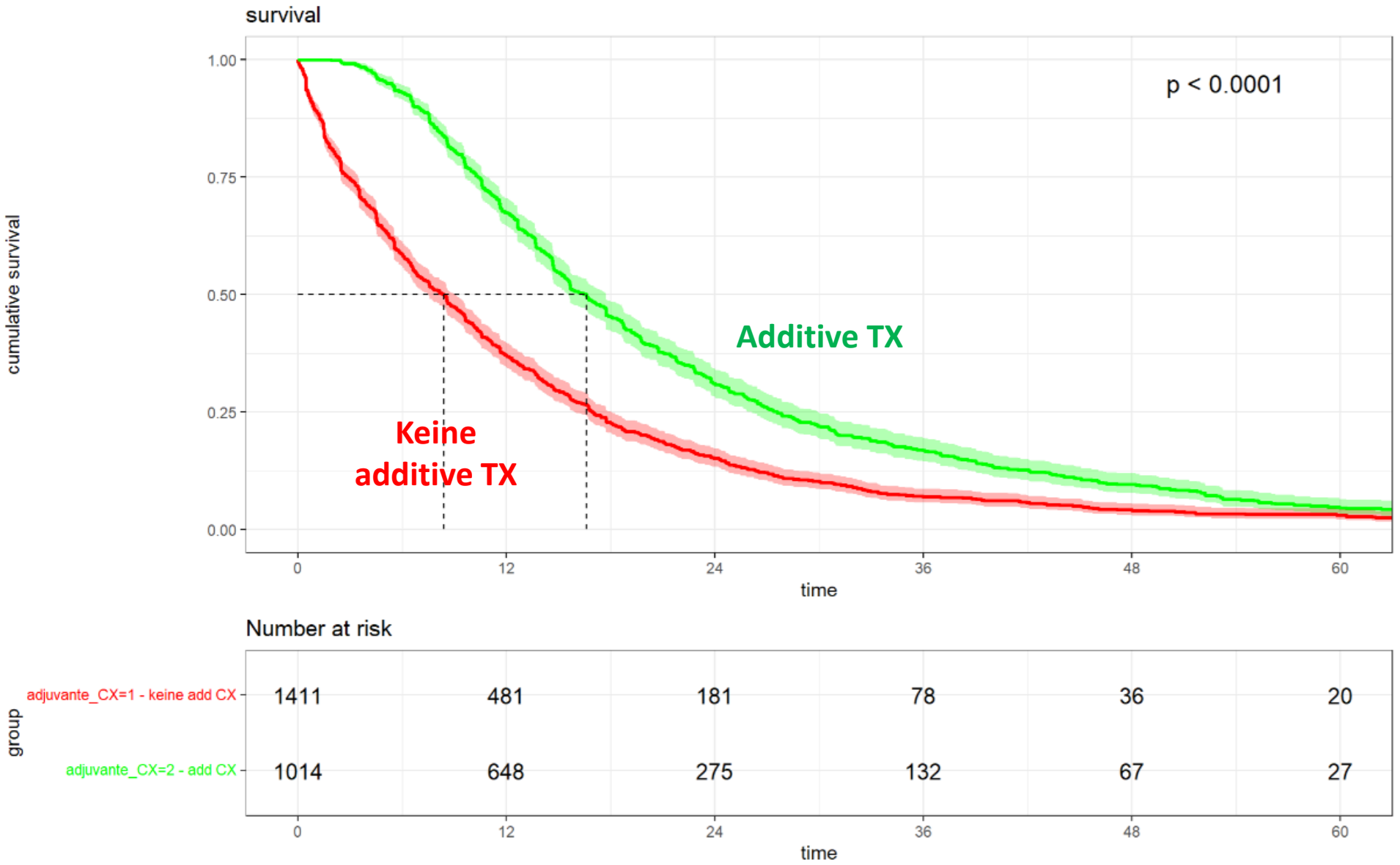


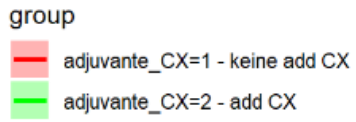
Pankreaskarzinom : Therapieschemata



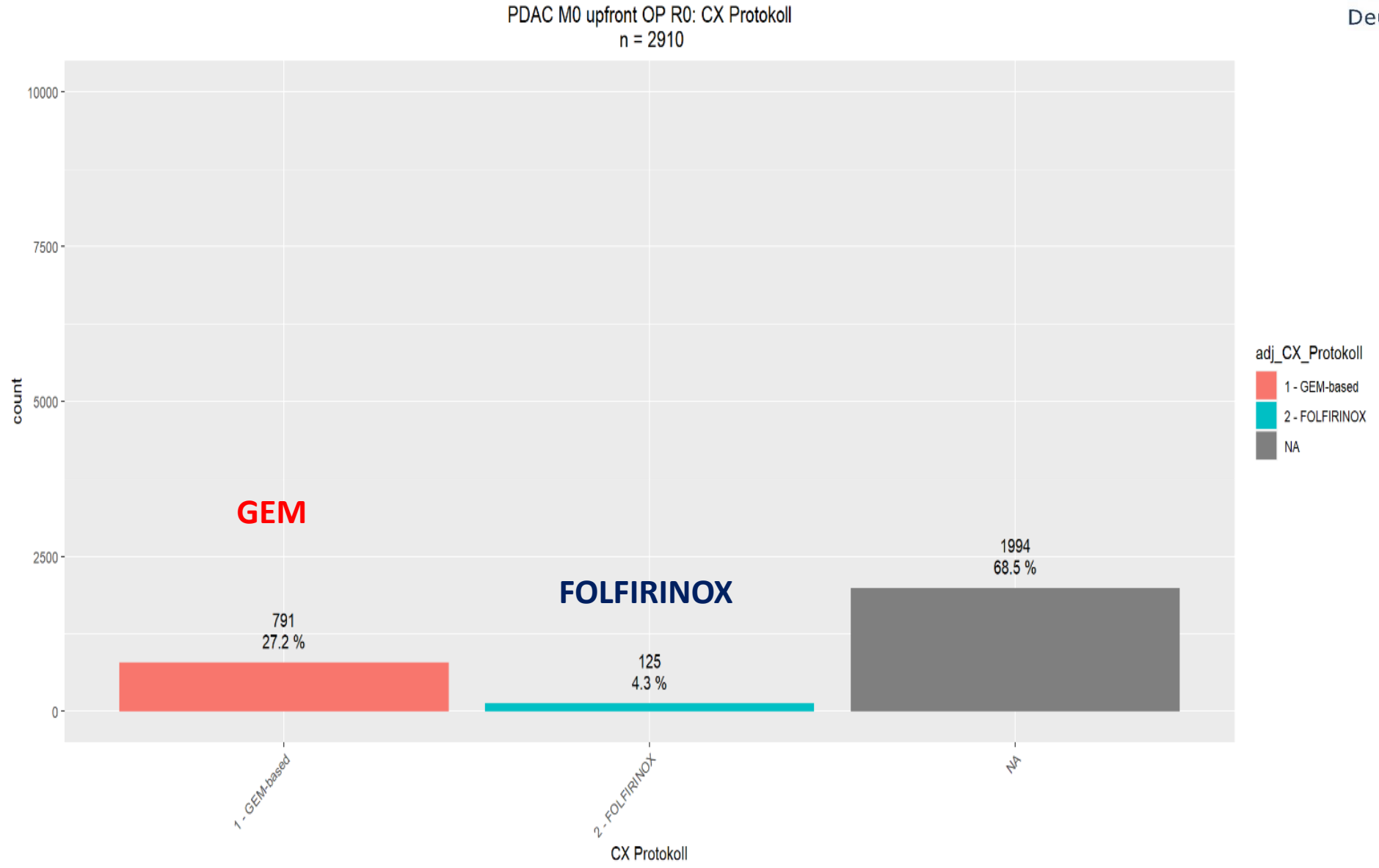
PDAC M0 upfront R1: additive Therapie

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren



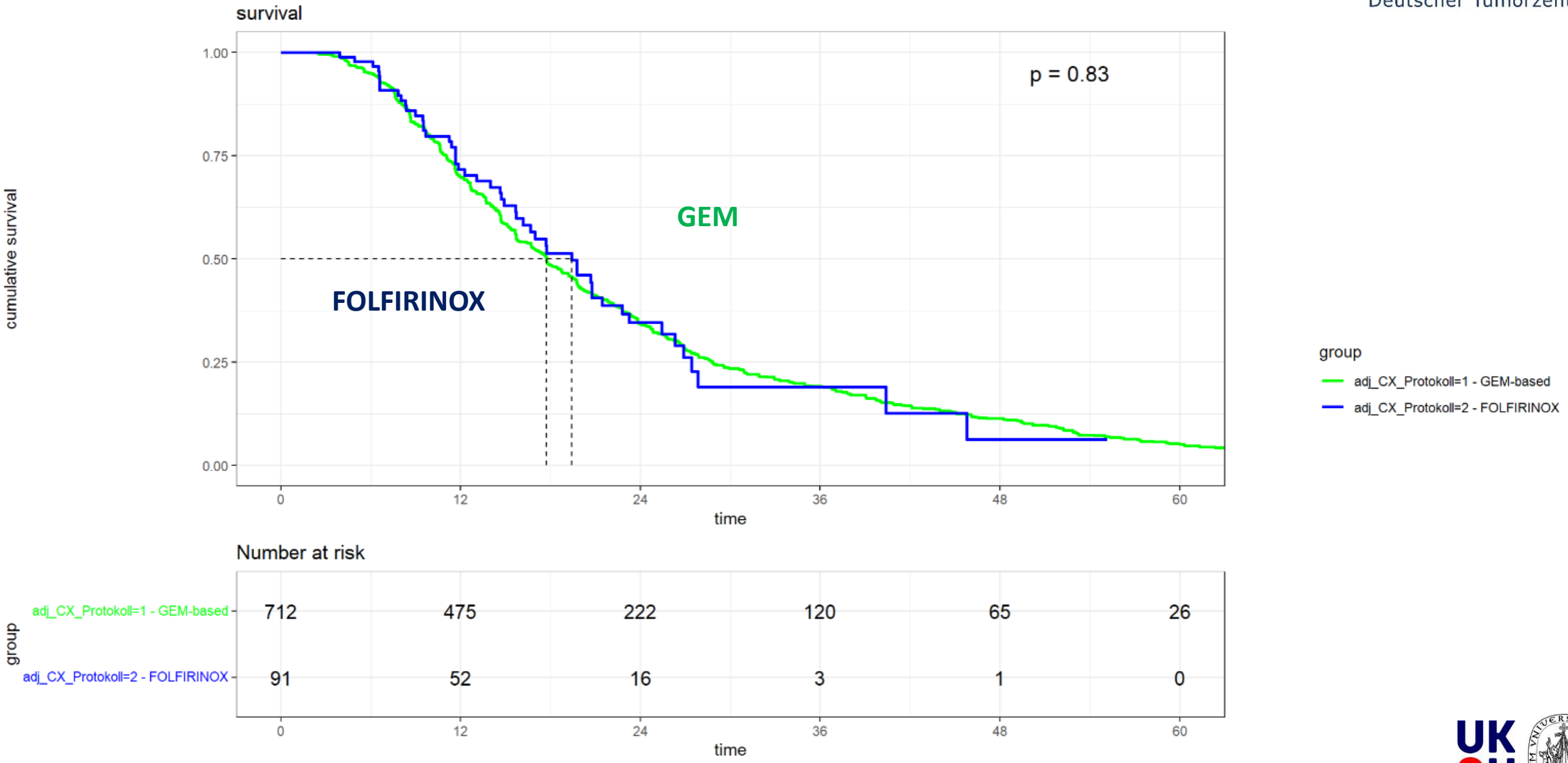


PDAC M0 upfront R1: additive Therapie

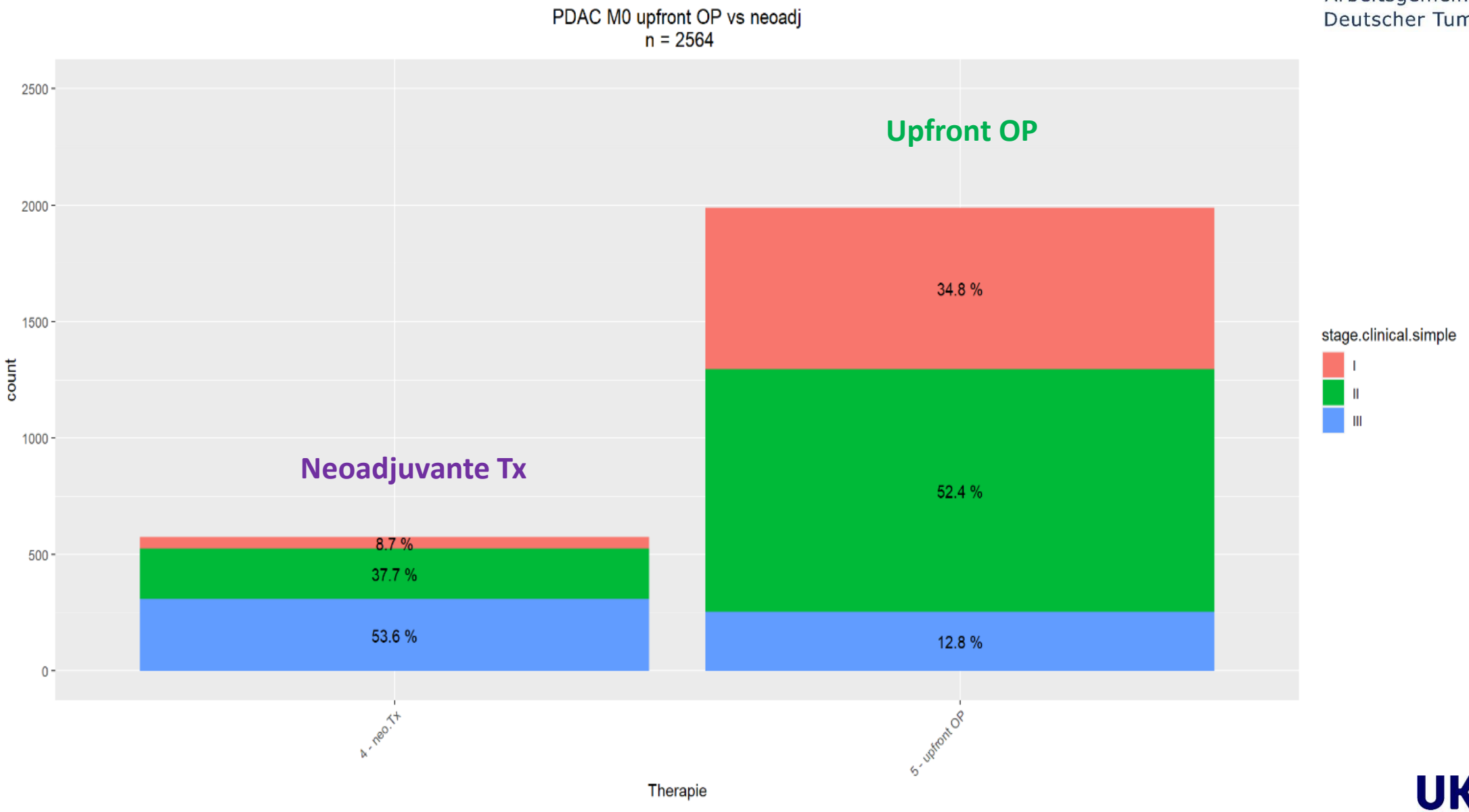


PDAC M0 upfront R1: additive Therapie

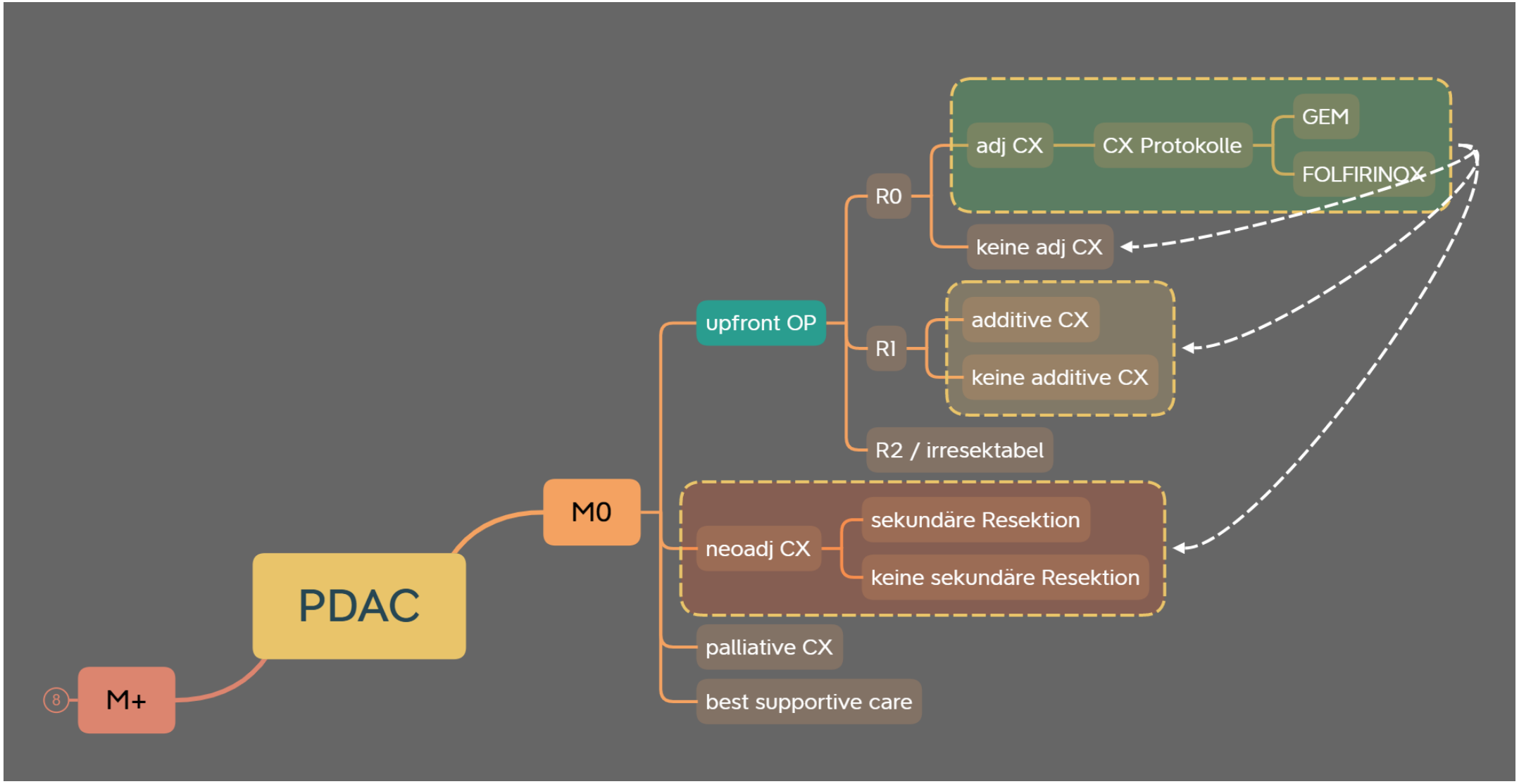
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren



PDAC M0: neoadjuvant vs upfront OP

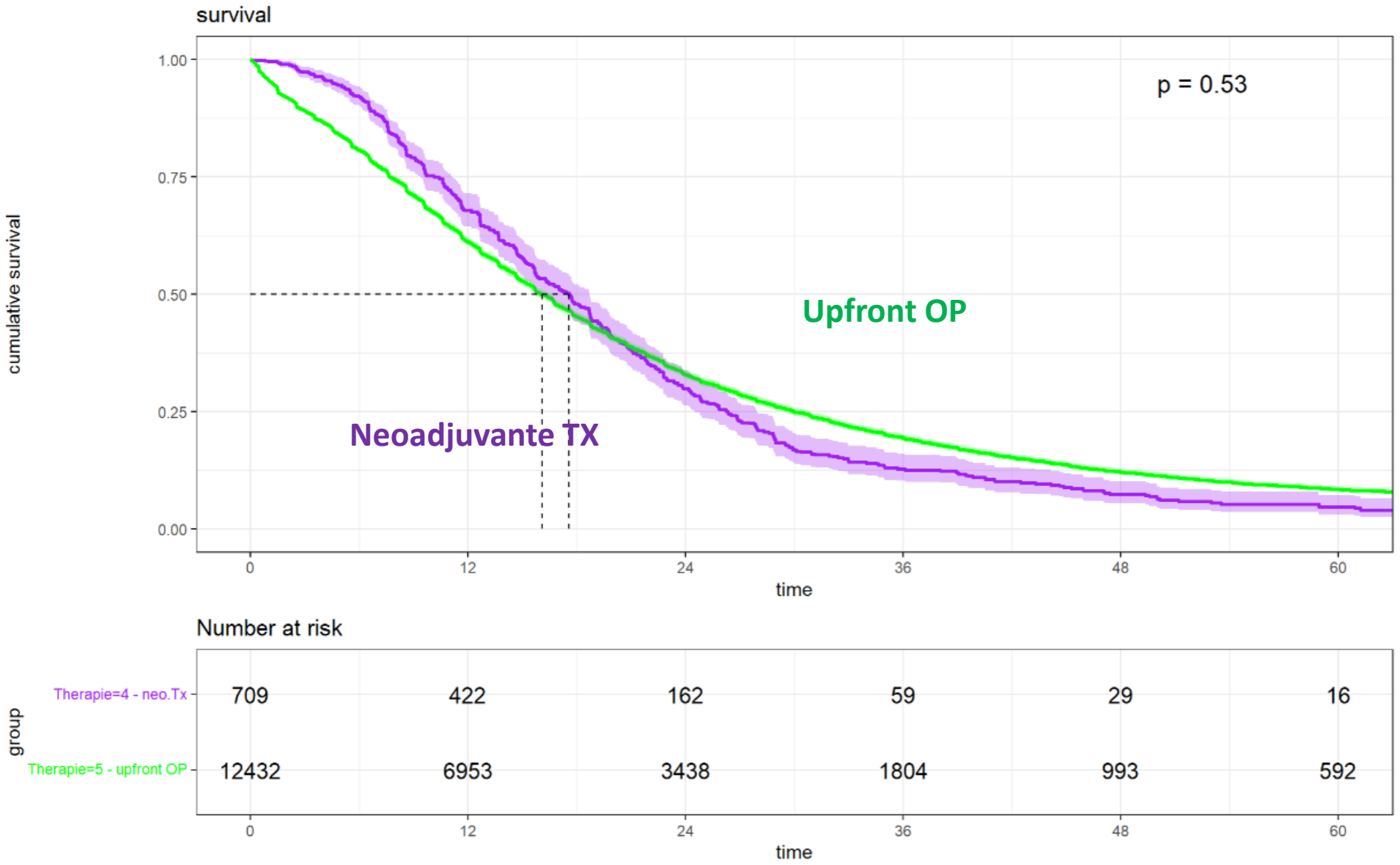


PankreasCA : Therapieschemata



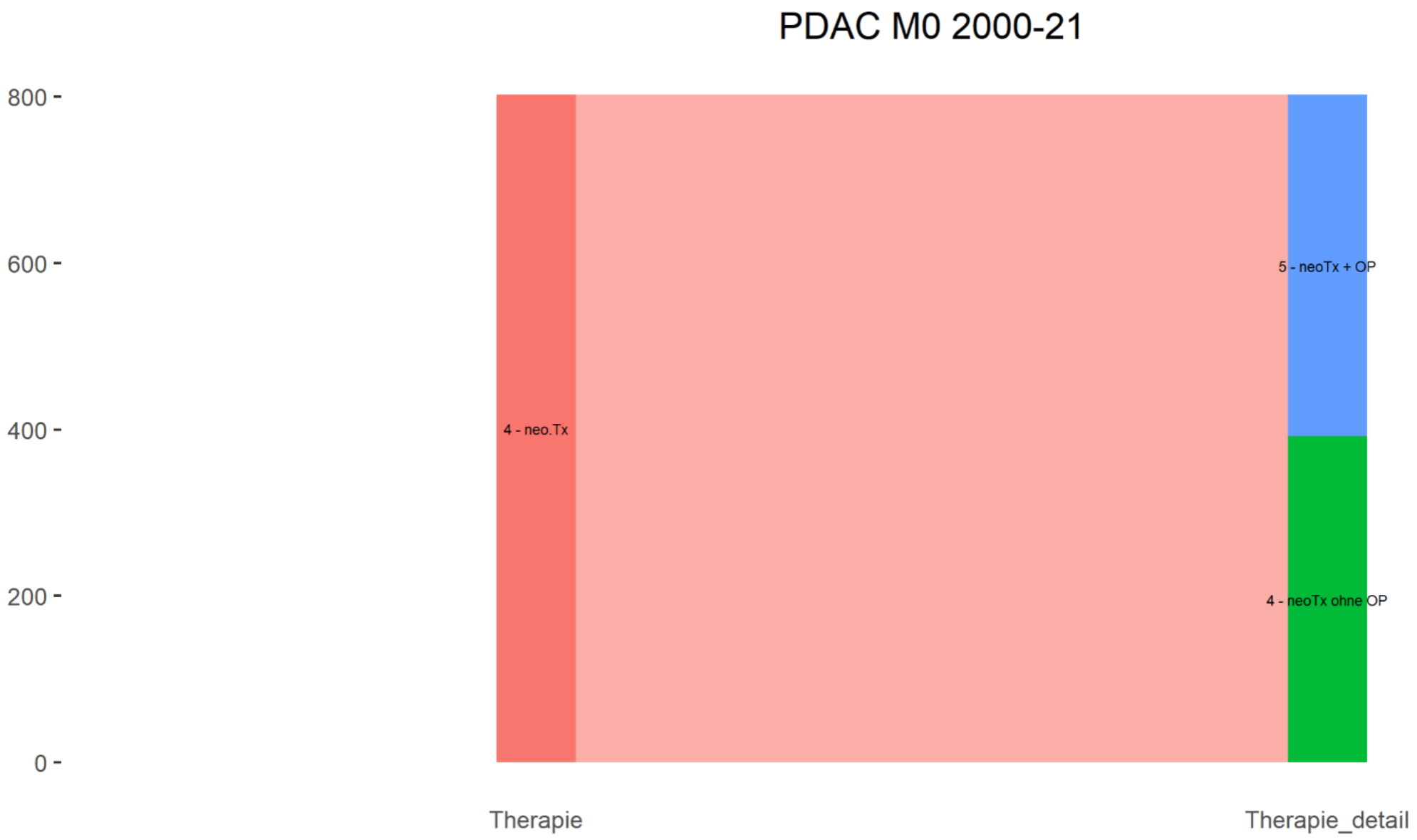
PDAC M0: neoadjuvant vs upfront OP

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren

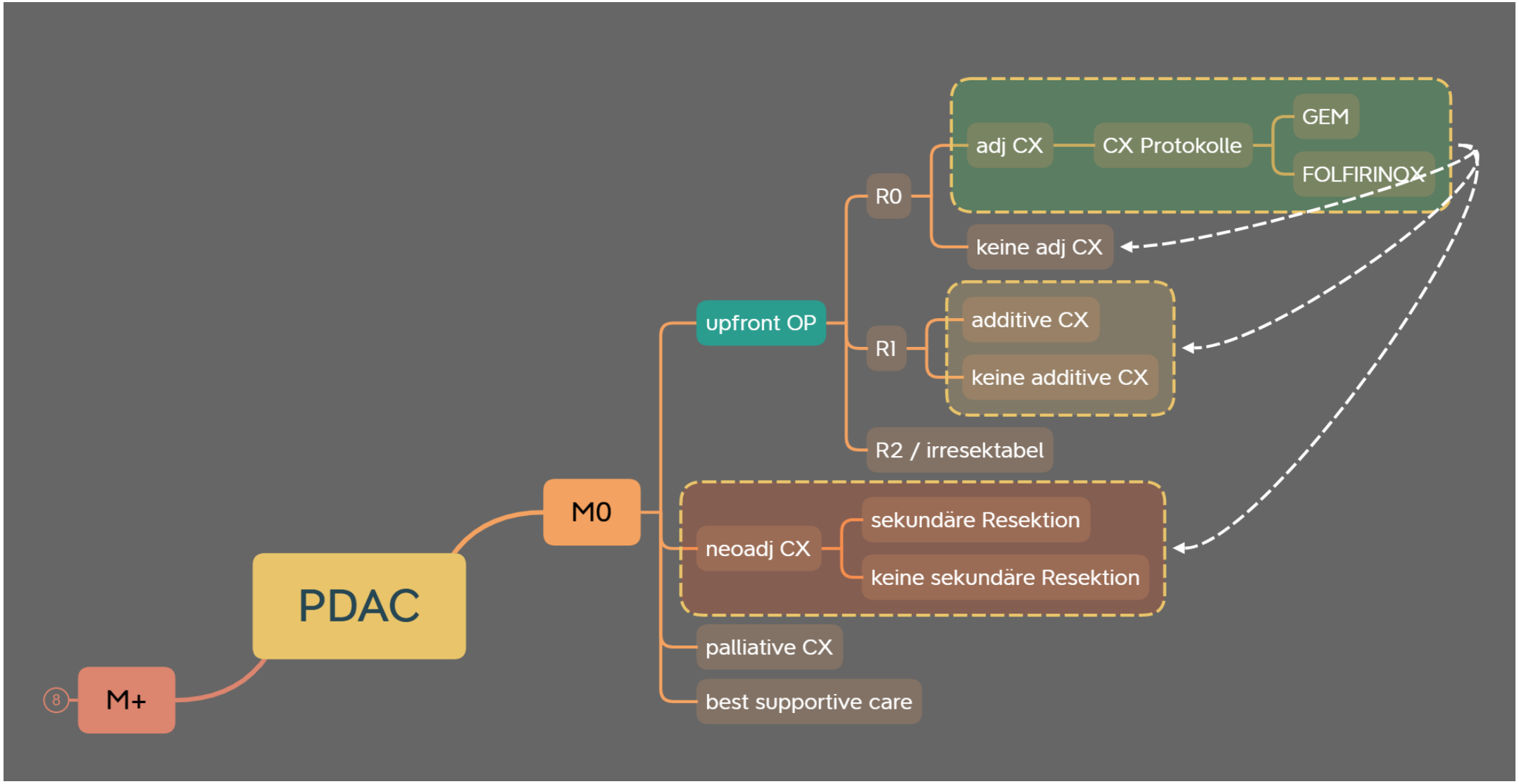


group
Therapie=4 - neo.Tx
Therapie=5 - upfront OP

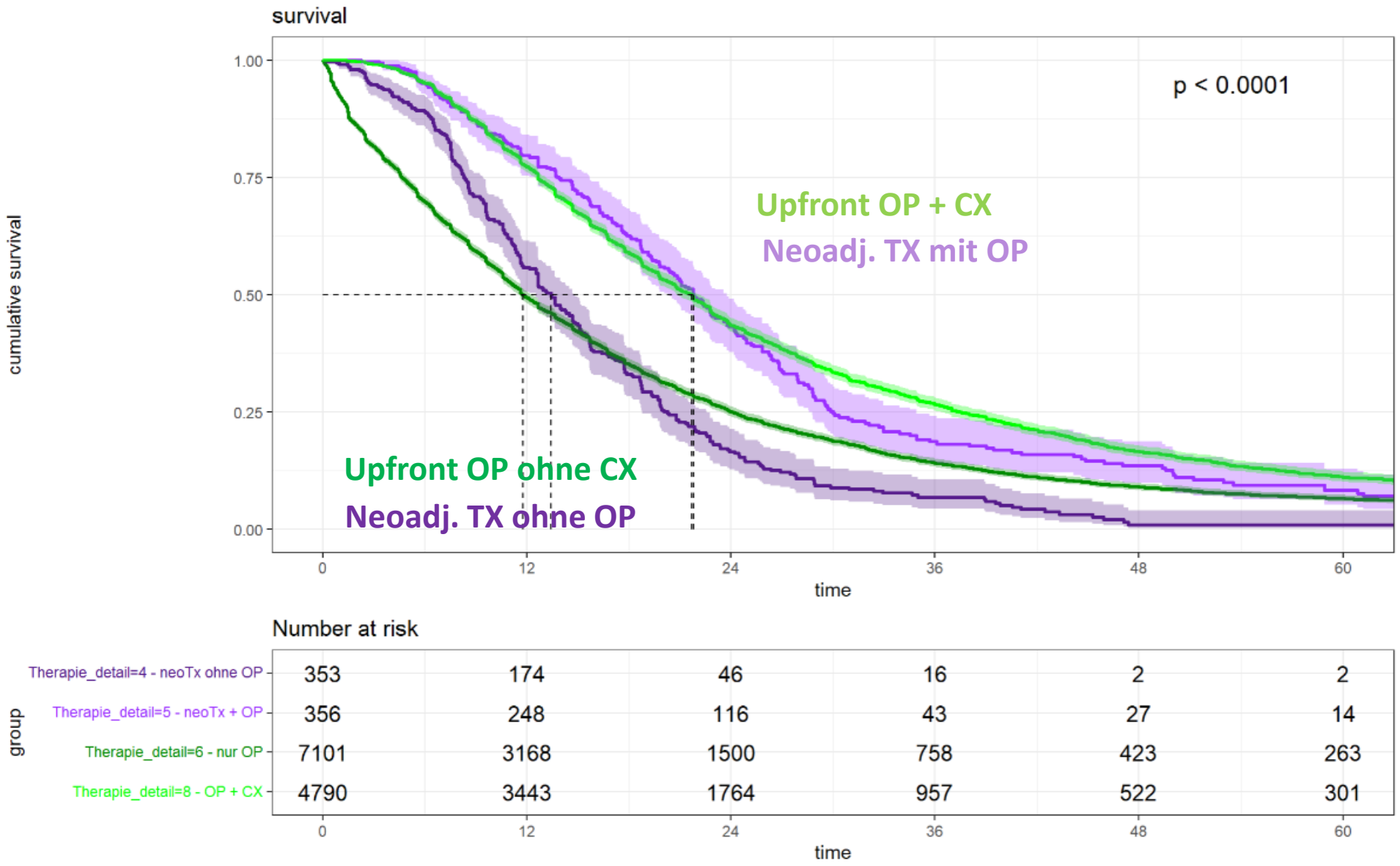
PDAC M0: neoadjuvant vs upfront OP



PankreasCA : Therapieschemata

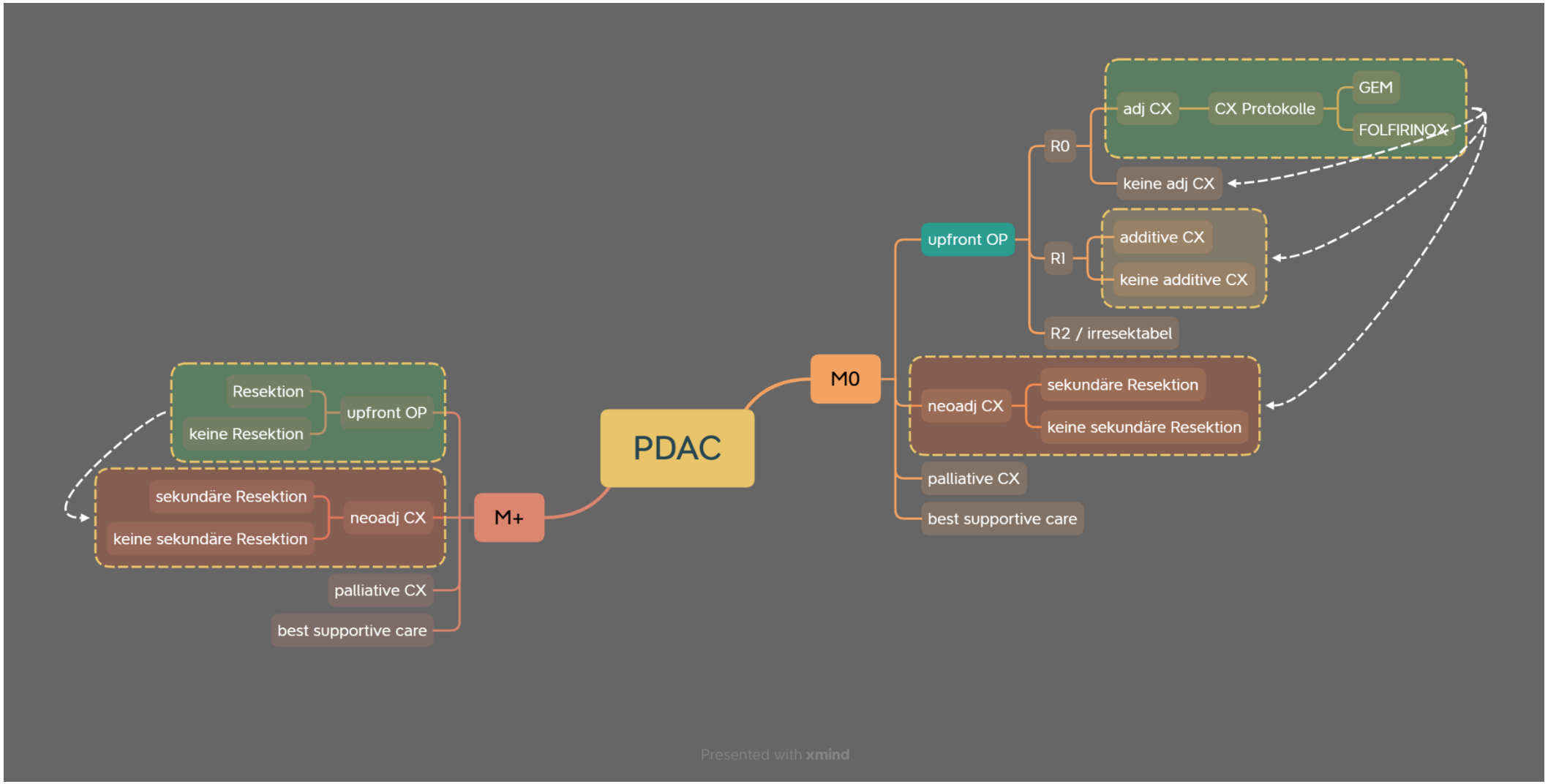


PDAC M0: neoadjuvant vs upfront OP

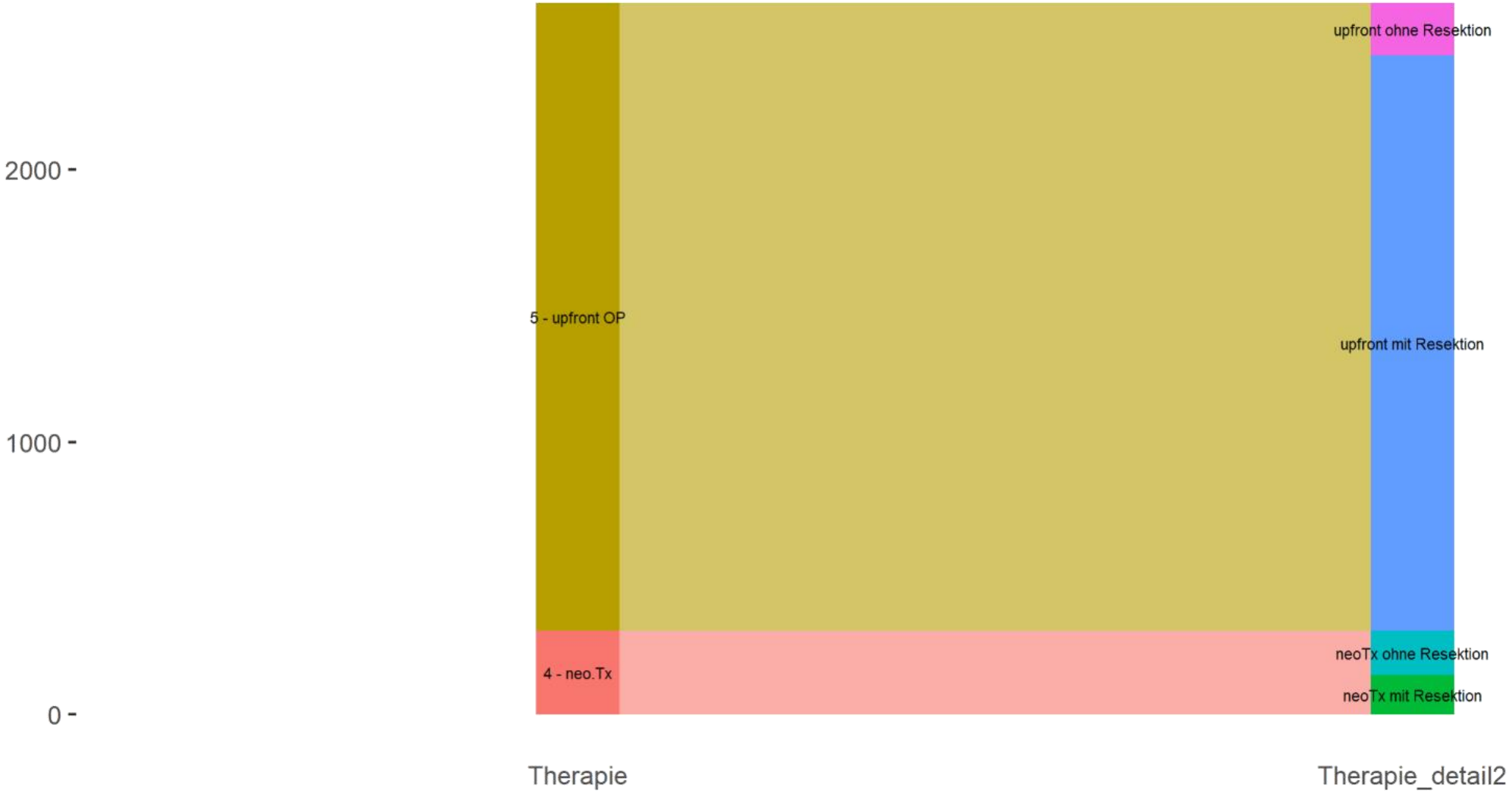


group
- Therapie_detail=4 - neoTx ohne OP
- Therapie_detail=5 - neoTx + OP
- Therapie_detail=6 - nur OP
- Therapie_detail=8 - OP + CX

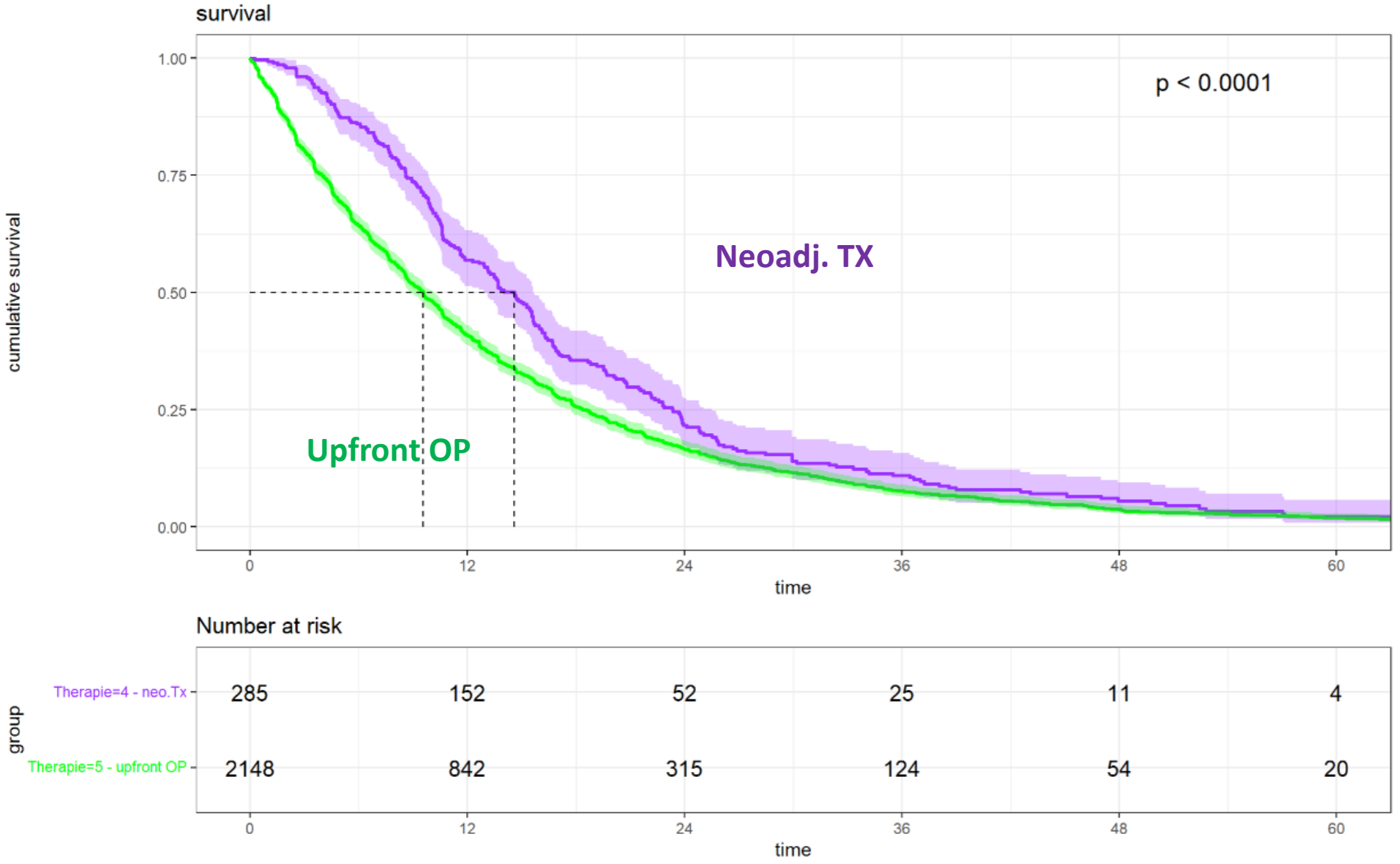
PDAC M+


PDAC
M0
upfront OP
R0
adj CX
CX Protokolle
GEM
FOLFIRINOX
keine adj CX
R1
additive CX
keine additive CX
R2 / irresektabel
neoadj CX
sekundäre Resektion
keine sekundäre Resektion
palliative CX
best supportive care
M+
Resektion
upfront OP
keine Resektion
sekundäre Resektion
neoadj CX
keine sekundäre Resektion
palliative CX
best supportive care
Presented with xmind

PDAC M+

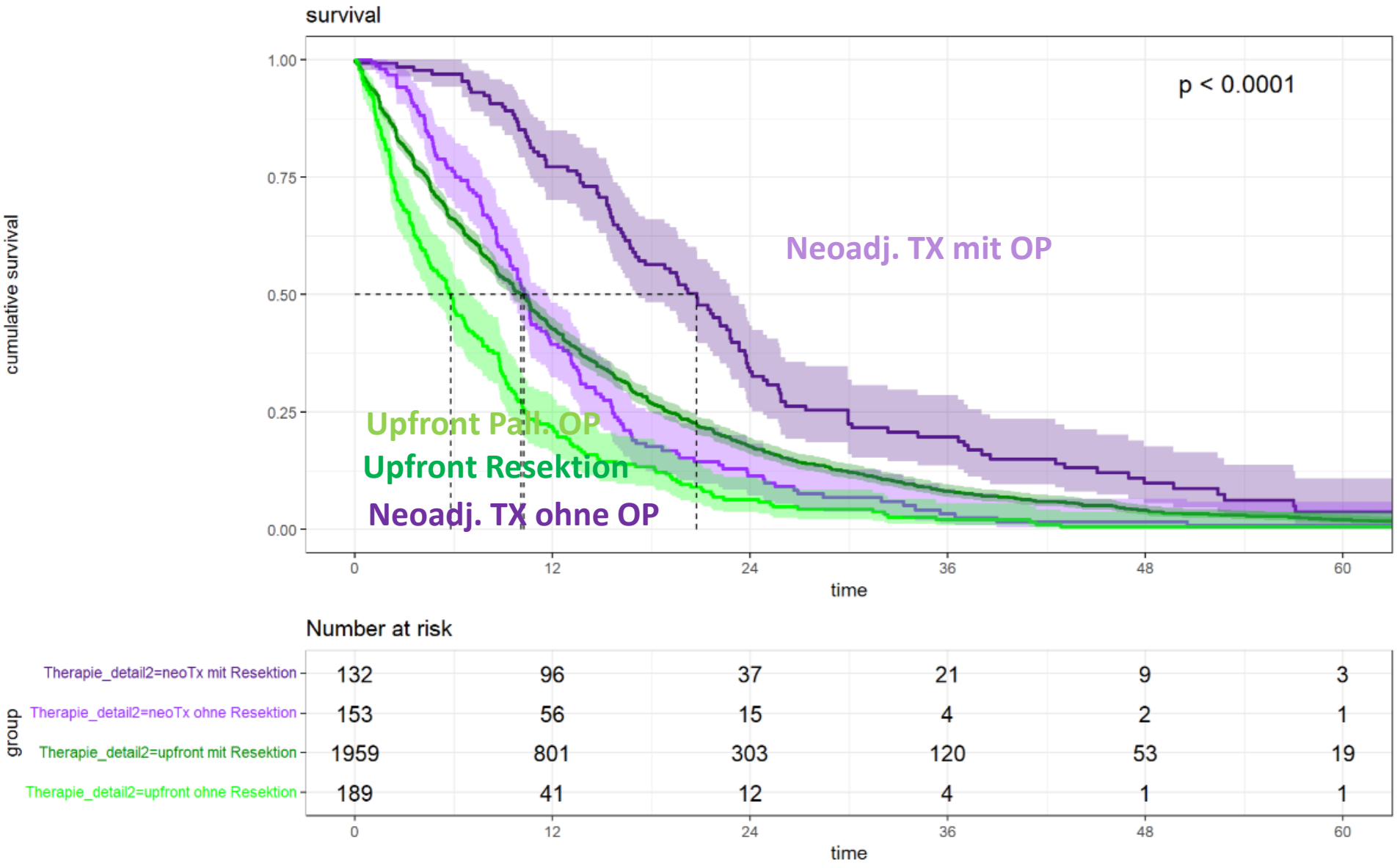

2000
1000
0
5 - upfront OP
4 - neo.Tx
upfront ohne Resektion
upfront mit Resektion
neoTx ohne Resektion
neoTx mit Resektion
Therapie
Therapie_detail2

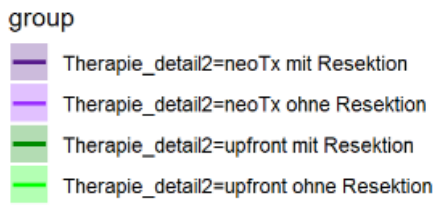
PDAC M+: neoadjuvant vs upfront OP



group
Therapie=4 - neo.Tx
Therapie=5 - upfront OP

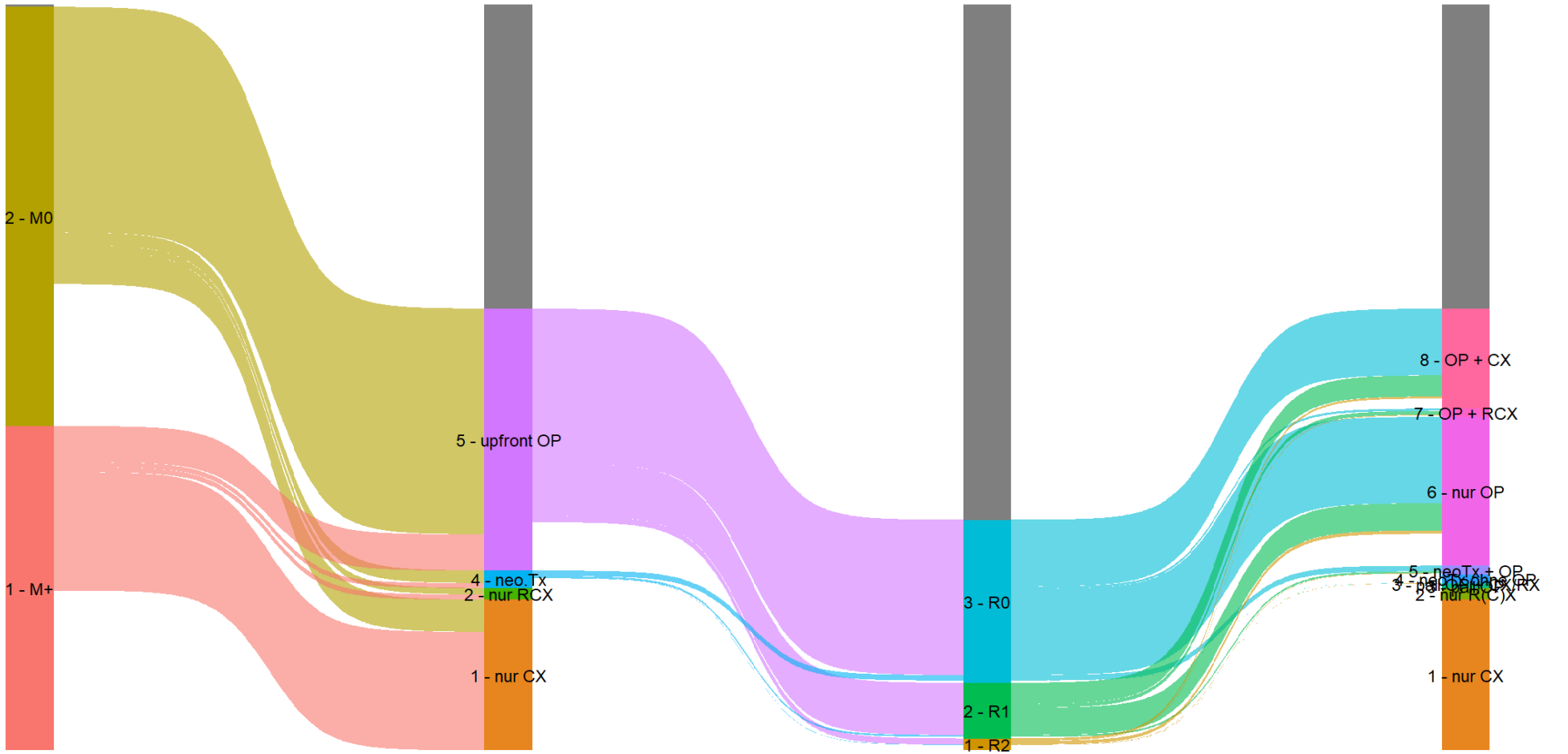
PDAC M+: neoadjuvant vs upfront OP





PankreasCA : Therapieschemata

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren



Fazit

ADT Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren

Interpretation für Pankreaskarzinom:

- die beste Therapie ist **multimodal**: Resektion UND Chemotherapie
  - nur **ca. 40%** der Patienten erhalten adjuvante / additive Tx
  - -> periOP 90-Tages Mortalität (>5%) als Surrogat für periOP Komplikationen
  - -> neoadjuvant als Alternative ?

- **neoadjuvante Tx**: mindestens gleichwertig zur adjuvanten Tx
  beim lokal fortgeschrittenen PankreasCA sinnvoll
  biologische Selektion für Resektion im Stadium IV

UKSH

Die klinischen Krebsregister

ADT
Arbeitsgemeinschaft
Deutscher Tumorzentren

Vorteile
- „Real World Data“

Nachteile
- retrospektive Daten
- Selection Bias (z.B. bei Vergleich von Therapieschemata)
- Reporting Bias (?)

Validierung
- Vergleich mit prospektiven Daten (Literatur, andere Register)

UKSH

Die klinischen Krebsregister

ADT
Arbeitsgemeinschaft
Deutscher Tumorzentren

Ausblick / Potential beim Pankreaskarzinom

klinische Untersuchung
- multimodaler Therapie
- Second / Third line Therapieschemata
- palliativer Therapie / natürlicher Verlauf
- seltener Entitäten (z.B. Tumorsubtypen)

translational
- Verknüpfung (z.B. biologische Daten)
- Precision Medicine: z.B. Selektionskriterien gemäß DTE

UKSH

Herzlichen Dank

Auswertungsteam

Dr. Thaer Abdalla
Dr. Louisa Bolm
PD Dr. Rüdiger Braun
Dr. Steffen Deichmann
PD Dr. Kim Honselmann
Prof. Dr. Richard Hummel

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck

Danke an die....

Prof. Dr. Monika Klinikhammer-Schalke

Kees Kleihues-vanTol

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, Berlin

Prof. Dr. Sylke R. Zeissig

Institut für klinische Epidemiologie und Biometrie,
Universität Würzburg