

8. Onkologische Qualitätskonferenz 2020

Versorgungssituation beim Mammakarzinom

Simone Schrodi, München



Mammakarzinom: Analysekollektive

Gemeldete Fälle:

514.349 Datensätze, davon 511.704 auswertbare Fälle von **25** Krebsregistern aus **11** Bundesländern aus den Jahren **2000** bis **2018**

Auswertungskollektive:

Gesamtkohorte:	511.704 Fälle (507.694 Frauen, 4010 Männer)
Klinische Kohorte ¹ :	331.419 Fälle (328.823 Frauen, 2896 Männer)
Survival-Kohorte ² (M0):	331.107 Fälle (328.567 Frauen, 2540 Männer)

¹nur Register mit klinischen Daten (z.B. Angabe Therapien)

²nur Register mit ausreichendem Follow-Up (≥ 4 Jahre med. Beobachtungszeit, Sterberate $\geq 15\%$)

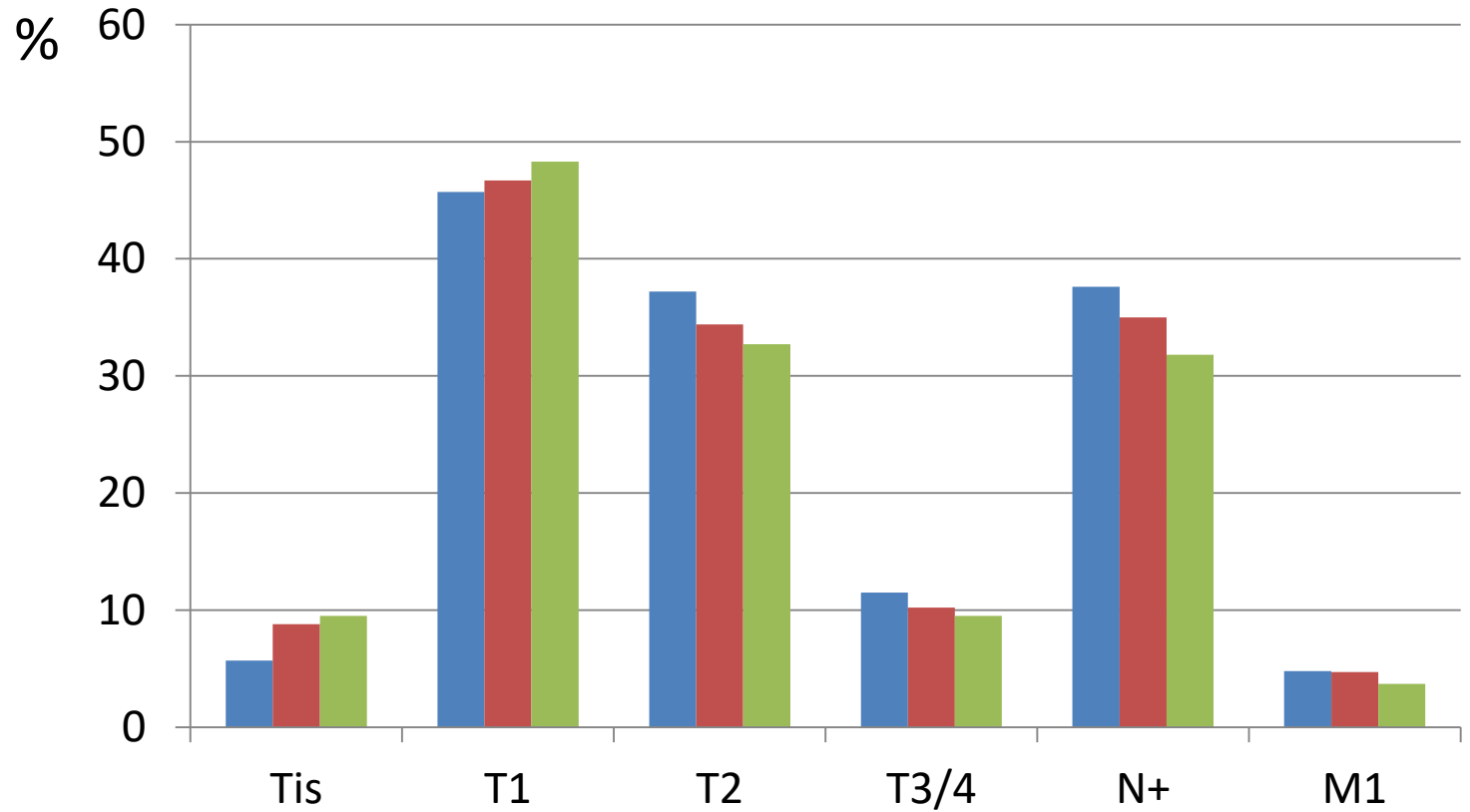


Fragestellungen

- 1. Trend Stadienverteilung und neoadjuvante Therapie**
- 2. Variablen der Leitlinienkonformität**
- 3. Prognosefaktoren und Survival im Registervergleich**
- 4. Mammakarzinom des Mannes und der Frau im Vergleich**



Stadienverteilung TNM* für 3 Zeiträume



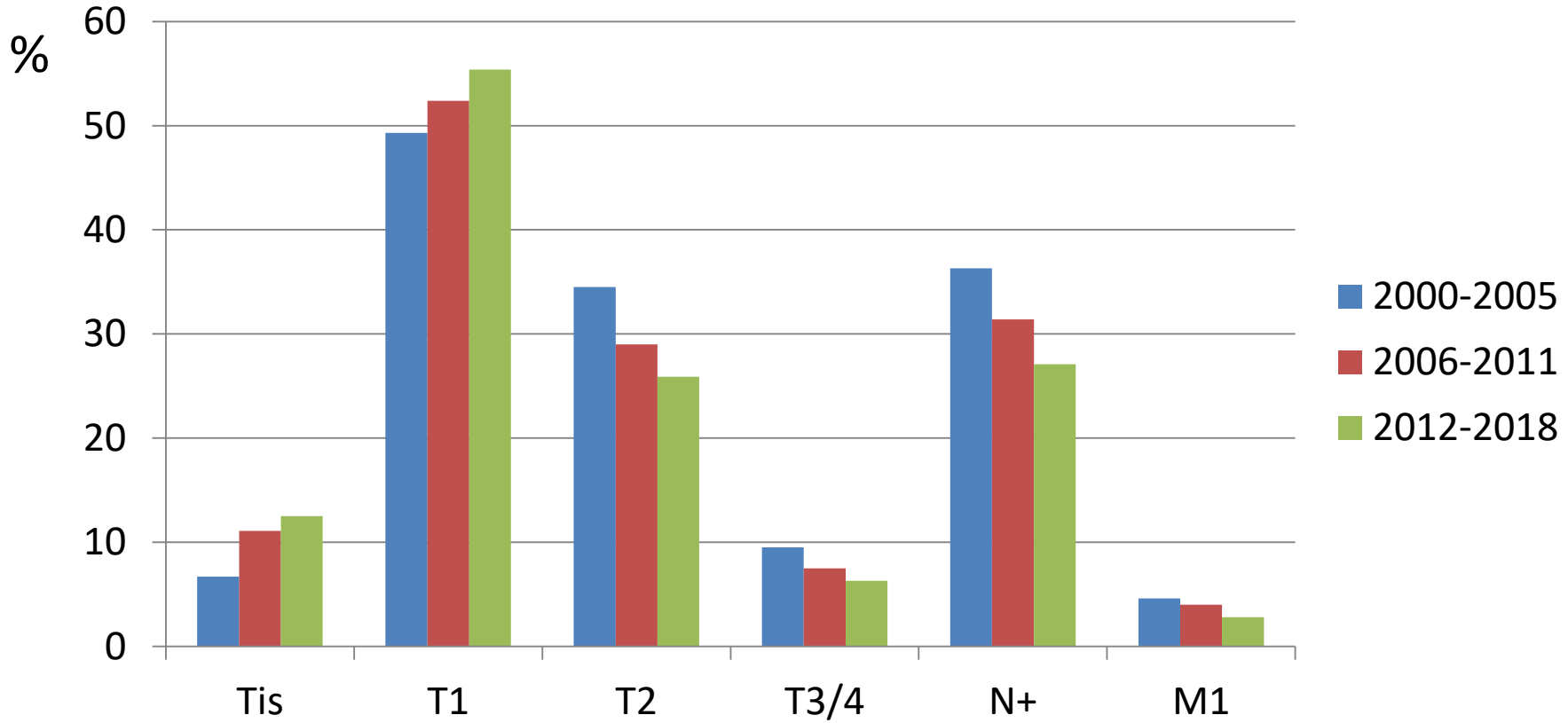
Altersmittelwert:
 ■ 2000-2005 61,8 Jahre
 ■ 2006-2011 62,6 Jahre
 ■ 2012-2018 63,1 Jahre

Verbesserung der Prognosefaktoren (Screening-Effekt?)

*bei neoadjuvanten Fällen wurde cTNM berücksichtigt



Stadienverteilung TNM* für 3 Zeiträume (50-69-Jährige)



Verbesserung der Prognosefaktoren stärker ausgeprägt

*bei Neoadjuvanten Fällen wurde cTNM berücksichtigt



Stadienverteilung

Prognosefaktoren und pT-Kategorie

für den Zeitraum 2012-2018

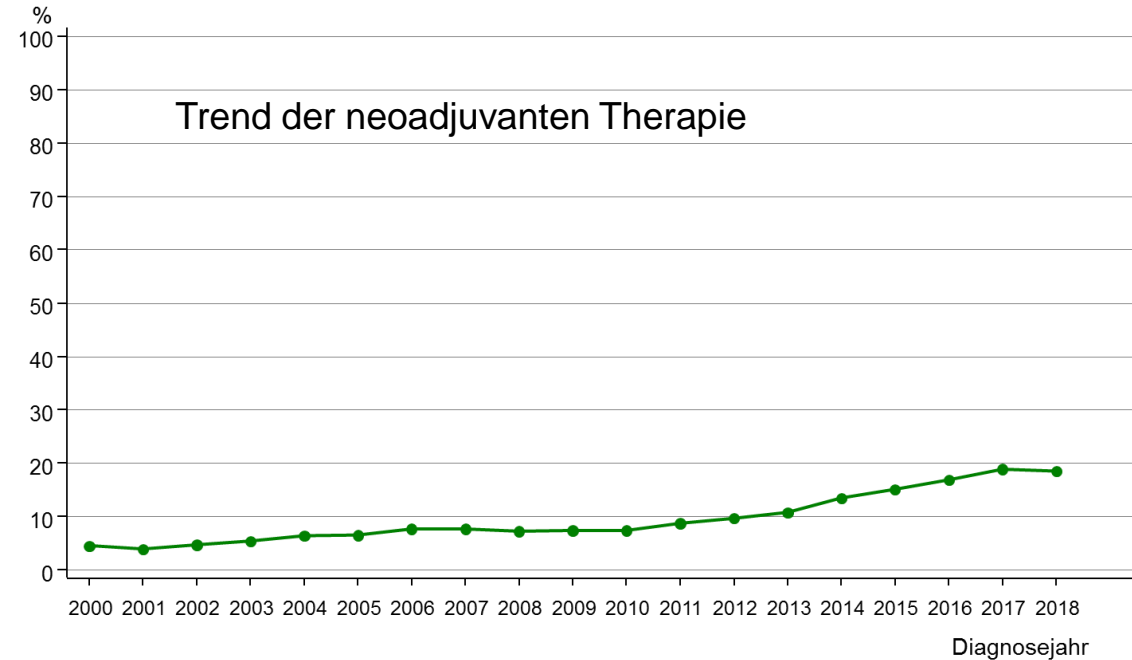
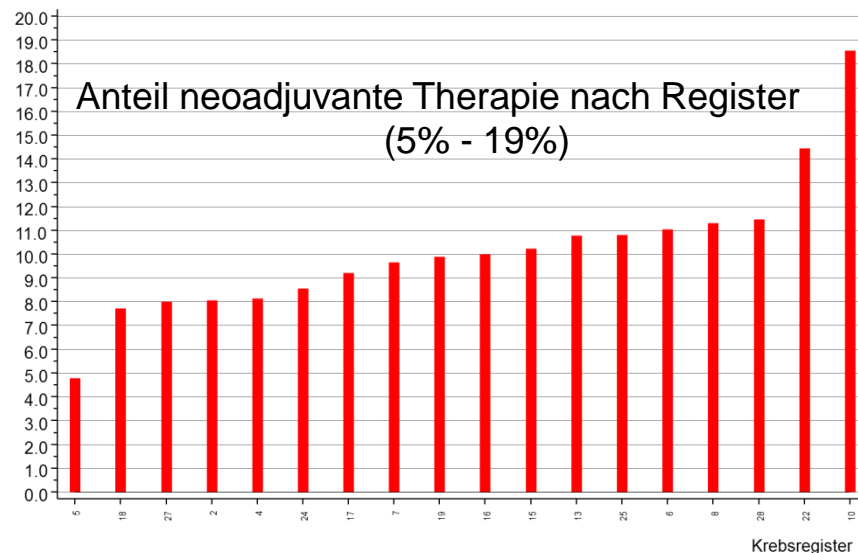
	pT (%)	Alter (MW)	pN+ (%)	pM1 (%)	G3 (%)	HR – (%)	HER2 + (%)	Ki67 ≥ 30% (%)
pTis	10,8	60,1	0,4	0,0	---	17,6	25,3	15,9
pT1 (<2cm)	50,7	62,0	18,1	1,0	15,4	7,1	8,3	14,9
pT2 (2-5cm)	30,2	66,2	44,3	3,9	29,3	10,9	10,4	26,6
pT3 (>5cm)	4,9	67,3	68,9	11,8	31,7	13,4	10,6	27,5
pT4 (Ausdehnung)	3,5	74,5	79,2	29,2	43,3	14,8	16,1	38,1
Gesamt	100,0	63,7	29,1	3,2	22,1	9,8	9,9	20,0

Deutliche positive Korrelation zwischen den klassischen Prognosefaktoren und der Tumorgroße



4.58.	Konsensbasierte Empfehlung/Statement
	Neoadjuvante systemische Therapie
EK	a.) Eine neoadjuvante (primäre, präoperative) systemische Therapie wird als Standardbehandlung bei Patientinnen mit lokal fortgeschrittenen, primär inoperablen oder inflammatorischen Mammakarzinomen im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzeptes angesehen.
	Starker Konsens
EK	b.) Wenn die gleiche postoperative, adjuvante Chemotherapie indiziert ist, sollte eine neoadjuvante systemische Therapie bevorzugt werden.
	Starker Konsens
4.59.	Evidenz- /konsensbasierte Statements
	Neoadjuvante oder adjuvante Chemotherapie
Level of Evidence 1a	a.) Ist eine Chemotherapie indiziert, kann diese vor der Operation (neoadjuvant) oder danach (adjuvant) durchgeführt werden. Beide Verfahren sind hinsichtlich des Gesamtüberlebens gleichwertig. Die neoadjuvante Therapie kann zu einer höheren Rate an brusterhaltenden Therapien führen.
	Quellen: [558, 560, 793]
	Starker Konsens
Level of Evidence 1a	b.) Der Effekt (pathohistologische Remission) ist bei hormonrezeptornegativen Karzinomen am Größten.
	Quellen: [558, 560, 794, 795]
	Starker Konsens

S3-Leitlinie Mammakarzinom, Version 4.0, Dezember 2017

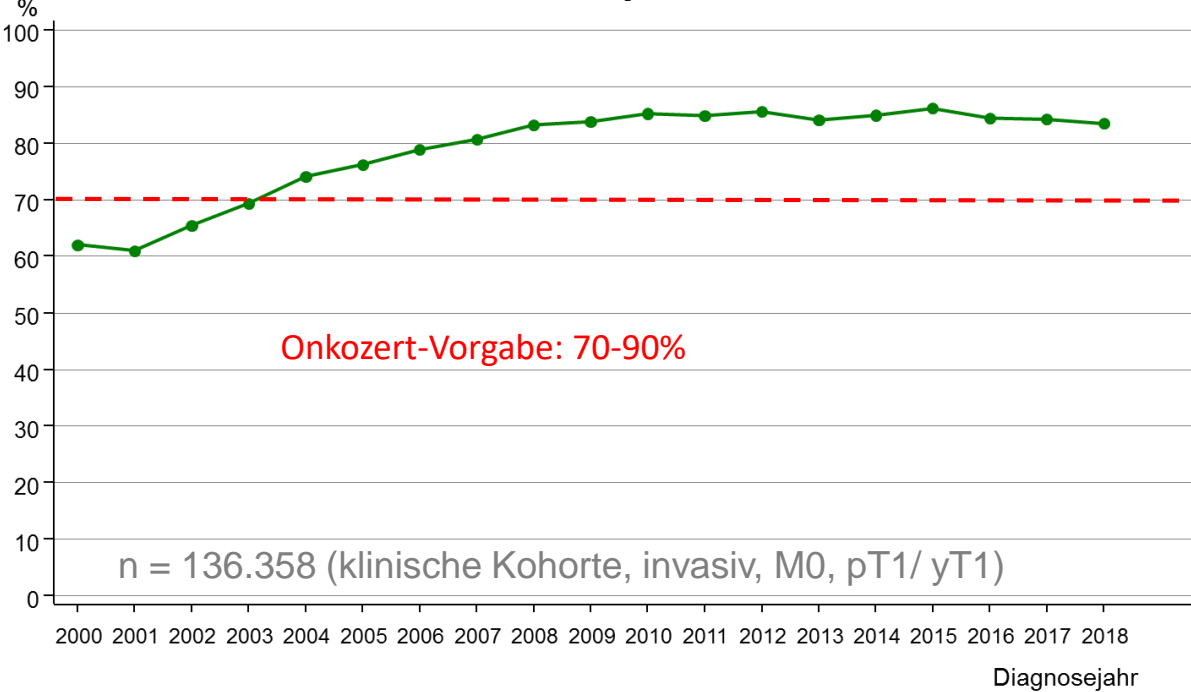


Regional große Unterschiede, insgesamt zunehmender Einsatz der neoadjuvanten Therapie, mittlerweile bei 20%



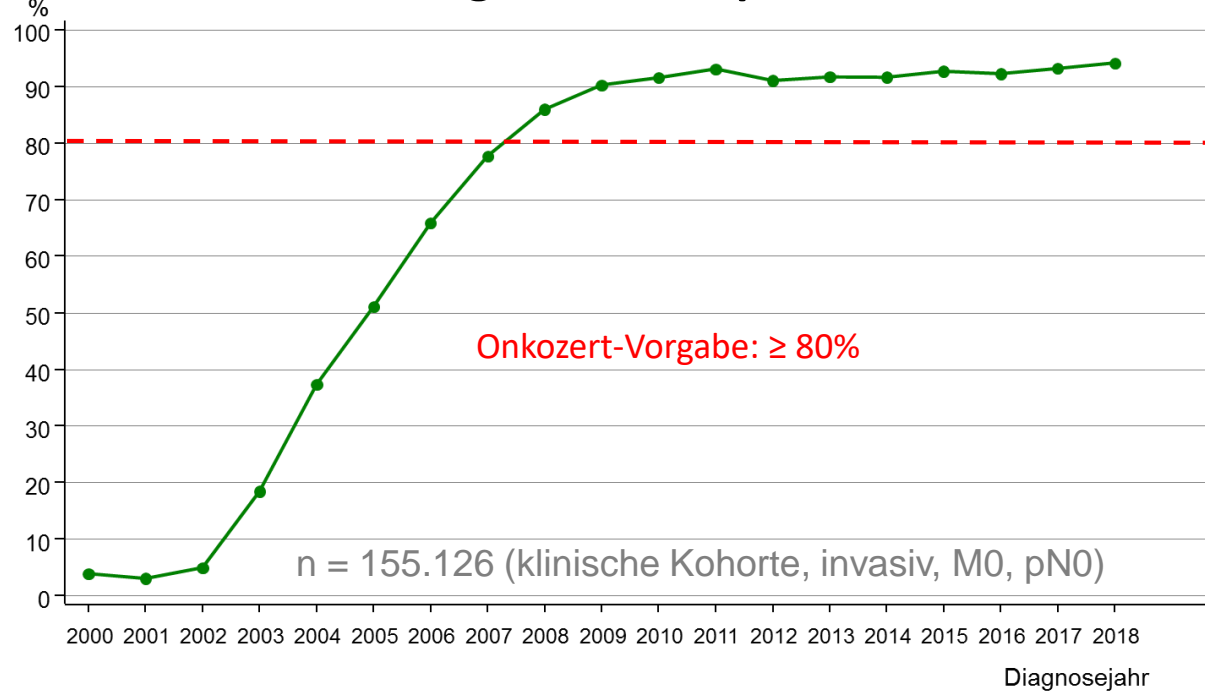
Leitlinien-Konformität Mamma-OP und Axilla-OP

BET bei pT1



Seit 10 Jahren stabile BET-Raten

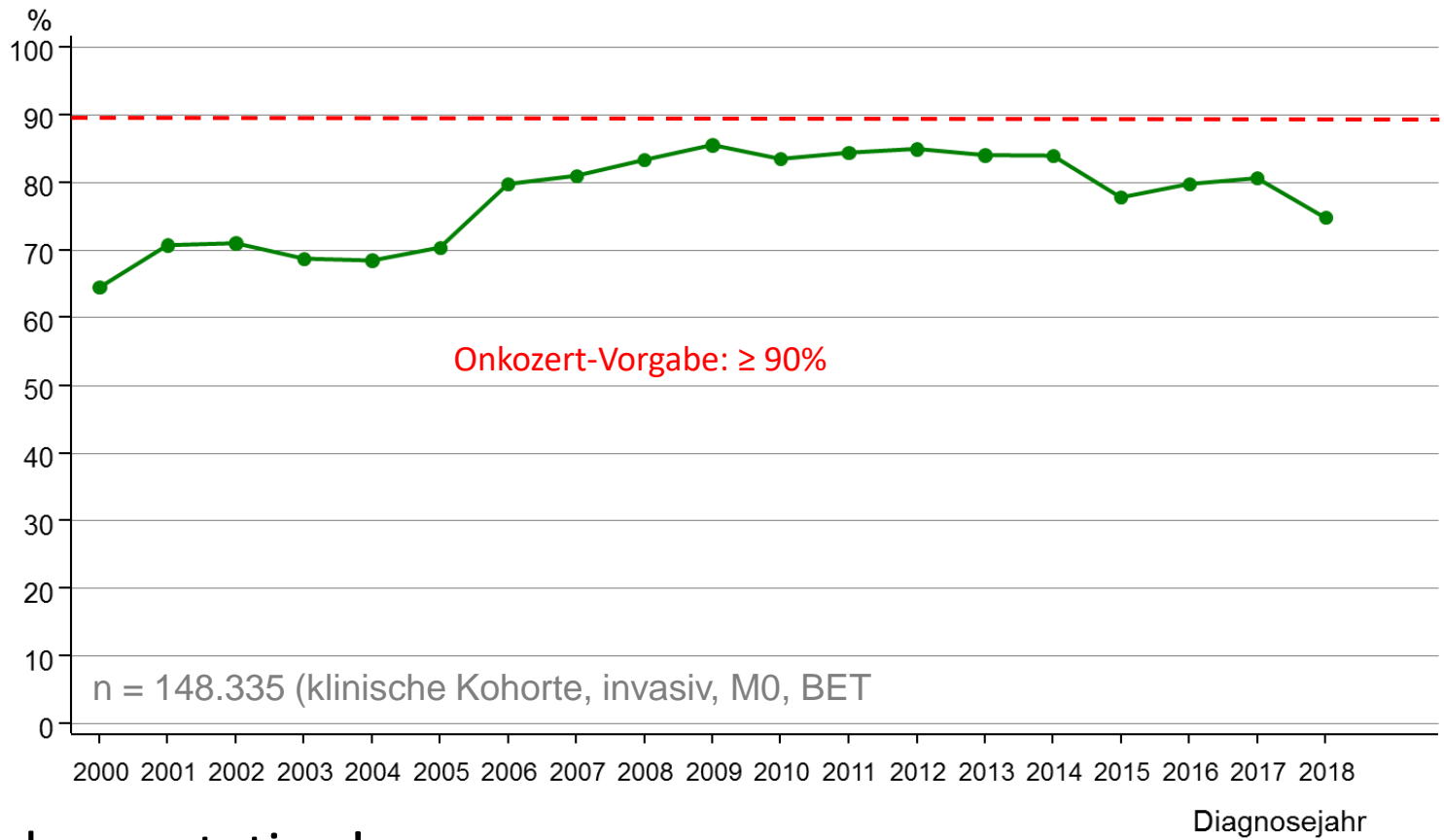
Alleinige SLNB bei pN0



SLNB ist mittlerweile Standard



Leitlinien-Konformität Bestrahlung nach BET

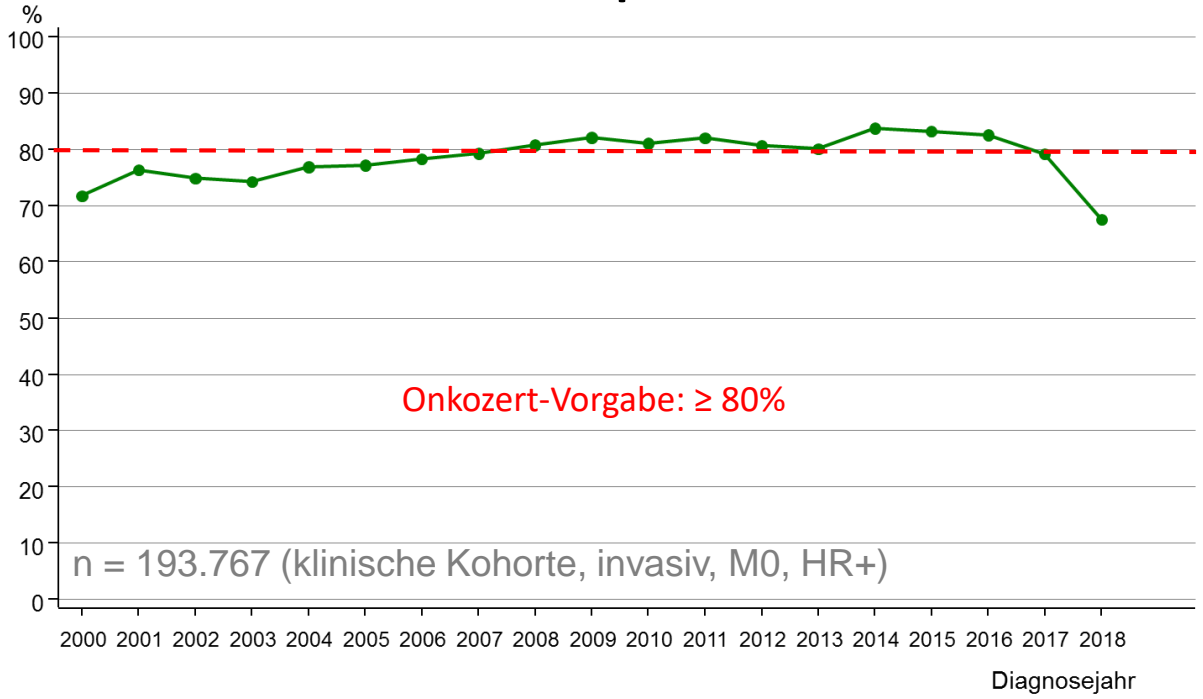


CAVE: Unterdokumentation!
Anstieg (und Abfall) wahrscheinlich Dokumentationseffekt

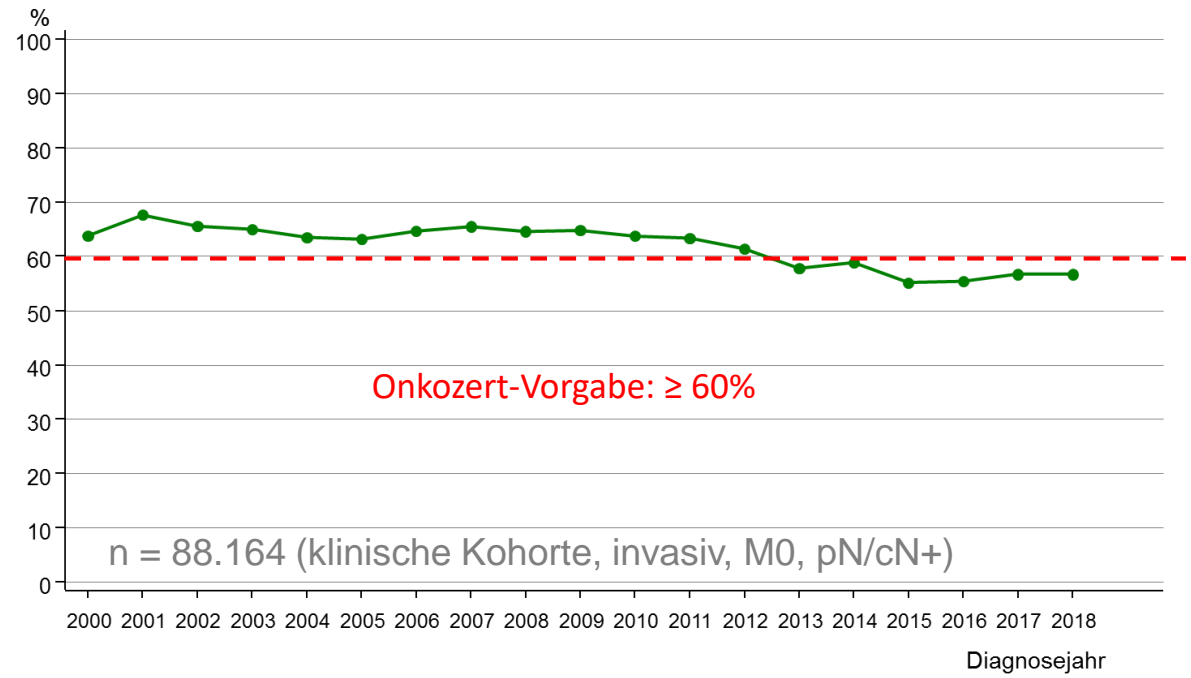


Leitlinien-Konformität Systemische Therapie

Endokrine Therapie bei HR+



Chemotherapie bei N+

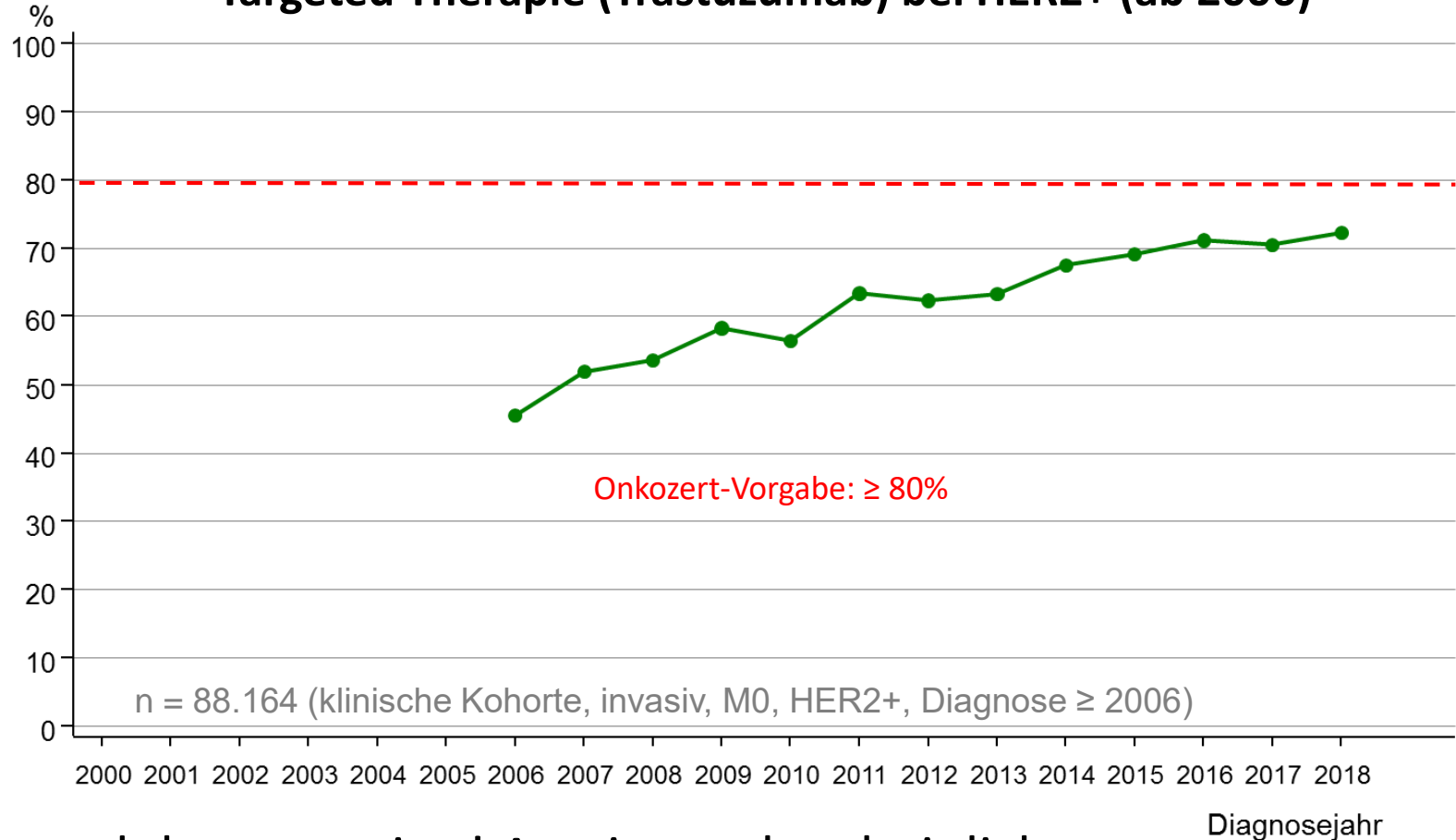


CAVE: Unterdokumentation!



Leitlinien-Konformität Systemische Therapie

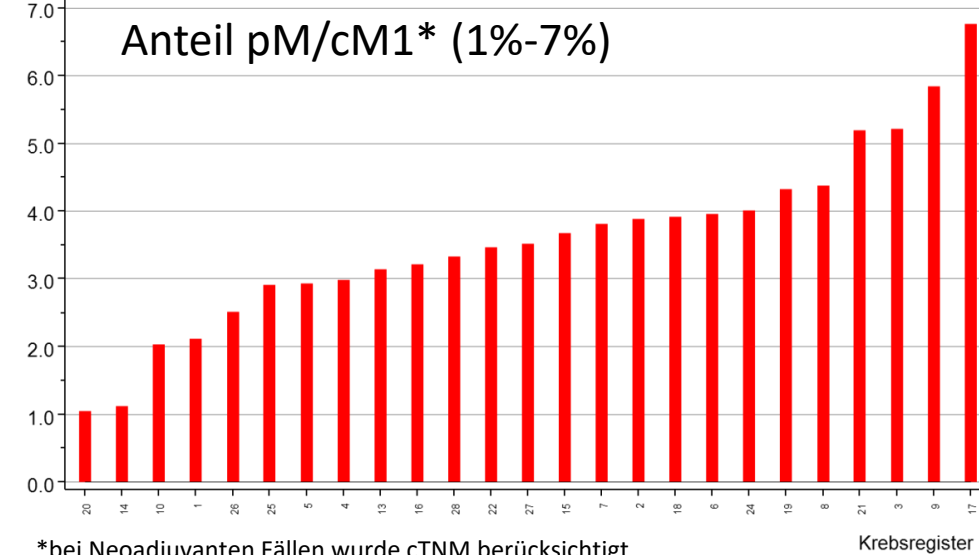
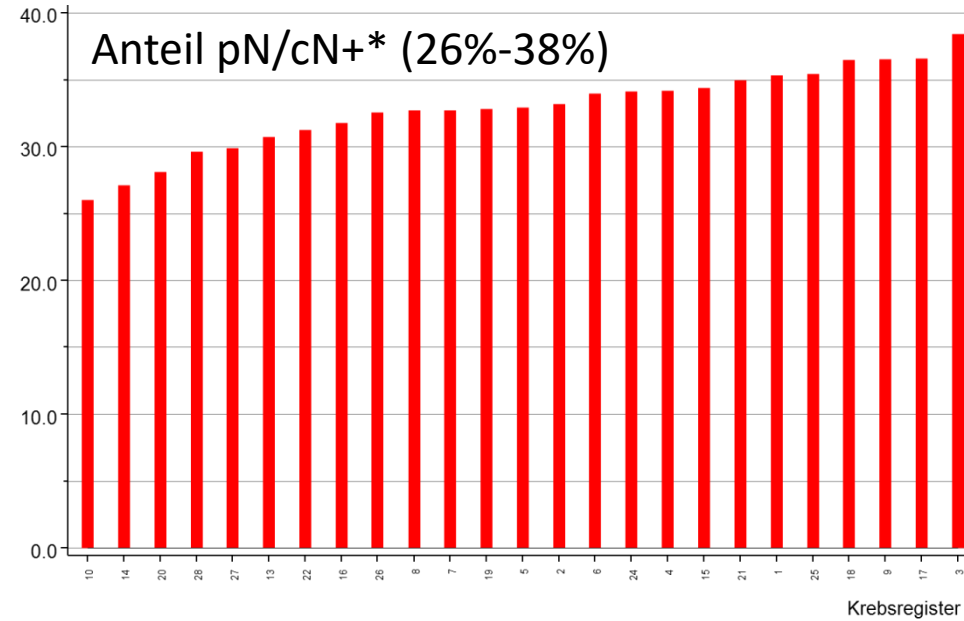
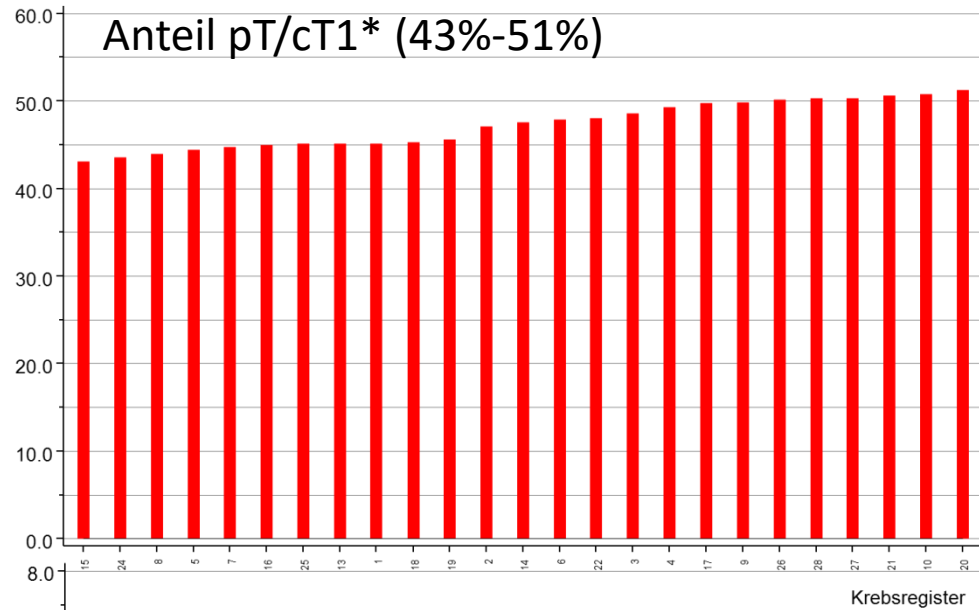
Targeted Therapie (Trastuzumab) bei HER2+ (ab 2006)



CAVE: Unterdokumentation! Anstieg wahrscheinlich
Dokumentationseffekt und Therapiezunahme



Registervergleich - Prognosefaktoren



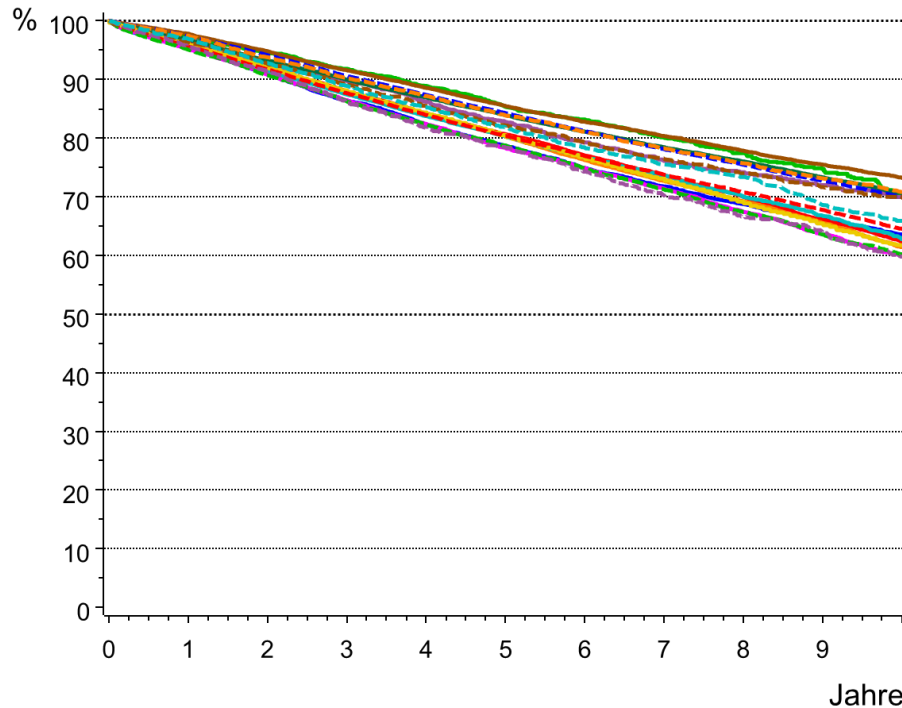
z.T. deutliche Unterschiede bei den Prognosefaktoren (auch bei Alter, Grading, HR-Status, HER2-Status, Ki67)



Registervergleich - Survival

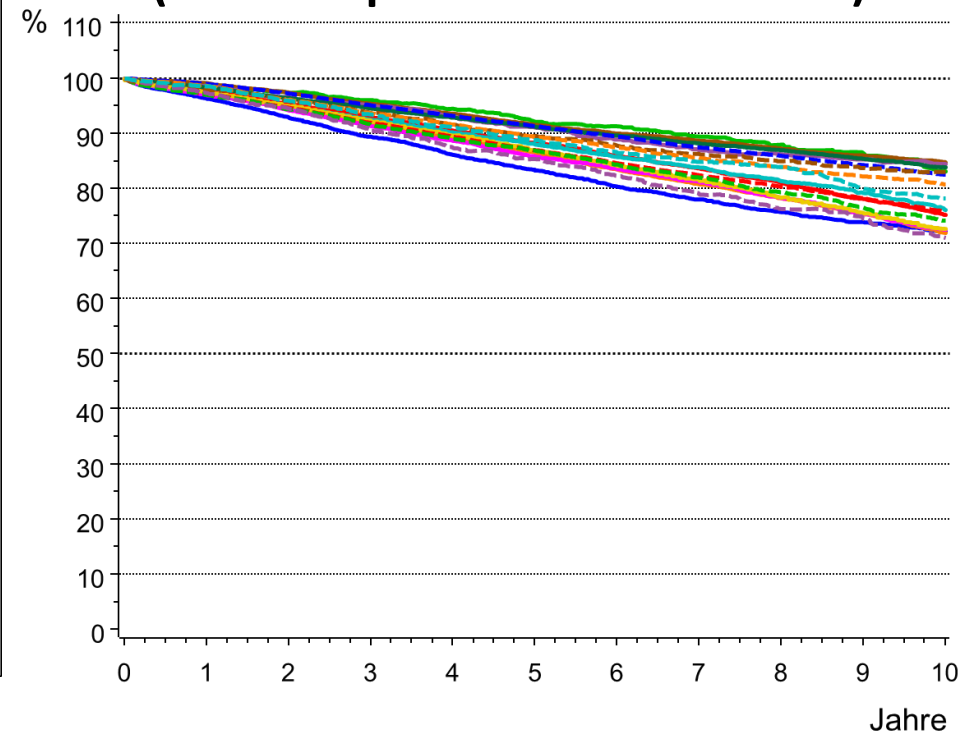
* Es wurden nur Register mit ausreichendem Follow-Up (med. Beobachtungszeit ≥ 4 Jahre, Sterberate $\geq 15\%$) berücksichtigt.

Gesamtüberleben



Datenquelle	n	Survival Rate
1	n=9051	3.0%
2	n=21618	7.1%
4	n=3451	1.1%
5	n=17735	5.8%
6	n=2121	0.7%
7	n=22990	7.5%
8	n=12528	4.1%
9	n=43662	14.3%
13	n=14421	4.7%
15	n=31576	10.4%
17	n=65054	21.4%
18	n=33331	10.9%
19	n=9175	3.0%
21	n=1991	0.7%
24	n=2660	0.9%
25	n=8430	2.8%
28	n=4809	1.6%

**Relatives Überleben
(\approx tumorspezifisches Überleben)**



Ca. 10% Survivalunterschied zwischen den Registern, wohl u.a.bedingt durch Unterschiede bei Prognosefaktoren und Follow-up



Vergleich männliches vs. weibliches Mammakarzinom

Prognosefaktoren (2012-2018)*

	Männer n = 1132	Frauen n = 123.203
Mittleres Alter (Jahre)	68,7	63,1
Tis	7,7	10,5
T1	32,5	47,2
T2	40,8	32,7
T3/4	19,0	9,6
N+ (%)	42,5	31,8
M1 (%)	6,8	3,9
HR+ (%)	98,2	85,5
HER2+ (%)	10,7	14,2
Ki67 ≥ 30 (%)	26,9	28,5

*bei neoadjuvanten Fällen wurde cTNM berücksichtigt

Therapien (2012-2018)

	Männer n = 1132	Frauen n = 123.203
Mastektomien (%)	91,9	28,7
LAD (+/- SLNB)	44,0	28,6
Bestrahlung (%)	35,7	60,1
Chemotherapie (%)	28,6	33,0
Endokrine Th. bei HR+ (%)	73,7	77,4
Targeted Th. Bei HER2+ (%)	55,8	62,4

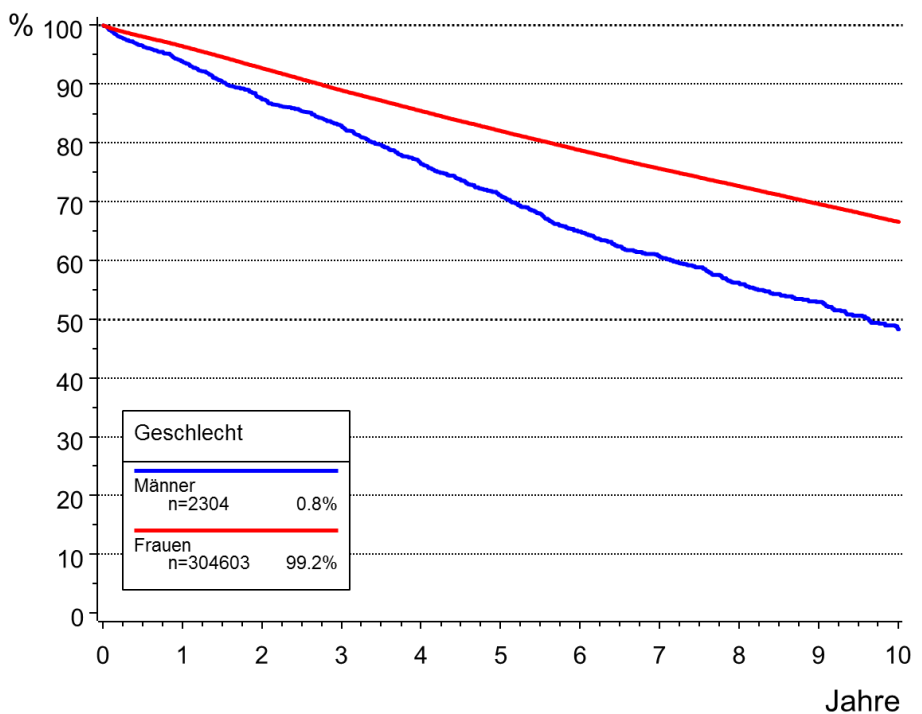
- das männliche Mammakarzinom ist bei Diagnose fortgeschrittener
- radikalere OPs bei Männern
- weniger Rad wegen < BET-Rate bei Männern
- kaum Unterschiede bei syst. Therapien



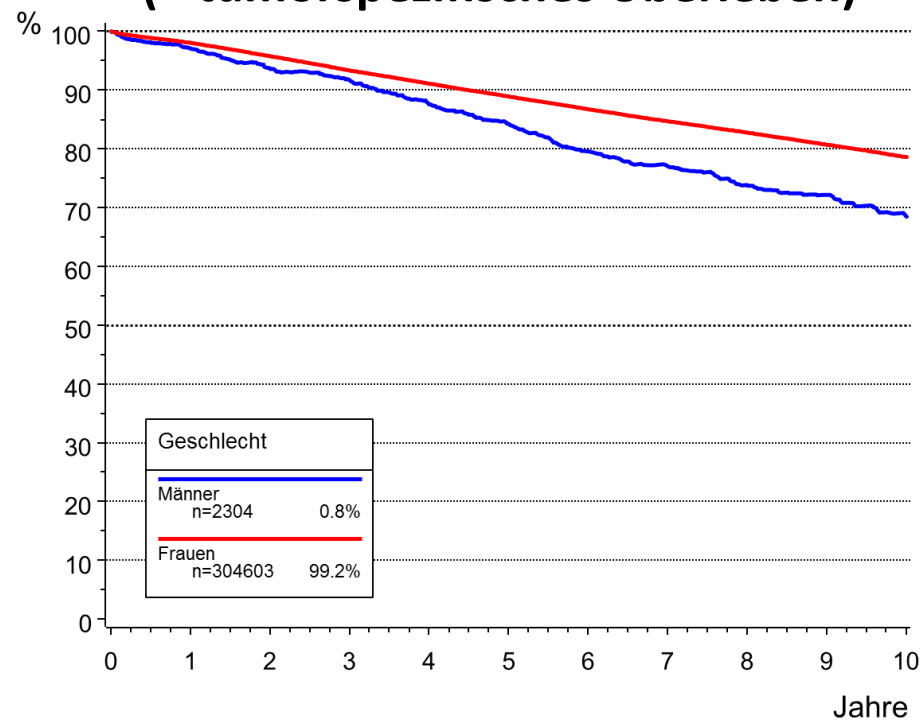
Vergleich männliches vs. weibliches Mammakarzinom

* Es wurden nur Register mit ausreichendem Follow-Up (med. Beobachtungszeit ≥ 4 Jahre, Sterberate ≥ 15%) berücksichtigt.

Gesamtüberleben



Relatives Überleben (≈ tumorspezifisches Überleben)



Cox-Regression:

HR univariat: 1,79 (1,66-1,92)
 HR multivariat: 1,36 (1,26-1,45)

Der Überlebensunterschied univariat wird multivariat deutlich geringer (Komorbidität? Life-Style? ...)



Mammakarzinom - Fazit

Trends bei den Prognosefaktoren und der neoadjuvanten Therapie

- Trend zu günstigerer Verteilung der Prognosefaktoren kann als Screening-Effekt interpretiert werden
- Zunahme der neoadjuvanten Therapie auf bis zu 20%

Variablen der LL-Konformität

- Mamma-OP und Axilla-OP seit 10 Jahren stabil und LL-gerecht
- Bei Bestrahlung und systemischen Therapien Dokumentationseffekte, daher „nur“ ungefähre Aussagen möglich

Prognosefaktoren und Survival im Registervergleich

- Survivalunterschiede zwischen Registern wohl u.a. aufgrund von Unterschieden bei Prognosefaktoren und Follow-Up

Mamma-Ca des Mannes und der Frau im Vergleich

- Spätere Diagnose bei Männern führt zu Verschlechterung der Prognosefaktoren
- Radikalere OPs bei Männern, weniger Rad, kaum Unterschiede bei syst. Therapien
- Multivariat verbleibt ein leichter Unterschied beim Gesamtüberleben

