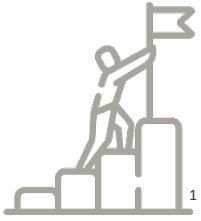




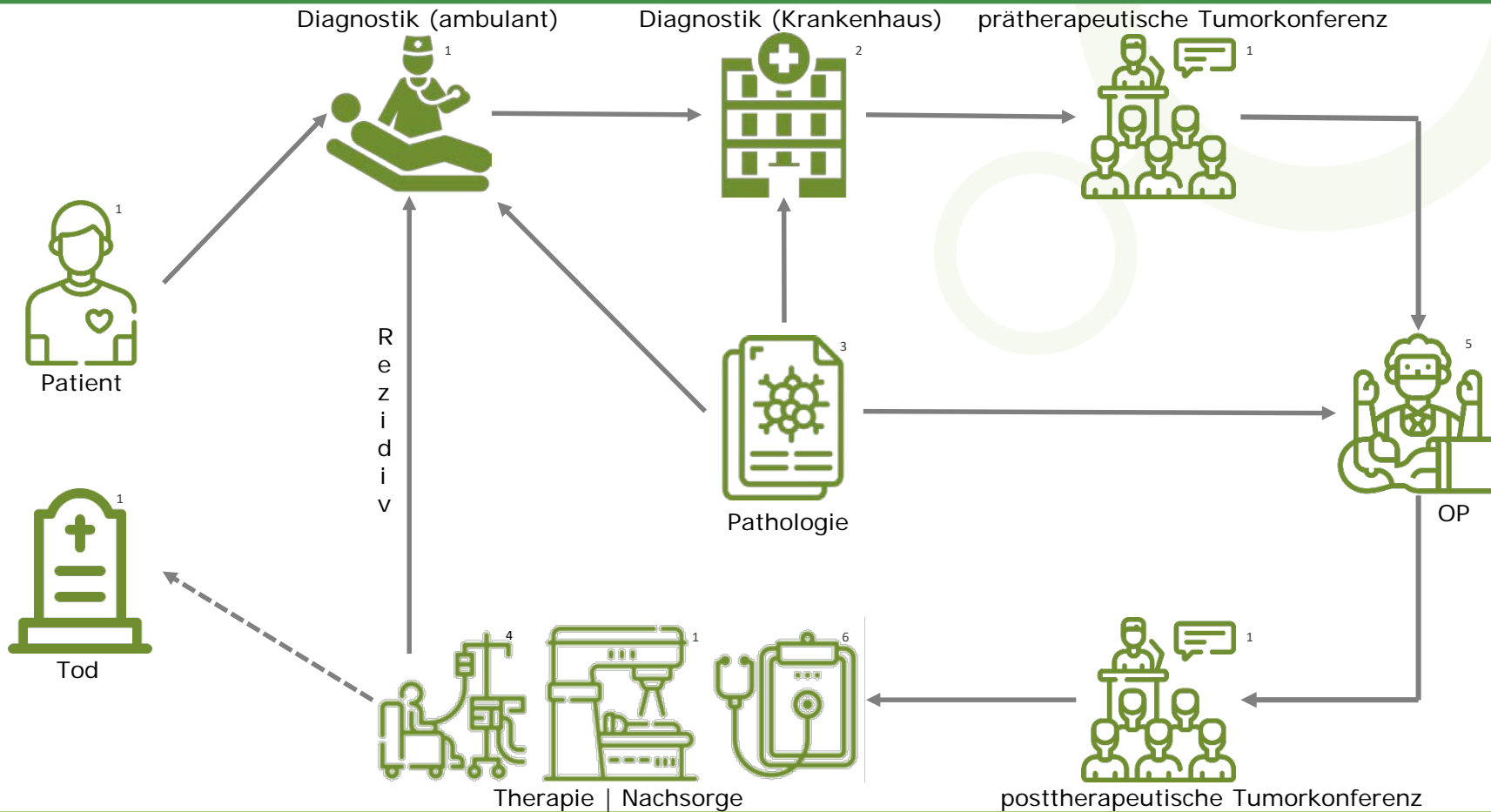
Kolonkarzinom – Fallbeispiele aus den Registern und Informationen zum Meldeprozess

LANDESQUALITÄTSKONFERENZ DER KLINISCHEN KREBSREGISTER IN SACHSEN
DRESDEN, 17. JULI 2021

Birgit Schubotz, Leiterin Klinisches Krebsregister CHEMNITZ



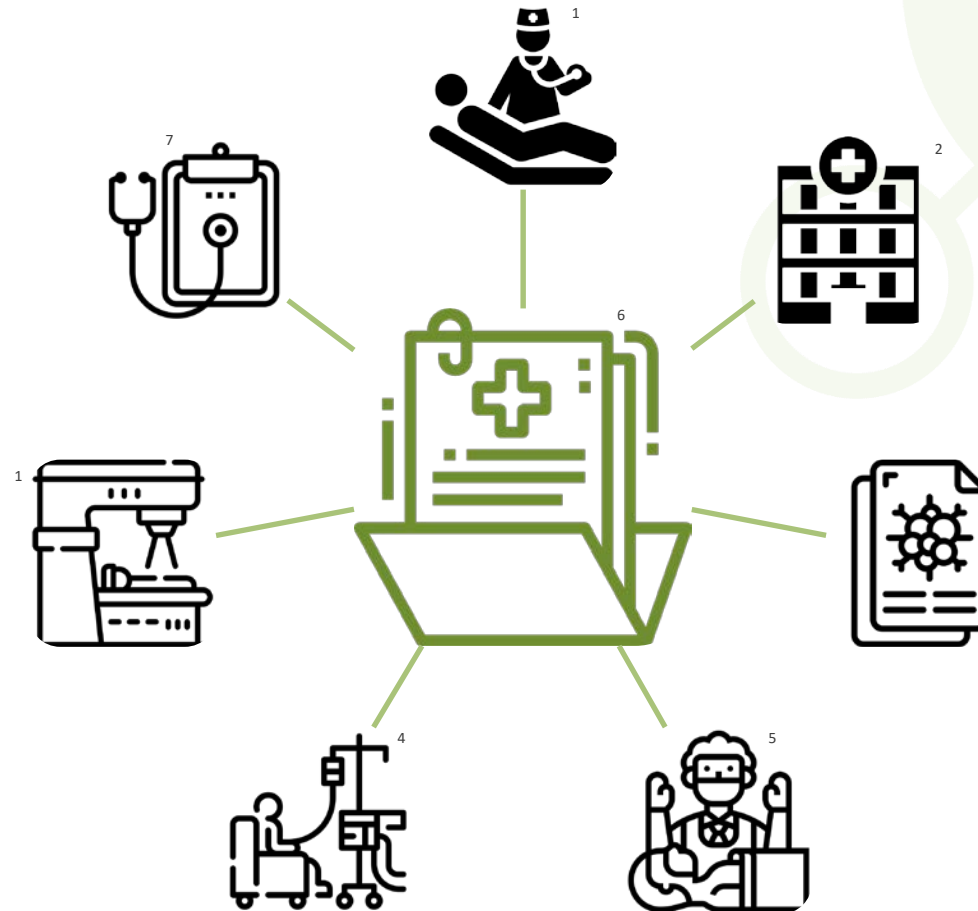
Behandlungspfade der Patienten – Weg zur Dokumentation



Icons © <https://www.flaticon.com/de/>



Informationsquellen einer Tumormeldung



- ✓ sektorenübergreifend
- ✓ lebenslang
- ✓ strukturiert
- ✓ vollständig
- ✓ plausibel
- ✓ **nutzbar**

Icons © <https://www.flaticon.com/de/>



Diagnostik (ambulant)

- Durchführung durch: Hausärzte, Internisten, Gastroenterologen
- erste Diagnostik (Anamnese, iFOBT (Blut-im-Stuhl-Test), Koloskopie, Biopsie, Sonografie..)
- Nutzung Früherkennungsuntersuchungen ab dem 50. Lebensjahr oder Überweisung bei Symptomen (Bsp.: Blut im Stuhl, anhaltende Bauchschmerzen, unklarer Gewichtsverlust)
- beim Gastroenterologen ggf. mit Ersttherapie (z.B. Polypektomie)

Wer ist meldepflichtig?

- Gastroenterologe: hinreichende Sicherung notwendig, meldepflichtig ab HGIN (high grad intraepitheliale Neoplasie, Wien Kategorie 4)
- Ausnahme Hausarzt: Therapieverweigerung oder Tumortod ohne Staging

Umfang der Meldung?

- immer: Lokalisation, gern mit cm-Angabe , Morphologie, bei Polypektomie: pTNM, R-Status

Diagnosedatum? – Koloskopiedatum



Überweisung ins Krankenhaus

→ Fortsetzung Diagnostik (CT, MRT, PET, Blutuntersuchungen...) = Staging



interdisziplinäre Tumorkonferenz

prätherapeutische Tumorkonferenz

bei Pat. mit Rektumkarzinomen und Kolonkarzinom (nur Stadium IV)

→ **Ziel:** Erreichung Tumorfreiheit durch OP

postoperative Tumorkonferenz bei allen Pat. mit kolorektalen Karzinomen

→ ggf. anschließende Chemotherapie oder Nachsorge



Behandlung - stationär

- Meldeanlässe: Pathologie, Diagnose mit weiterem Sachverhalt, OP, Radiatio, internist. Therapie, Tod
 - OP-Datum, OPS-Code, R-Klassifikation, pTNM
 - exakte Datumsangaben notwendig (z.B. für Berechnung postoperative 30d-Mortalität)
 - Anzahl untersuchter und befallener Lymphknoten
 - OP-Komplikationen und Operateure meldepflichtig, Grenzen bei Epikrisen
 - organspezifisch für Kolon: Vorliegen einer Mutation im K-ras-Onkogen, Modalität der Eingriffsdurchführung (Elektiv / Notfall), Einstufung des Patienten nach der ASA-Klassifikation bei präoperativer Untersuchung durch den Anästhesisten (Aspekt für Risikoadjustierung)
- idealer Zeitpunkt der Tumormeldung? - Klärung im Klinikablauf notwendig
 - im Normalfall: bei Entlassung bzw. wenn alle Untersuchungsergebnisse eingeflossen sind
- elektronische Meldungen im Idealfall aus KIS, jedoch noch im Entwicklungsstadium und bisher nur geringe Integration in KIS-Systeme



Behandlung / Nachsorge - ambulant

- internistische Therapie: niedergelassene Onkologen
- Nachsorge: Hausarzt / Facharzt

- idealer Zeitpunkt der Tumormeldung?
 - bei Beginn und Ende system. Therapie oder bei Therapiewechsel
 - Meldepflicht bei Statusänderung oder Tod

- Sonderfall: erste Vollremission nach nicht vollständiger Tumorfreiheit aus der Klinik



Fallbeispiele

-
- m / Alter bei Diagnose: 76
 - Diagnose: 09/2015, Adenokarzinom (81403) – Colon ascendens (C18.2)
 - Behandlung:
 - 09/2015 endoskopische Polypektomie¹ (5-452.21) – R1
 - 09/2015 Tumorkonferenz²
 - 10/2015 Hemikolektomie rechts² (5-455.41) – R0 (pT1|pN0(0/22)|cM0)
 - 10/2015 Tumorkonferenz² – Entscheidung strukturierte Nachsorge
 - Letzte Information: 12/2020 Vollremission

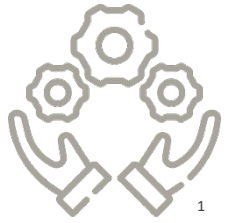
¹ambulant | ²stationär



Fallbeispiele

- m / Alter bei Diagnose: 67
- Diagnose²: 07/2014, Adenokarzinom (81403) – Colon sigmoideum (C18.7)
- → cT3|cN0|cM1a (HEP) (Stadium IVA; Aufl. 7)
- Behandlung:
 - 08/2014 Tumorkonferenz²
 - 08/2014 modifizierte Trisektorektomie links mit Cholezystektomie und Lymphadenektomie²
(Ziel HEP-Met.) – R2/R0
 - 10/2014 laparoskopisch assistierte anteriore Resektion mit PME² (5-484.35) – R0
(pT3a|pN1c|pM1a)
 - 10/2014 Tumorkonferenz²
 - 12/2014 – 06/2015 adj. Chemotherapie¹ (5FU-Leukovorin)
 - 07/2015 Nachsorge¹ – R0
- Letzte Lebendinformation: 07/2021

¹ambulant | ²stationär

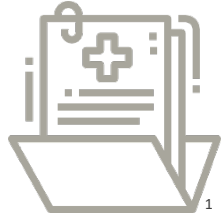


Erfahrungen aus der Praxis

- Sigmakarzinom und tiefe anteriore Resektion, Hemikolektomie links rechts verwechselt
 - Plausibilität von OPS-Codes
- Pathologe hat keine Angaben über LK-Befall und Umfelddiagnostik (NX, MX)
- Klinik schreibt Pathologiebefund mit NX, MX ab!!!
 - keine vollständige Diagnosemeldung

TNM, 8. Auflage, Seite 8 (Prof. Wittekind):

„Die Kategorie MX wird als unzureichend angesehen, da für die Bestimmung der klinischen M-Klassifikation die klinische Untersuchung ausreichend ist...“



Ziel und Zweck der Tumordokumentation

- Beschreibung der Behandlungsqualität in der Region (Einhaltung von Leitlinien)
- Ergebnisqualität zum Vergleich mit Studienergebnissen oder anderen Regionen
- Unterstützung für Zertifizierung
- Optimierungspotentiale aufdecken und Qualitätsverbesserungen anstoßen
- Entscheidungsgrundlage für Versorgungs- und Förderungsempfehlungen
- Forschung mit retrospektiven bevölkerungsbezogenen klinischen Daten



Qualitätsindikatoren / Zertifizierung

- QI 1: Erfassung der Familienanamnese
 - QI 2: vollständige Befundberichte nach Tumorresektion bei KRK
 - QI 1 und QI 2 (aktuell keine oder nicht alle Pflichtangaben im Basisdatensatz und dem organspezifischen Modul
 - Kooperationsvertrag notwendig für zusätzliche Erfassung und Auswertung durch KKR)
 - QI 3: Mutationsbestimmung bei metastasiertem KRK
 - QI 4: Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK
 - QI 7: Vorstellung Tumorkonferenz
 - QI 8: adjuvante Chemotherapie
 - QI 10: Anastomoseninsuffizienz Kolonkarzinom
-

Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!

Quellen

→ Liste aller genutzten Icons:

- ¹ "Icon made by Freepik from www.flaticon.com"
 - ² "Icon made by Dimi Kazak from www.flaticon.com"
 - ³ "Icon made by Smashicons from www.flaticon.com"
 - ⁴ "Icon made by wanicon from www.flaticon.com"
 - ⁵ "Icon made by Eucalyp from www.flaticon.com"
 - ⁶ "Icon made by Nhor Phai from www.flaticon.com"
 - ⁷ "Icon made by itim2101 from www.flaticon.com"
-
- <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-007OL.html>

¹ ambulant | ² stationär