

Lymphknotenmanagement in der Dermatologischen Onkologie

C. Bauer-Auch, T. Vogel, C. Oswald, P. Morakis, J. Englert

Einleitung

Die Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen (QualiKo) hat am 25.06.2019 zur zweiten Qualitätskonferenz Dermatologische Onkologie nach Stuttgart eingeladen. Dabei sind alle dermato-onkologisch tätigen Ärzte in Baden-Württemberg angesprochen. Ziel dieser Qualitätskonferenzen ist es, mittels aktueller Zahlen im Krebsregister Baden-Württemberg (KRBW) die Versorgung in der dermatologischen Tumortherapie in Baden-Württemberg darzulegen. Es wurde u.a. veranschaulicht, welche Therapien Patienten mit Malignem Melanom oder Plattenepithelkarzinom der Haut in Abhängigkeit vom Tumorstadium in Baden-Württemberg erhalten. Dabei werden Empfehlungen der S3-Leitlinie herangezogen. Ein Themenbereich in diesem Jahr ist das Lymphknotenmanagement in der stationären dermatologischen Onkologie. Analysiert wurde, wie häufig Sentinel-Lymphknoten-Biopsien (SLNB) und Lymphadenektomien (LAD) durchgeführt wurden und wie häufig die Lymphknotenbeurteilung im Verlauf stattgefunden hat.

Methodik

Eingeschlossen wurden alle Patienten mit einem Malignen Melanom bzw. einem Plattenepithelkarzinom der Haut im Erstdiagnosezeitraum 2012-2016. Patienten mit mehreren Melanomen bzw. Plattenepithelkarzinomen (PEK) wurden für die bessere Vergleichbarkeit der Behandlungsoptionen ausgeschlossen. Beim Melanom wurden die ICD-10 Codes der kutanen und mukosalen Melanome (C43*, C51*, C60*, C63.2, C00-06, 10-14, 30-32), sowie weitere Schleimhautregionen, wie Rektum, Vagina und Cervix, eingeschlossen. Berücksichtigt wurde zudem der Histologiebereich 872-879. Beim PEK wurde der ICD-10 Bereich C44* sowie der Histologiebereich 803-808 berücksichtigt. Es wurden die Histologien aus der ICD-O-3 sowie aus den WHO Classification of Tumours (WHO Blue Books) verwendet. Dargestellt sind die im Krebsregister BW vorliegenden Daten zum Lymphknotenmanagement auf Basis der Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinien.

Auswertungen zur Behandlungsqualität erfolgen für meldende Krankenhäuser, die pseudonymisiert dargestellt werden. Die Pseudonymvergabe erfolgt zufällig und für Maligne Melanome und Plattenepithelkarzinome getrennt. Die Analysen werden mit der Statistiksoftware SAS Version 9.4. bereitgestellt.

Ergebnisse

Insgesamt werden 8.712 Patienten mit Erstdiagnose eines Malignen Melanoms in die Auswertungen eingeschlossen (53 % männlich). Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei 62 Jahren. Beim Plattenepithelkarzinom der Haut werden 8.314 Patienten in die Auswertungen eingeschlossen (64 % männlich). Hier ist das Durchschnittsalter mit 77 Jahren höher. Die Ergebnisse zum Lymphknotenmanagement können den Abbildungen 1-4 entnommen werden. Die Darstellungen zeigen, wie häufig welche Einrichtung das Ziel der S3-Leitlinie erreicht, oder die Empfehlung umgesetzt hat. Diese werden gegebenenfalls durch weitere Informationen ergänzt.

Melanom: SLNB bei \geq pT2a und M0 (N=2.547)

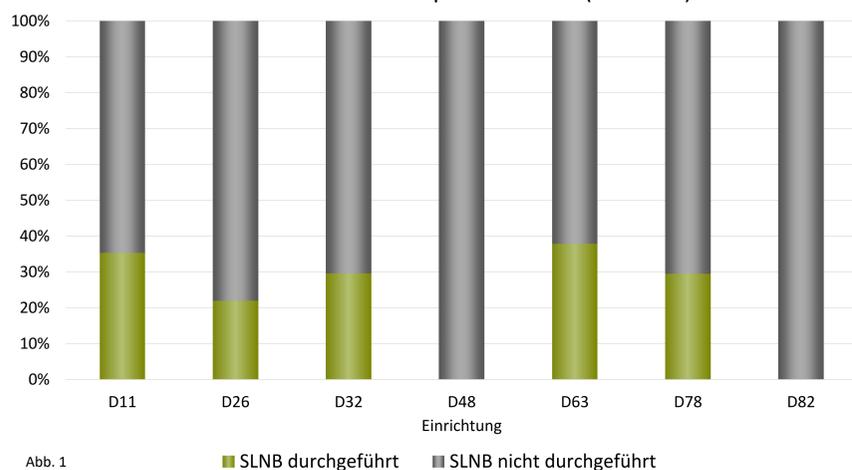


Abb. 1

Qualitätsziel:

Möglichst häufig Wächterlymphknoten-Biopsie bei primären, kutanen Melanomen \geq pT2a, ohne Hinweis auf lokoregionale oder Fernmetastasierung

Melanom: Therapeutische LAD bei jedem pT und c/pN1b oder c/pN2b oder c/pN3b und M0 (N=117)

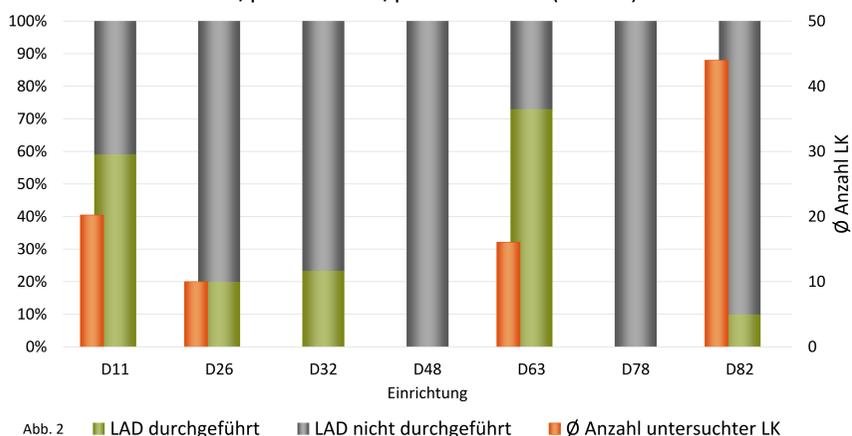


Abb. 2

Qualitätsziel:

Möglichst häufig therapeutische LAD bei klinischem Nachweis einer lymphogenen Metastasierung und fehlendem Hinweis auf Fernmetastasen

Melanom: LK-Beurteilung bei Stadium \geq IB -IIIC im Verlauf (N=2.148)

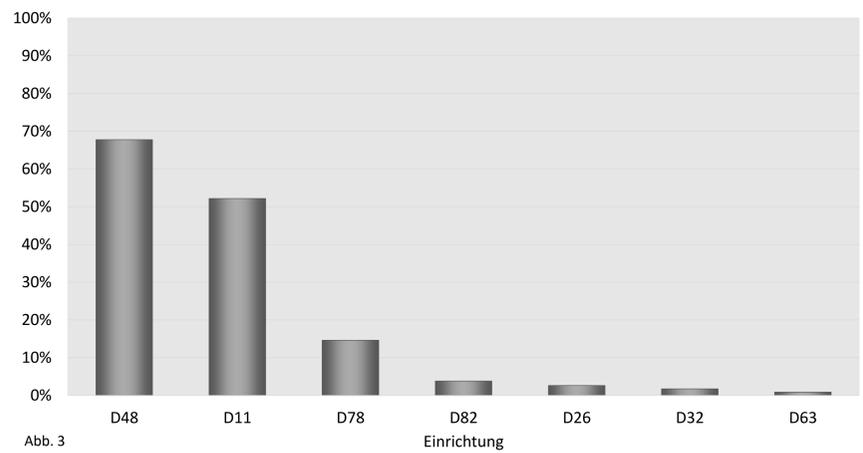


Abb. 3

Empfehlung:

Lokoregionale Lymphknoten-Sonographie soll bei Melanompatienten ab Stadium IB in der Nachsorge erfolgen*.

* Modifizierte Auswertung, da die LK-Sonographie nicht meldefähig ist

Es wird neben Empfehlungen zur stadienadaptierten Therapie auch die Nachsorge betrachtet. Abbildung 3 zeigt die Nachsorgesituation mit initialer Diagnostik der Patienten in den jeweiligen Kliniken. Dafür werden Verlaufsmeldungen zu diesen Patienten aus verschiedenen Kliniken und aus dem niedergelassenen Bereich betrachtet. Aufgrund der im Register vorliegenden Daten aus dem stationären und ambulanten Bereich wird den stationären Einrichtungen ermöglicht, einen sektorenübergreifenden Blick zu weitergehenden ambulanten Therapien und Nachsorgen zu erhalten.

Plattenepithelkarzinom: Lymphadenektomie bei cN+/pN+ (N=39)

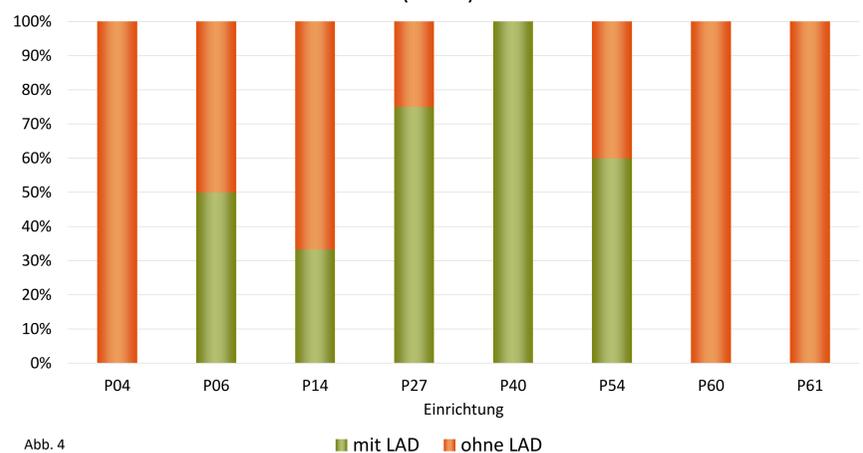


Abb. 4

Evidenzbasiertes Statement :

Die Datenlage rechtfertigt eine therapeutische Lymphadenektomie bei cN+ /pN+ durch eine zu erwartende bessere lokoregionäre Tumorkontrolle und – je nach Ausmaß der nodalen Metastasierung – partiell auch des krankheitsspezifischen Überlebens

Diskussion und Ausblick

Aufgrund der vorliegenden Daten können zumindest erste Erkenntnisse zum Lymphknotenmanagement gewonnen werden. Diese zeigen zum jetzigen Stand durchaus Diskrepanzen in der Umsetzung der Leitlinienempfehlungen in den stationären Einrichtungen.

Ob diese Erkenntnisse dazu führen können Maßnahmen abzuleiten, bleibt abzuwarten und bedarf weiterer Analysen, insbesondere im Hinblick auf die Datenvollständigkeit und –vollständigkeit.

Das KRBW ist ein junges klinisches Register und befindet sich damit noch im Aufbau. Unabhängig davon haben noch nicht alle Kliniken in Baden-Württemberg den Meldeprozess bereits vollständig etabliert. Hinzukommen Einschränkungen bzgl. der Multimorbidität, die im standardisierten bundesweit gültigen ADT/GEKID Datensatz begründet sind, z.B. können Therapieverweigerer und mögliche Kontraindikationen aufgrund von Risikofaktoren, die einer leitlinienkonformen Therapie entgegenstehen nur eingeschränkt ermittelt werden.

Auch aus den Erkenntnissen und Diskussionen in den Qualitätskonferenzen sieht man neben den bisherigen Auswertungen einen Bedarf für weitergehenden Analysen, wie zum Beispiel vertiefte Auswertungen zur medikamentösen Therapie durch Checkpoint, BRAF und MEK Inhibitoren. Auch das Outcome unterschiedlicher Behandlungsstrategien wie z.B. SLNB vs. Neck-Dissection bei Kopf-Halstumoren sollen tiefer beleuchtet werden. Ebenso sieht man einen Bedarf zu Analysen zum Merkelzellkarzinom, sowie Aussagen bzgl. von Rezidivquote bei OPs mit und ohne mikroskopisch kontrollierter Chirurgie (MKC).

Kontaktadresse

Tilo Vogel
Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen (QualiKo) bei der Klinischen Landesregisterstelle des Krebsregisters Baden-Württemberg bei der BWKG e.V.

Birkenwaldstraße 145
70191 Stuttgart

Telefon 0711/25777-712
E-Mail vogel@qualiko-bw.de