

Versorgungssituation beim Lungenkarzinom

Torsten Gerriet Blum, Berlin; Michael Hauptmann, Neuruppin; Luca Caramenti, Neuruppin

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

10. Bundesweite Onkologische Qualitätskonferenz 2024

Aktuelle Auswertung – Lungenkarzinom



• Einschlusskriterien:

- ✓ Tumorentität nach ICD-10 bzw. Morphologie nach ICD-O-3
- ✓ Diagnosedatum 2000-2022

403.344 Pat.

• Ausschlusskriterien:

∅ Geschlecht unbekannt:	17 Pat.
∅ Diagnosedatum fehlt:	2850 Pat.
∅ Geburtsdatum fehlt:	1 Pat.
∅ ICD 10 fehlt:	971 Pat.
∅ Behaviour Code 0, 1, 2, 6, 9:	22.957 Pat.
∅ unter 18 Jährige:	61 Pat.
∅ Inkonsistenzen:	5.005 Pat.

-34.594 Pat.

Bereinigter Datensatz: 368.750 Pat.

(in 2020: 50,8% der erwarteten Neuerkrankungen)

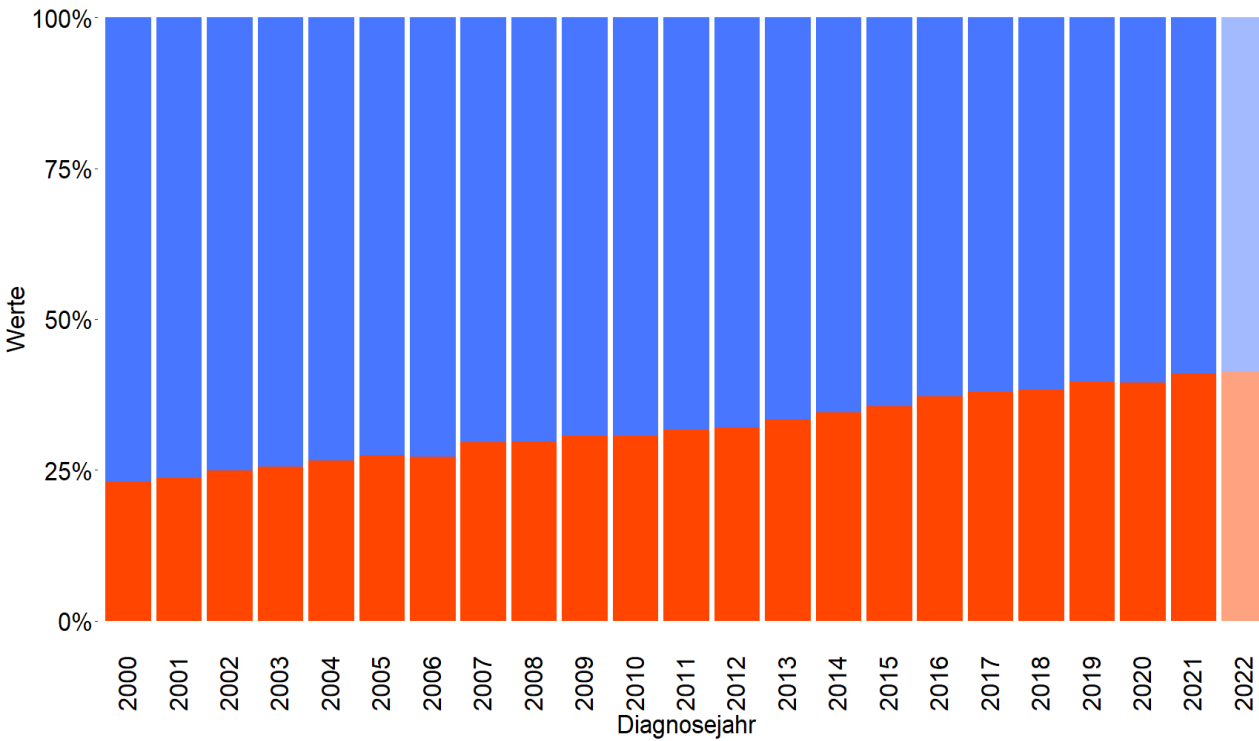
Best-Stadium fehlend oder 0: 105.161 Pat.

Fehlende Chemotherapie-daten: 40.946 Pat.

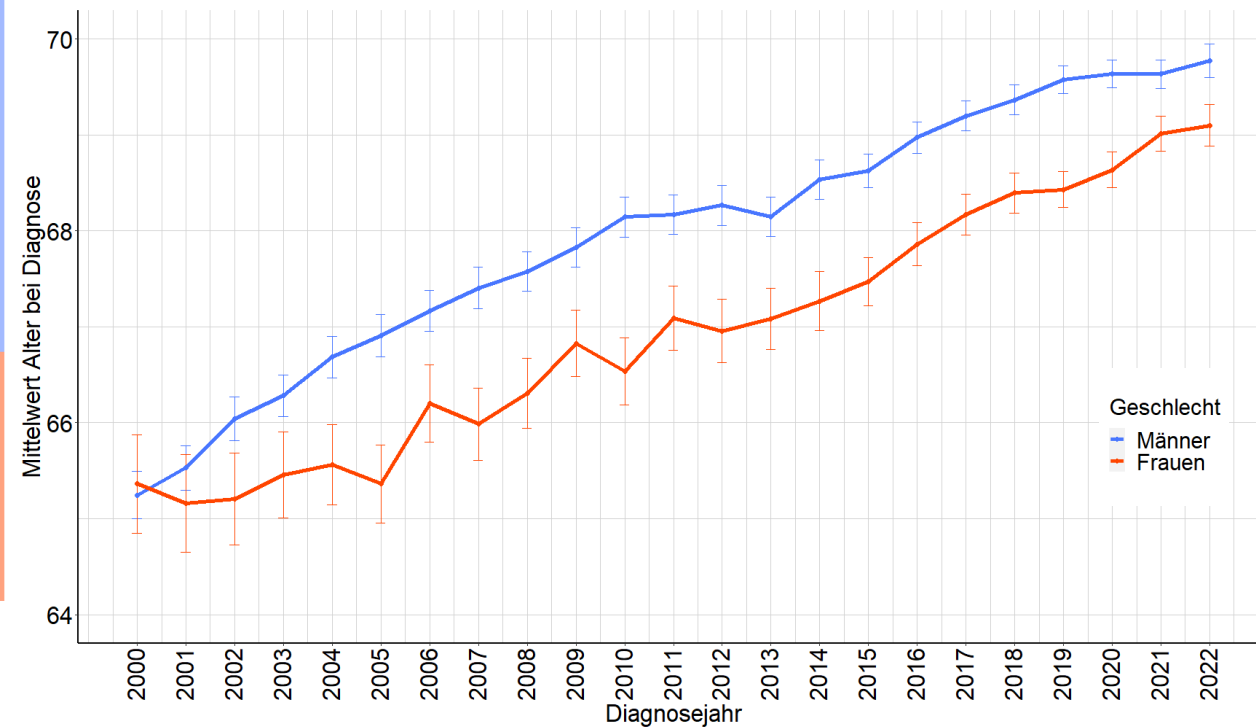
Anm.: Differenz kleiner, da
Ausschluss mancher Personen
wegen mehrerer Kriterien

Lungenkarzinom in Deutschland 1/3

–weiterhin zunehmend mehr Frauen und höheres Alter



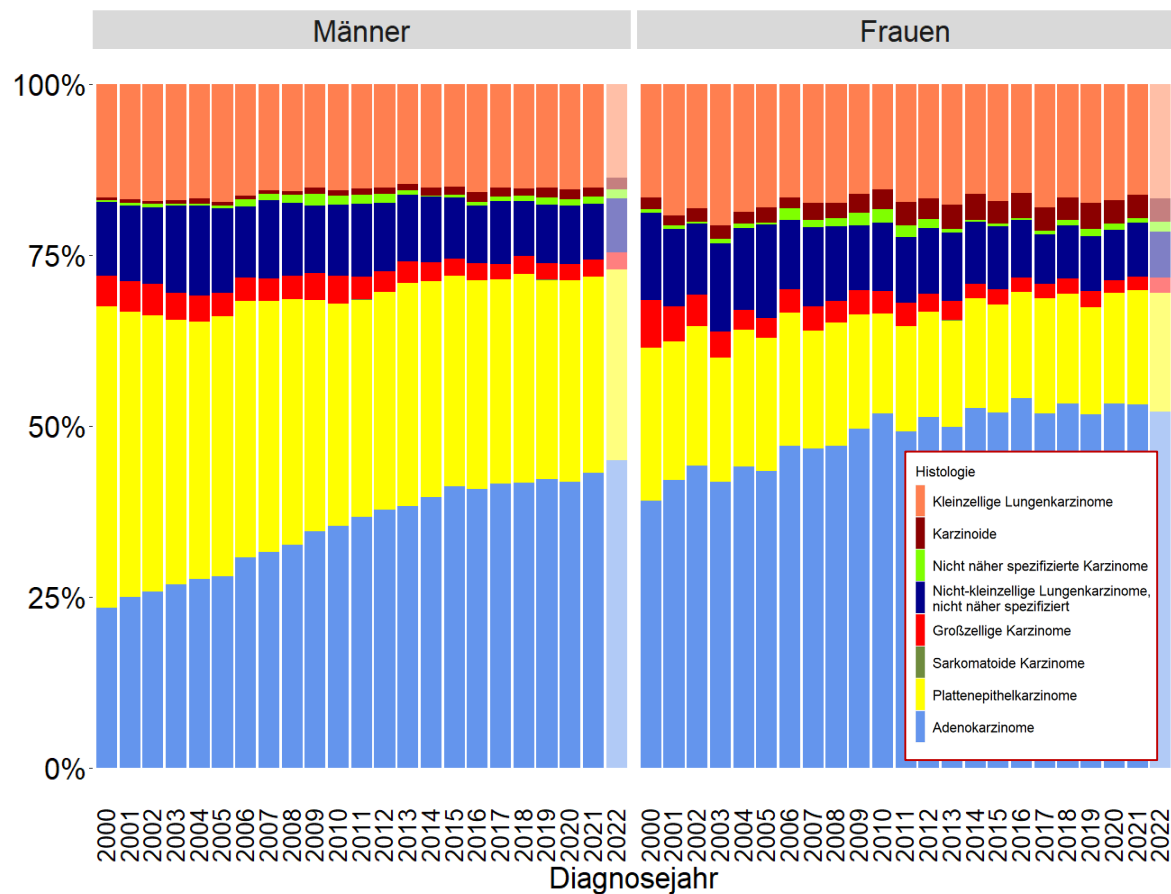
**Mittleres Diagnosealter nach Geschlecht
(N = 368.750, Zeitraum 2000-2022)**



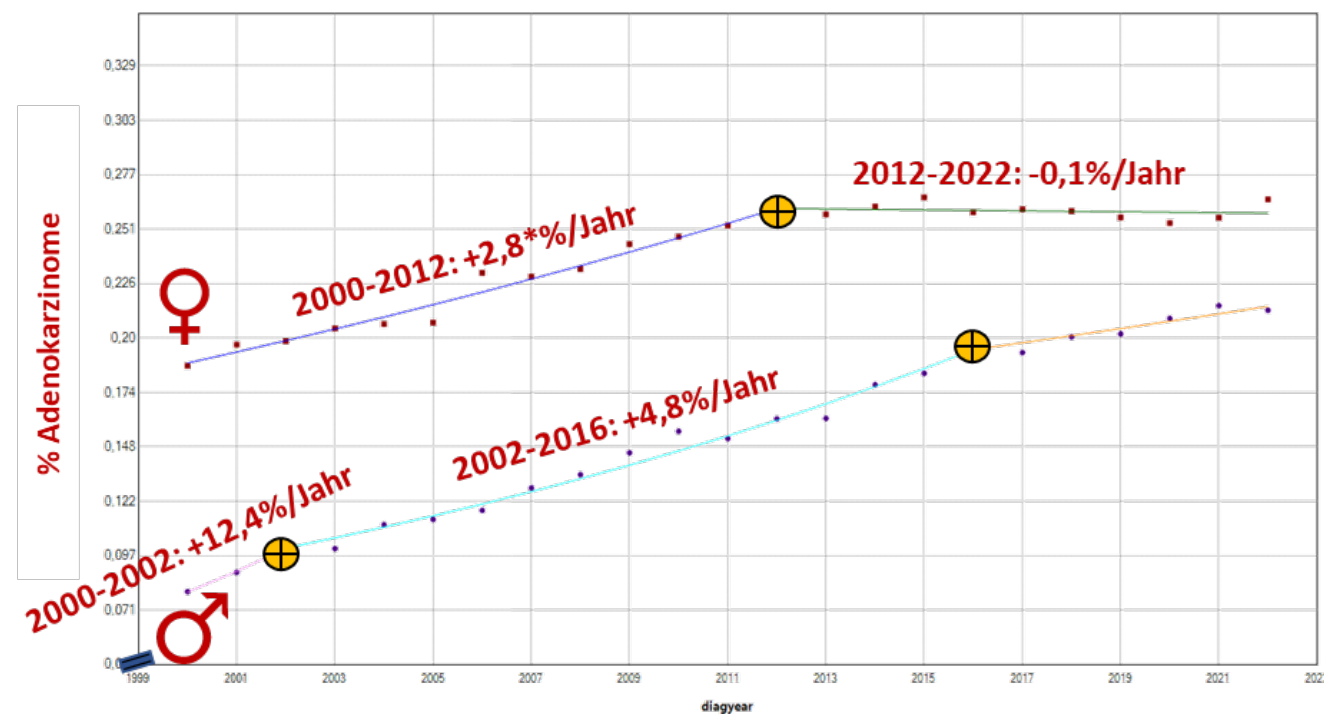
**Anteil Erstdiagnosen nach Geschlecht
(N = 368.750, Zeitraum 2000-2022)**

Lungenkarzinom in Deutschland 2/3

-Zunahme der Adenokarzinome verlangsamt/stagniert



**Histologieverteilung nach Geschlecht und Jahr
(N = 263.589, Zeitraum 2000-2022)**

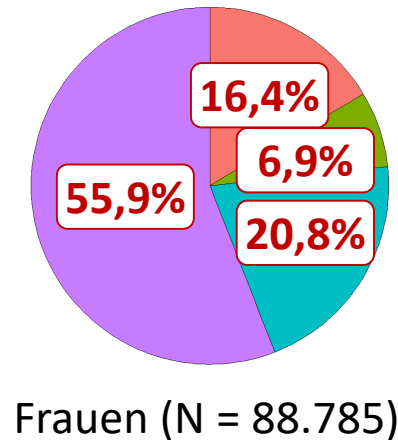
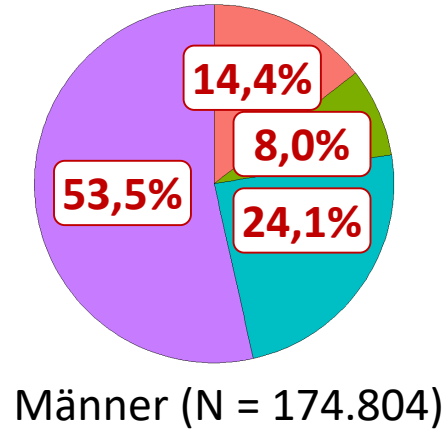
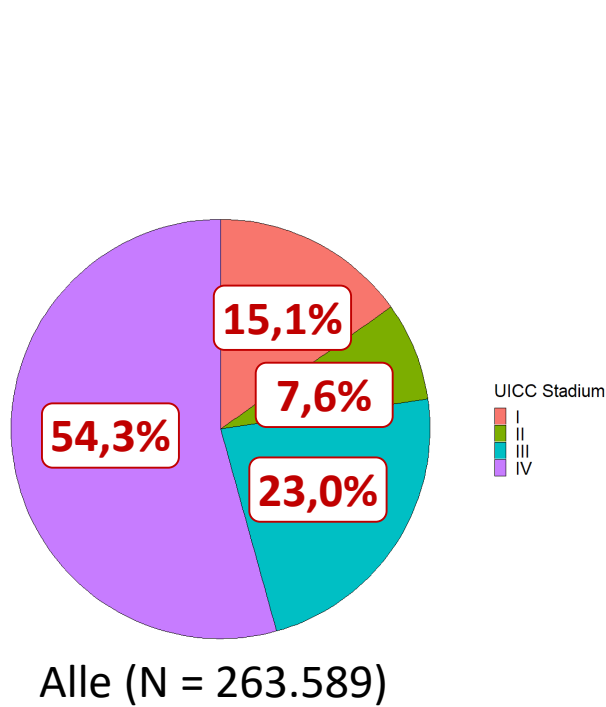


* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 - 1 Joinpoint, 2 - 2 Joinpoints, Rejected Parallelism.

**Trend der Adenokarzinome nach Geschlecht
(N = 263.589, Zeitraum 2000-2022)**

Lungenkarzinom in Deutschland 3/3

–weiterhin in der Mehrzahl Stadium IV bei Erstdiagnose



Stadienverteilung gesamt sowie nach Geschlecht und Jahr (N = 263.589, Zeitraum 2000-2022)

Das Ziel auch in Deutschland: Stage-shift durch LDCT-Lungenkrebs-Screening

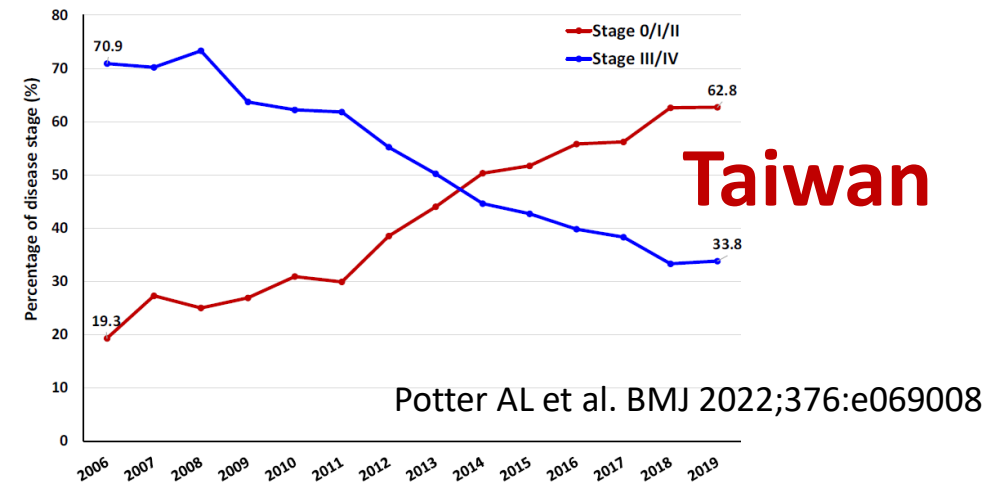
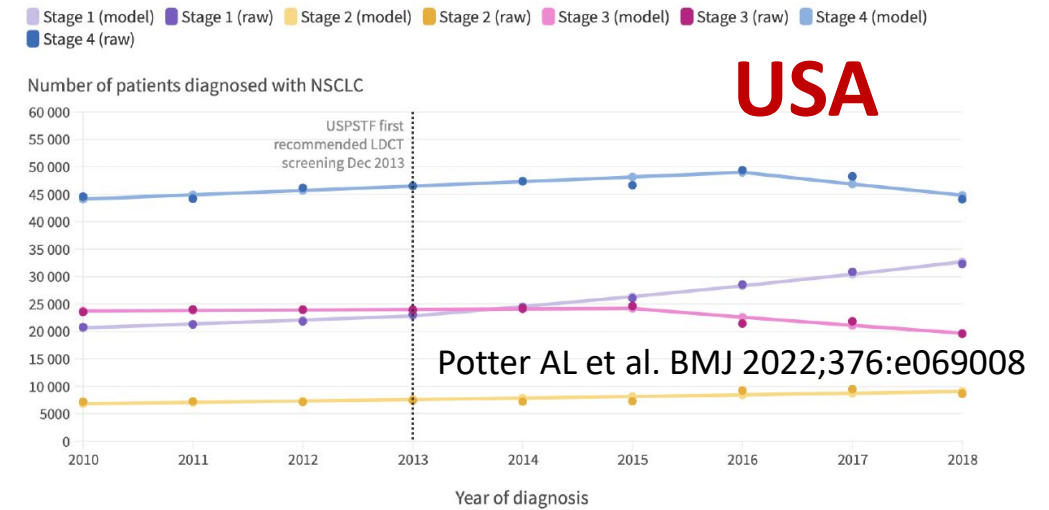


Figure 5. Change in localized (stage 0/I/II) and advanced (stage III/IV) lung cancer from 2006 to 2019 in NTUH. NTUH, National Taiwan University Hospital.

NSCLC

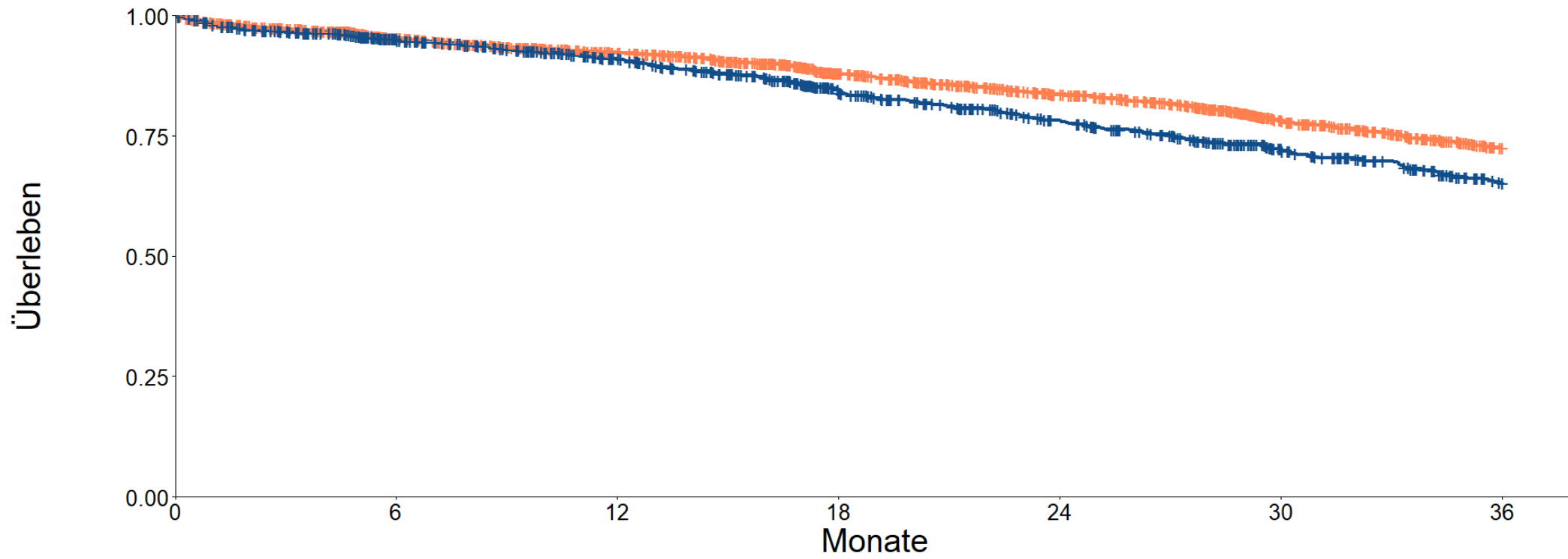
– frühe Stadien

NSCLC, klinisches Stadium I, Diagnosen 2018-2022

– Gesamtüberleben nach OP-Art



OPS + Lobektomie + Sublobäre Resektion

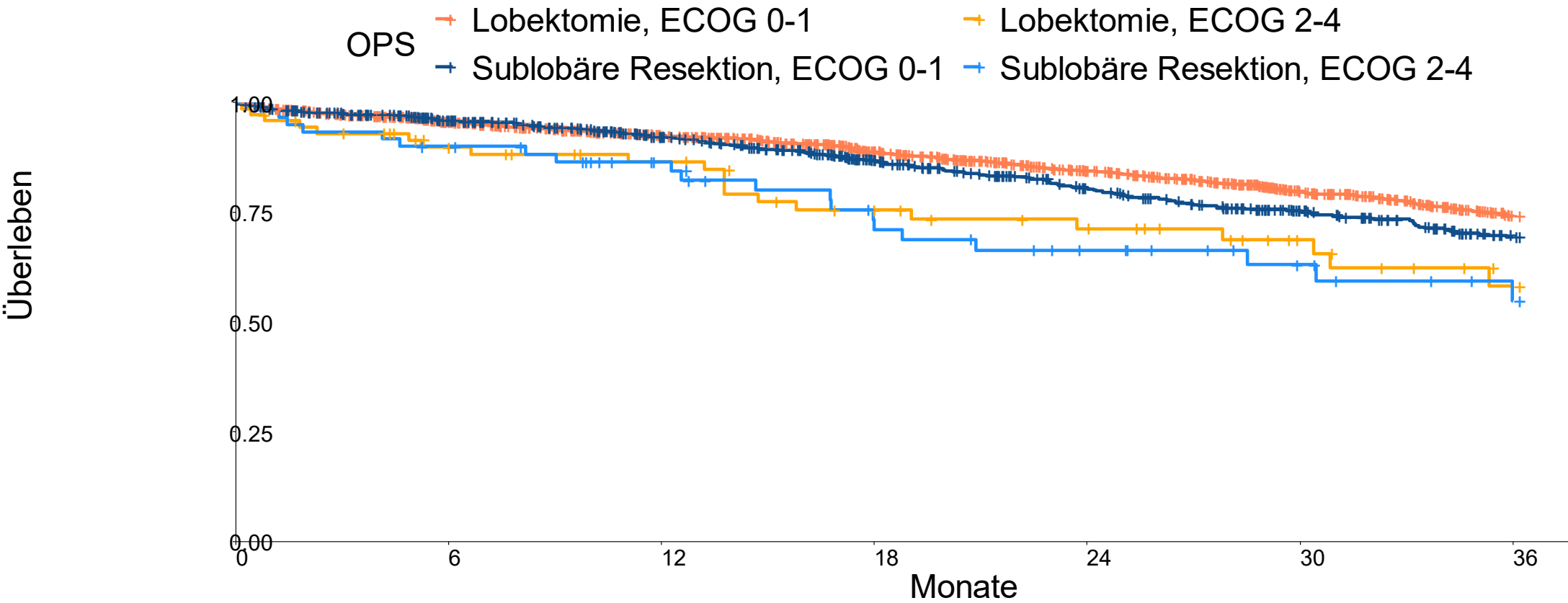


Number at risk

OPS	0	6	12	18	24	30	36
Lobektomie	2304	1943	1672	1361	1126	814	594
Sublobäre Resektion	1169	973	808	621	488	361	247

NSCLC, klinisches Stadium I, Diagnosen 2018-2022

– Gesamtüberleben nach OP-Art, Stratifizierung nach ECOG



OPS

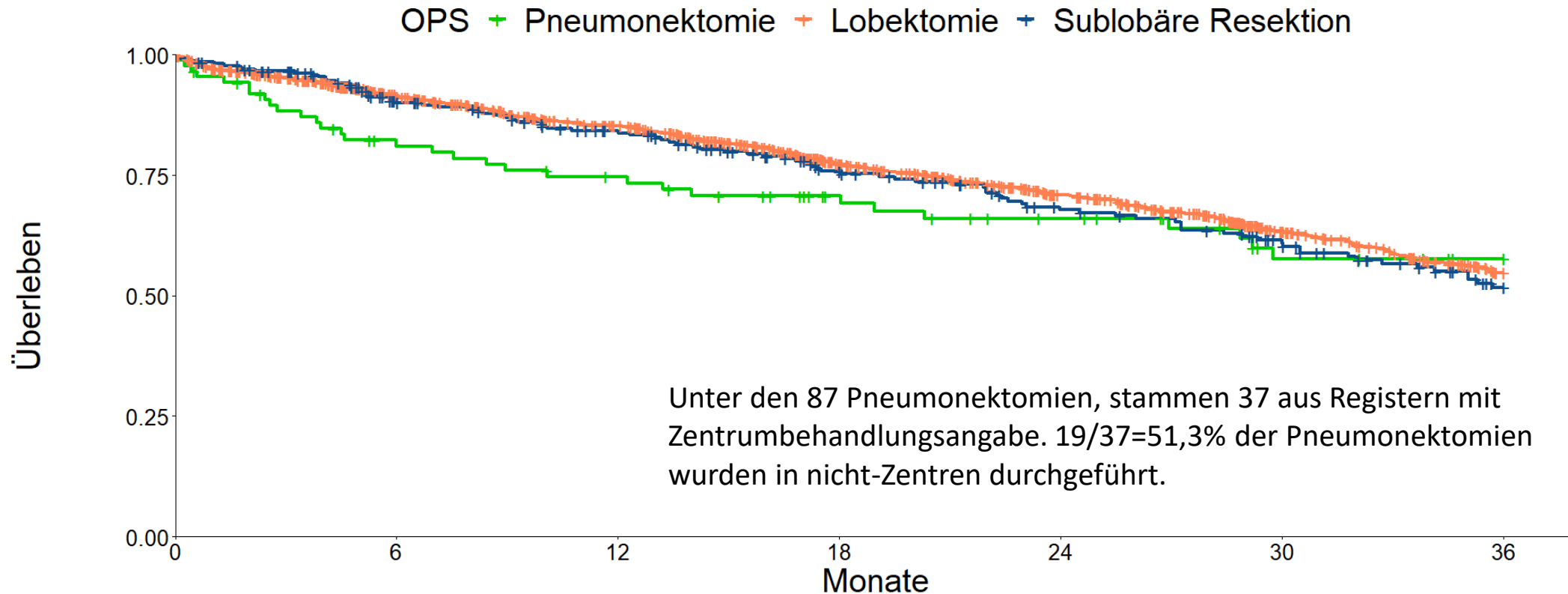
	0	6	12	18	24	30	36
Lobektomie, ECOG 0-1	1599	1348	1148	940	770	566	403
Lobektomie, ECOG 2-4	72	56	50	38	31	22	14
Sublobäre Resektion, ECOG 0-1	769	645	533	406	321	240	169
Sublobäre Resektion, ECOG 2-4	60	53	42	32	25	18	12

Number at risk

Monate

NSCLC, klinisches Stadium II, Diagnosen 2018-2022

– Gesamtüberleben nach OP-Art



		Number at risk						
		0	6	12	18	24	30	36
OPS	Pneumonektomie	87	64	57	45	38	26	21
	Lobektomie	1578	1268	1076	847	689	496	360
	Sublobäre Resektion	265	209	180	143	112	89	59

NSCLC

– lokoregional fortgeschrittene Stadien

NSCLC, klinisches Stadium III

– Vision: Phase 4-Studien/Kontrollarme mit ADT-Daten

Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III Non–Small-Cell Lung Cancer



Scott J. Antonia, M.D., Ph.D., Augusto Villegas, M.D., Davey Daniel, M.D., David Vicente, M.D., Shuji Murakami, M.D., Rina Hui, Ph.D., Takashi Yokoi, M.D., Ph.D., Alberto Chiappori, M.D., Ki H. Lee, M.D., Ph.D., Maïke de Wit, M.D., Ph.D., Byoung C. Cho, M.D., Ph.D., Maryam Bourhaba, M.D., et al., for the PACIFIC Investigators®

Article Figures/Media

Metrics

November 16, 2017

N Engl J Med 2017; 377:1919-1929

NSCLC
klinisches Stadium 3

Simultane
Radiochemotherapie

Anti-PD-L1-Antikörper
Durvalumab

Placebo

Primäre Endpunkte:
-Progressionsfreies Überleben (PFS)
-Gesamtüberleben (OS)

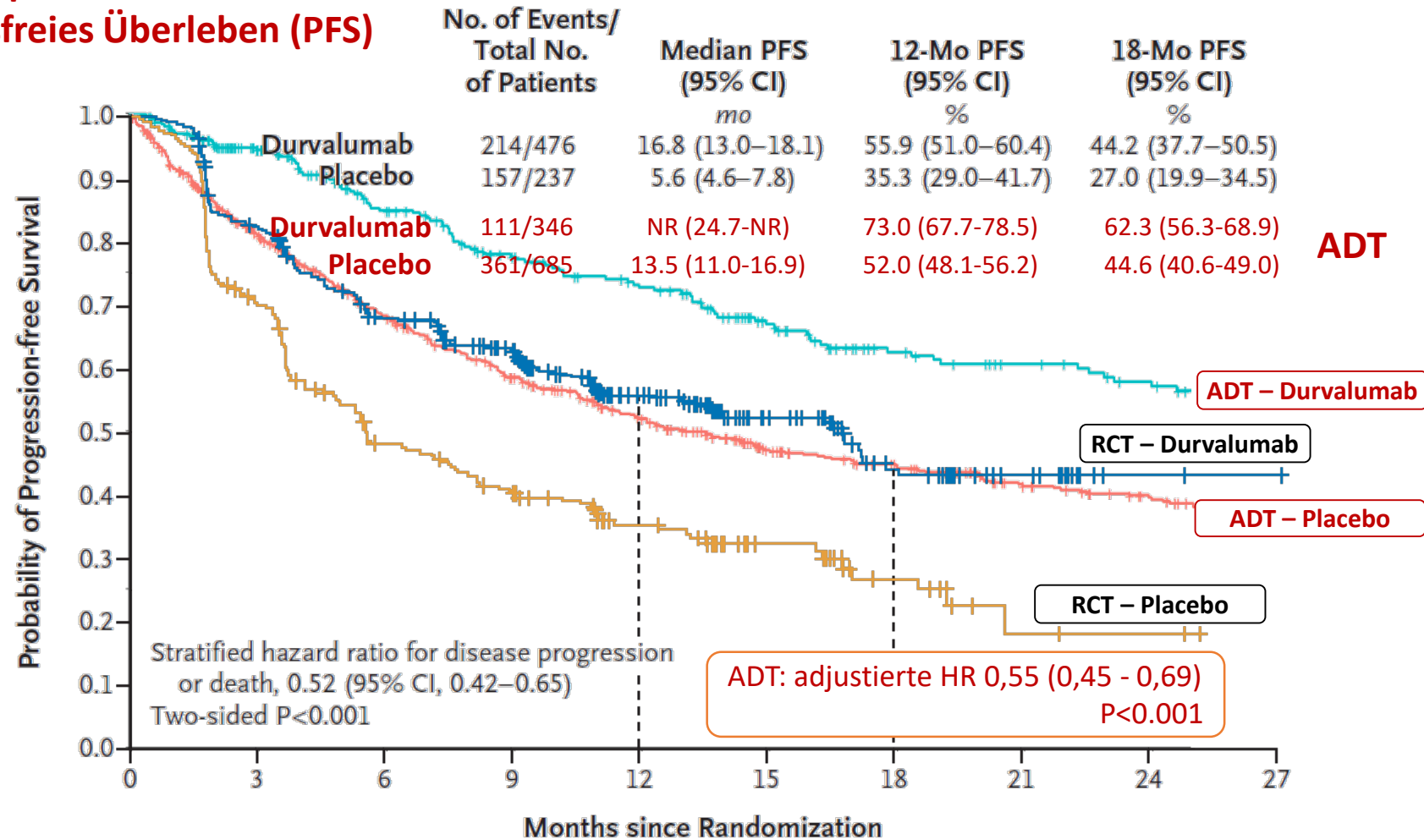
	Anzahl Patienten	Alter Median (Jahre)	Alter Range (Jahre)	Männer	Frauen	IIIA	IIIB	RCT: andere ADT: IIIC	Plattenepithel-Karzinom	Nicht-Plattenepithel-Karzinom
Antonia et al. 2017 (Zeitraum: 5/2014-4/2016; UICC 7)										
Durvalumab	476	64	31-84	334 (70 %)	142 (30 %)	252 (53 %)	212 (44 %)	12 (3 %)	224 (47 %)	252 (53 %)
Placebo	237	64	23-90	166 (70 %)	71 (30 %)	125 (53 %)	107 (45 %)	5 (2 %)	102 (43 %)	135 (57 %)
ADT 2024 (Zeitraum: 8/2018-12/2022; UICC 8)										
Durvalumab	346	66	33-93	221 (64%)	125 (36%)	103 (30%)	169 (49%)	74 (21%)	187 (54%)	159 (46%)
Kontrollarm	685	67	26-86	475 (70%)	210 (30%)	230 (33%)	327 (48%)	128 (19%)	382 (56%)	303 (44%)

NSCLC, klinisches Stadium III

– Vision: Phase 4-Studien/Kontrollarme mit ADT-Daten

Primärer Endpunkt:

Progressionsfreies Überleben (PFS)



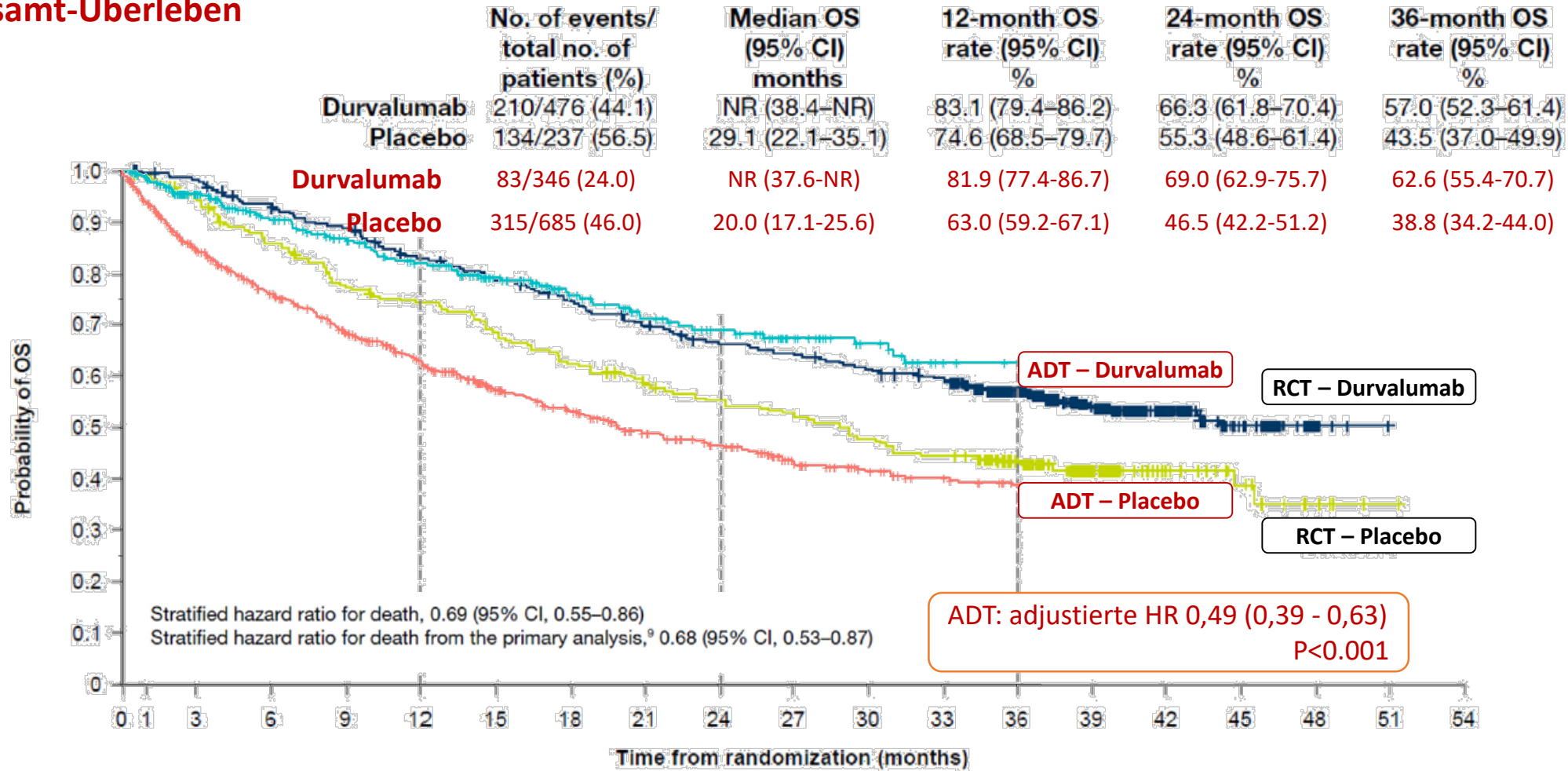
No. at Risk

Durvalumab	476	377	301	264	159	86	44	21	4	1
Placebo	237	163	106	87	52	28	15	4	3	0

NSCLC, klinisches Stadium III

– Vision: Phase 4-Studien/Kontrollarme mit ADT-Daten

**Primärer Endpunkt:
Gesamt-Überleben**



ADT

No. at risk	0	1	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54
Durvalumab	476	464	431	415	385	364	343	319	298	289	274	263	205	132	73	33	7	0	0	0
Placebo	237	220	199	179	171	156	143	133	123	116	107	99	79	49	25	13	5	1	0	0

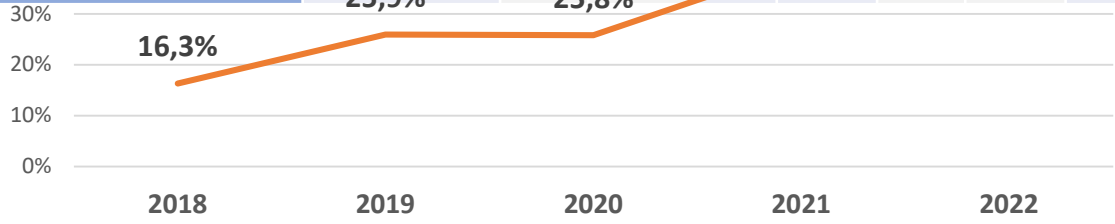
NSCLC, Stadium III:

– Behandlung unmittelbar nach definitiver Radiochemotherapie



	2018		2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Durvalumab nach Radiochemotherapie	24	16,3	71	25,9	68	25,8	120	39,6	63	36,8
Andere Therapie innerhalb von 100 Tagen nach der Radiochemotherapie	15	10,1	37	13,5	42	15,9	19	6,3	16	9,1
Keine Therapie innerhalb von 100 Tagen nach der Radiotherapie	109	73,6	166	60,6	154	58,3	164	54,1	92	51,1

Anteil der Patienten mit Durvalumab-Erhaltungstherapie nach definitiver Radiochemotherapie (NSCLC, Stadium III)



Zentrumsbehandlung*			
Ja	%	Nein	%

QI 13: Erhaltungstherapie nach definitiver Radiochemotherapie (neu 2022)

<p>Zähler</p> <p>Patienten des Nenners mit begonnener Durvalumab-Therapie</p>	<p>Patienten nach definitiver Radiochemotherapie ohne Progress soll bei PD-L1 Expression von $\geq 1\%$ auf Tumorzellen eine Konsolidierung mit dem PD-L1 Antikörper Durvalumab über 1 Jahr angeboten werden.</p>	<p>EG A, LoE 1b, Konsens</p> <p>Qualitätsziel:</p> <p>Möglichst häufig Erhaltungstherapie mit PD-L1 Antikörper Durvalumab nach definitiver Radiochemotherapie ohne Progress und PD-L1-Expression $\geq 1\%$ auf Tumorzellen</p>
<p>Nenner</p> <p>Alle Patienten nach definitiver Radiochemotherapie ohne Progress und mit PD-L1-Expression von $\geq 1\%$ auf Tumorzellen</p>		

Next Generation Clinical Evidence

– **Potenziale der ADT über die klinisch-onkologische Qualitätssicherung hinaus:**

- Pathway-Mapping
- populationsbezogene Beobachtungsstudien
- Phase 4-Studien/Kontrollarme mit Krebsregisterdaten

Ausblick REGINT-Projekt: Emulation gemäß Target-Trial-Konzept mittels ADT-Daten

Es gibt viel Spannendes für uns zu tun, schon jetzt aber *vielen Dank* für Ihre tolle Unterstützung bei der Tumordokumentation!!!

Herzlichen Dank

Bundesweite Onkologische
Qualitätskonferenz



Prof. Dr. Torsten Gerriet Blum

*Klinik für Pneumologie, Lungenklinik Heckeshorn,
HELIOS Klinikum Emil von Behring*

Medical School Berlin

torsten-gerriet.blum@helios-gesundheit.de

Prof. Dr. Michael Hauptmann

*Institut für Biometrie und Registerforschung
Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor
Fontane - Campus Neuruppin*

Luca Caramenti

*Institut für Biometrie und Registerforschung
Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor
Fontane - Campus Neuruppin*