

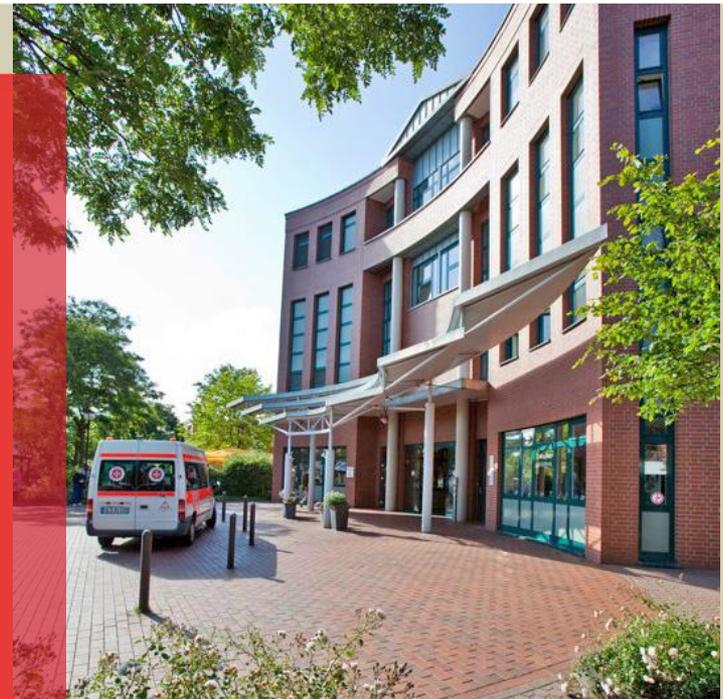
8. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft deutscher
Darmkrebszentren

*Kennzahlen auf dem
Prüfstand:*

*sekundäre Lebermetastasen
„pro“*

Helge Bruns

Universitätsklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Klinikum Oldenburg



KLINIKUM
OLDENBURG

Medizinischer Campus
Universität Oldenburg

Einleitung: Das Problem

Survival After Hepatic Resection in Metastatic Colorectal Cancer

A Population-based Study

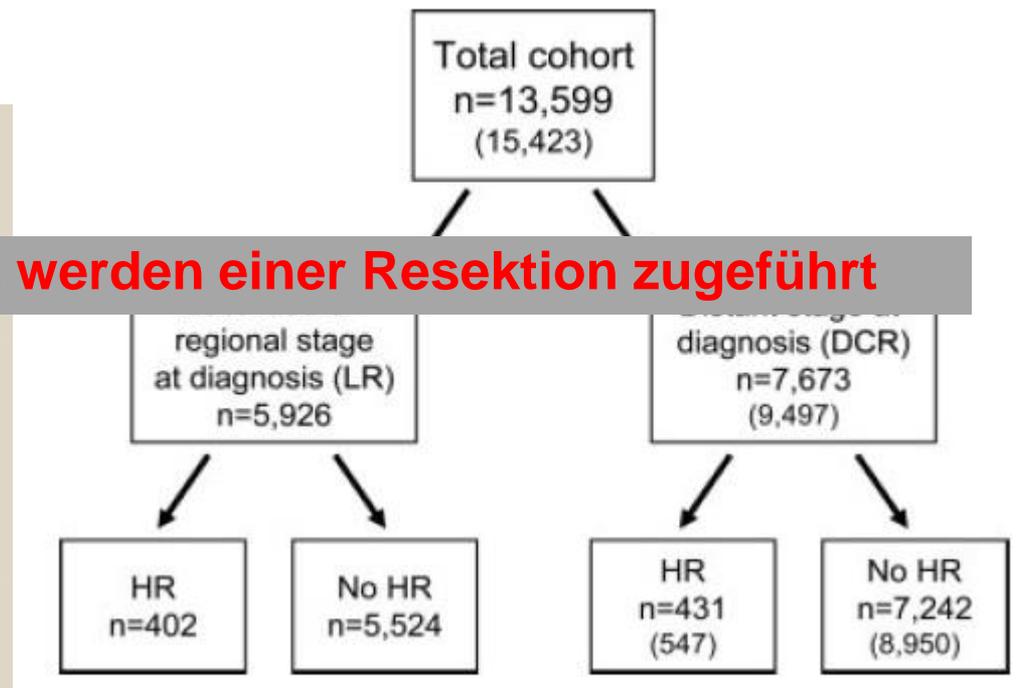
Linda C. Cummings, MD

Jonathan D. Payes, MA

Gregory S. Cooper, MD

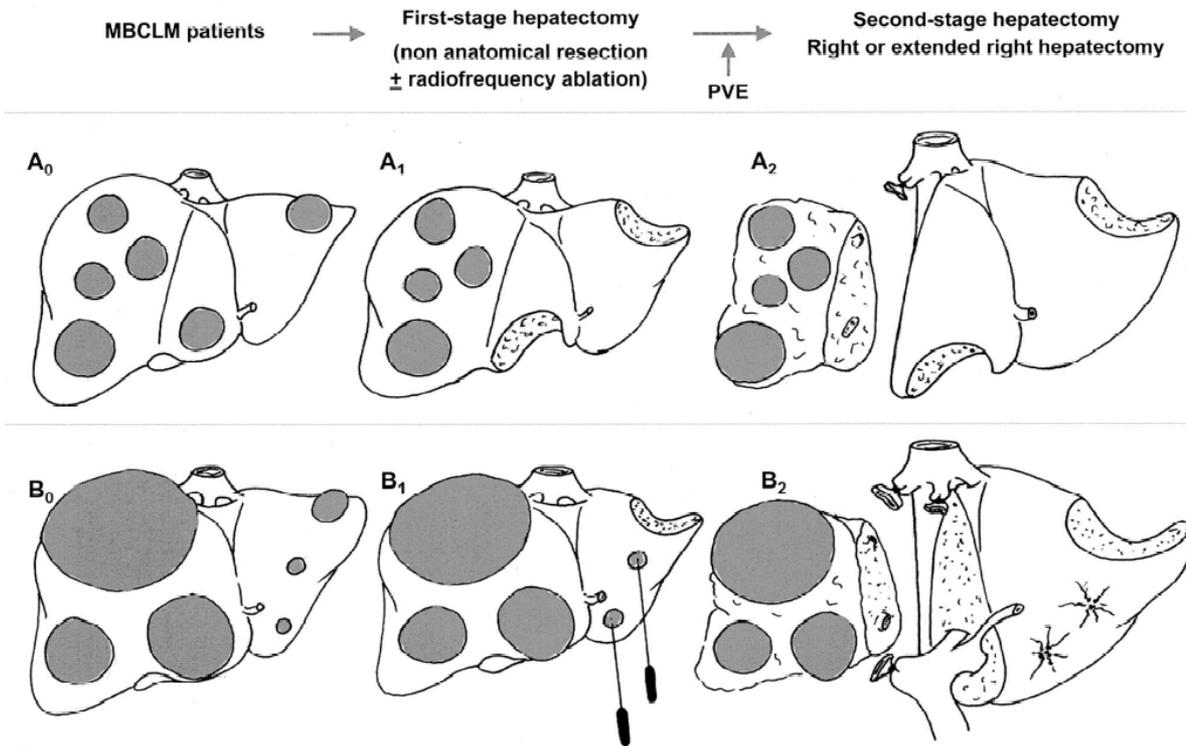
Division of Gastroenterology, Department of Medicine, University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, Ohio.

Zu wenige Patienten werden einer Resektion zugeführt

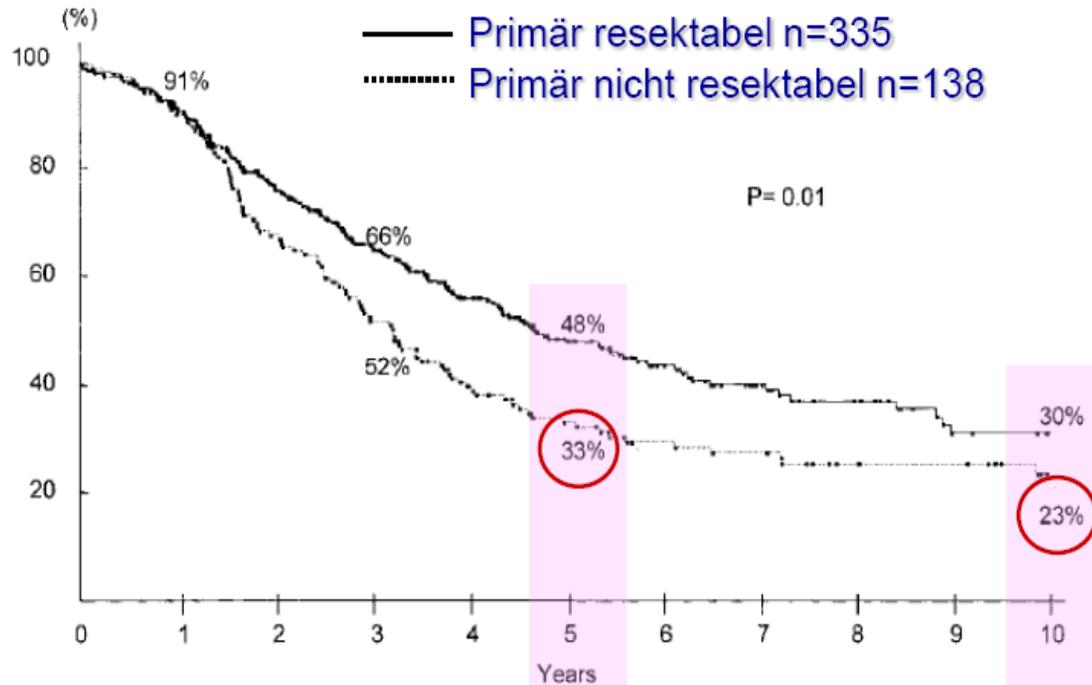


Einleitung: Das Problem

- Insbesondere Patienten mit grenzwertig resektablen Befunden werden unterschiedlich beurteilt



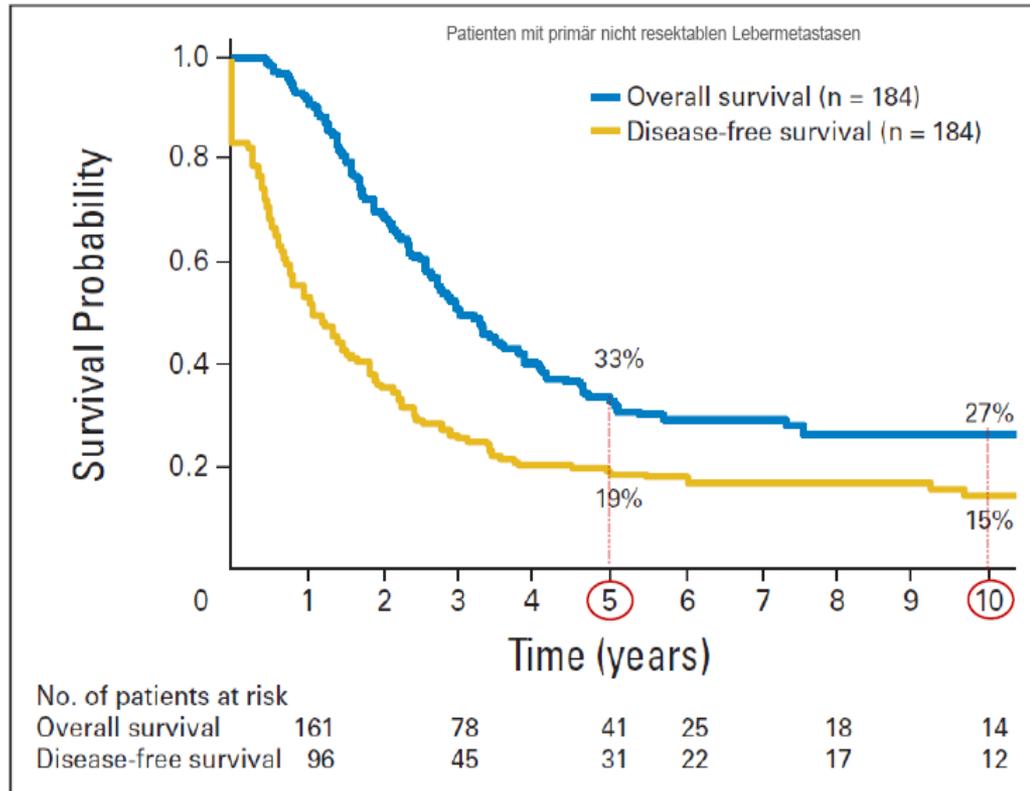
Überleben nach sekundärer Resektion



No Pts at risk	0 Yr	1 Yr	3 Yrs	5 Yrs	8 Yrs	10 Yrs
Non resectable	138	124	69	37	18	12
Resectable	335	282	168	90	32	17

Adam et al. 2004, Ann Surg

Heilungsrate nach sekundärer Resektion



5- und 10 Jahresüberlebensrate: 33% und 27 %
Heilungsrate (Definition: 5 Jahre DFS): 16%

Tumour response and secondary resectability of colorectal liver metastases following neoadjuvant chemotherapy with cetuximab: the CELIM randomised phase 2 trial

Gunnar Folprecht, Thomas Gruenberger, Wolf O Bechstein, Hans-Rudolf Raab, Florian Lordick, Jörg T Hartmann, Hauke Lang, Andrea Frilling, Jan Stoehlmacher, Jürgen Weitz, Ralf Konopke, Christian Stroszczyński, Torsten Liersch, Detlev Ockert, Thomas Herrmann, Eray Goekkurt, Fabio Parisi, Claus-Henning Köhne

→ Konversionsrate (CELIM) 28%

- Sekundär-Resektionen nach Ansprechen bei initial nicht resektablen Metastasen heute Standard
- Steigerung der Therapieeffizienz durch Intensivierung der Konversionstherapie

Einleitung: Das Problem

- Chirurgen und Onkologen, aber auch Chirurgen untereinander beuteilen „Resektabilität“ unterschiedlich

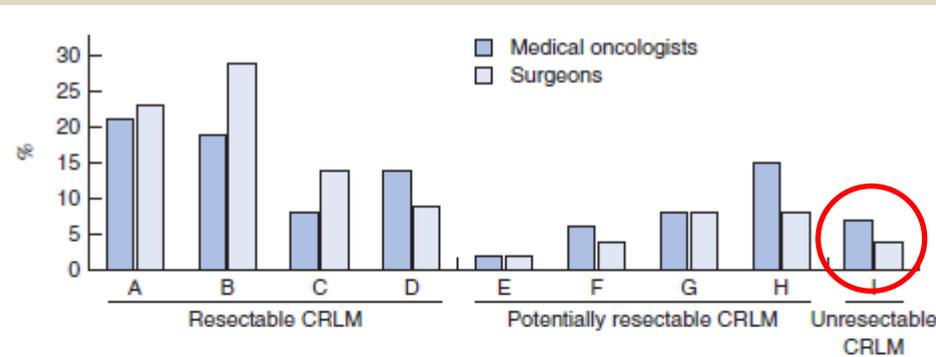
Discrepancies betw in assessment of re in patients with col

K. Homayounfar¹, A. Bleckma
T. Sprenger¹, M. Ghadimi¹ et al.

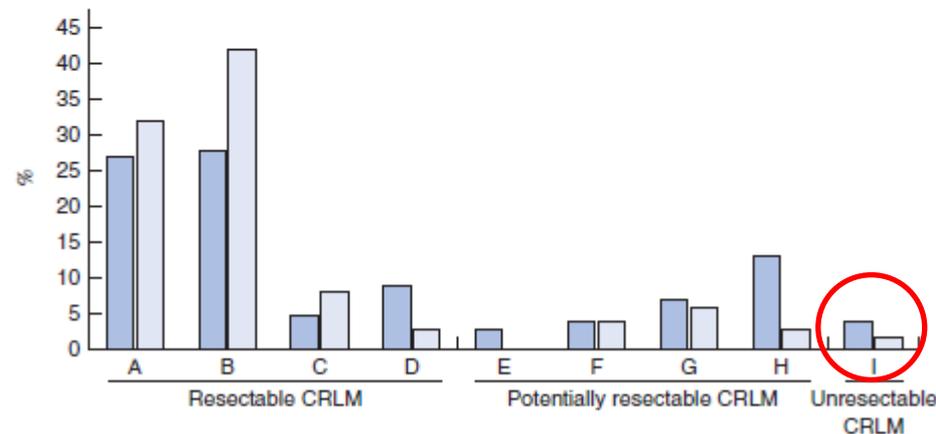
Departments of ¹General and Visceral Surge
Georg-August University, Göttingen, ⁴Unive
Kassel, Germany

Correspondence to: Dr K. Homayounfar, Depar
Robert Koch Strasse 40, 37075 Göttingen, G

TB1
Electronic voting
Unilobar CRLM *n* = 10
Bilobar CRLM *n* = 10
Recurrent CRLM *n* = 10



a TB1



b TB2

Homayounfar et al. 2014, BJS

Einleitung: Das Problem

The relative surgeon volume among patients undergoing resection for

Stefan Buettner, BSc, Faiz Gani
Yuhree Kim, MD, MPH, Arman
Timothy M. Pawlik, MD, MPH,

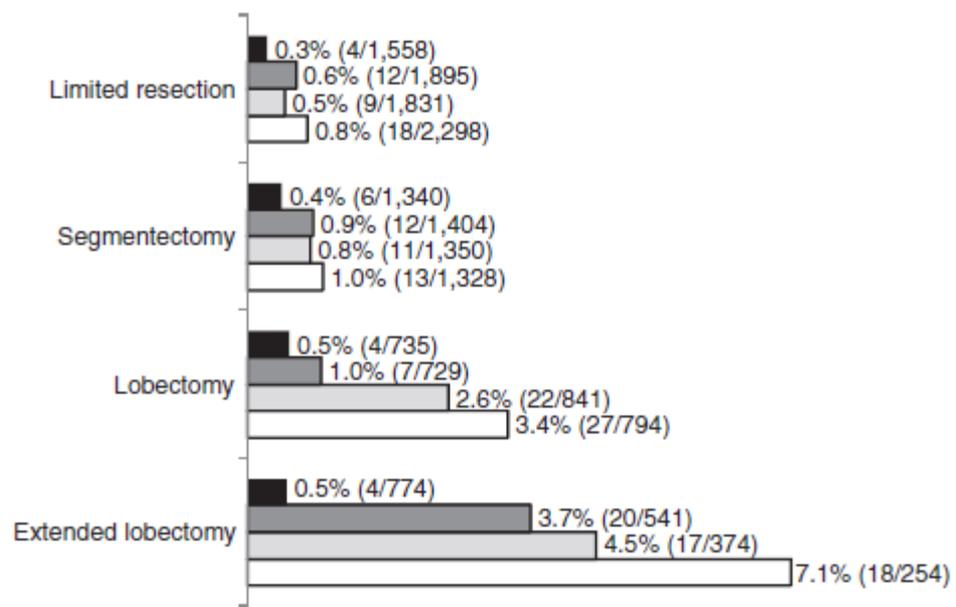
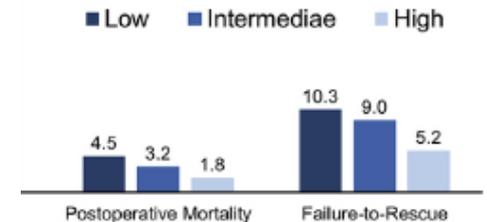
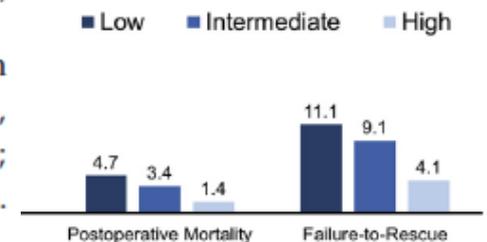


Figure 1 In-hospital mortality within 30 days of surgery in each hospital volume group for each surgical procedure. ■, Very high-volume (>70/year); ■, high-volume (36-70/year); □, low-volume (18-35/year); □, very low-volume (<18/year).

ive Outcomes by Hospital Volume



ive Outcomes by Surgeon Volume



- Unterschiedlich erfahrene Chirurgen liefern unterschiedliche Qualität – komplexe Leberresektionen erfordern Erfahrung

Buettner et al. 2016, Surgery
Yasunaga et al. 2012, Hepatology Research

Anforderungen an Kennzahlen

- Sollen eine gleichmäßige Behandlungsqualität nachweisen (und so auch einfordern):
- Patienten, insbesondere mit grenzwertig resektablen Befunden – oder solchen, die erst unter Chemotherapie resektabel werden – sollen einer Resektion zugeführt werden.
- Erfasste Kennzahlen
 - prätherapeutische Vorstellung von Patienten mit Rezidiv / metachronen Metastasen
 - sekundäre Lebermetastasenresektionen

Verbessern die Kennzahlen die Behandlungsqualität?

- Einziges Instrument ist die Dokumentation der sekundären Leberresektionen – dies ist ein Problem, weil

Patienten in anderen Kliniken behandelt werden

Patienten an andere Kliniken verwiesen werden

Patienten in der Peripherie verloren gehen.

→ Die aktuell erfassten Kennzahlen helfen hier nicht!

Zusammenfassung

Die Kennzahl “sekundäre Leberresektionen” kann nur dann zu einer sinnvollen Kennzahl werden, wenn

gewährleistet wird, dass die Dokumentation komplettiert wird (auch bei andernorts behandelten Patienten)

Patienten unter Chemotherapie regelmäßig im Tumorboard reevaluiert werden

Die Expertise auf diesem Gebiet nachgewiesen ist