

1 – Schlussfolgerung

Palliativ spielt die Komorbidität eine wichtige Rolle bei der Wahl der Behandlung. Komorbide Patienten werden deutlich seltener mit FOLFIRI in Kombination mit Bevacizumab behandelt als Patienten ohne Begleiterkrankung. Komorbide Patienten werden häufiger mit FOLFOX behandelt. Welche Konsequenzen dieses Vorgehen für den Therapieerfolg der Patienten hat wird in weiteren Analysen untersucht, die die Behandlungssequenz dieser Patienten aufschlüsseln und Zusammenhänge mit dem Behandlungserfolg aufzeigen sollen.

2 – Einleitung

In klinische Studien werden ausschließlich Patienten aufgenommen die bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen. In der täglichen Praxis niedergelassener Onkologen erwarten auch komorbide Patienten eine individuell angepasste Behandlung. Die Wahl der Behandlung bzw. des Behandlungskonzepts unterliegt vielfältigen Einflüssen. Welchen Einfluss die Komorbidität auf die Wahl der Behandlung hat, zeigt diese erste Analyse einer großen epidemiologischen Erhebung.

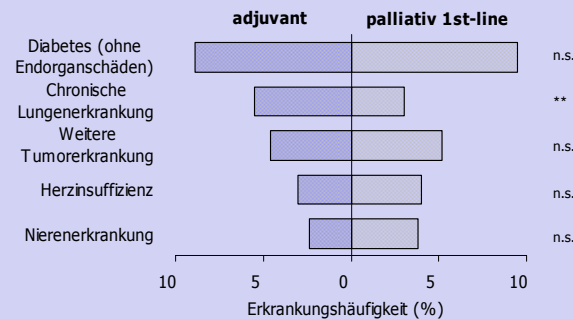
A

	adjuvant			palliativ 1 st -line	
Alter	64,0	68,5 **	Alter	66,0	70,1 **
Weiblich	43,3	29,5 **	Weiblich	40,3	35,1 n.s.
BMI	25,4	26,8 **	BMI	25,4	25,9 n.s.

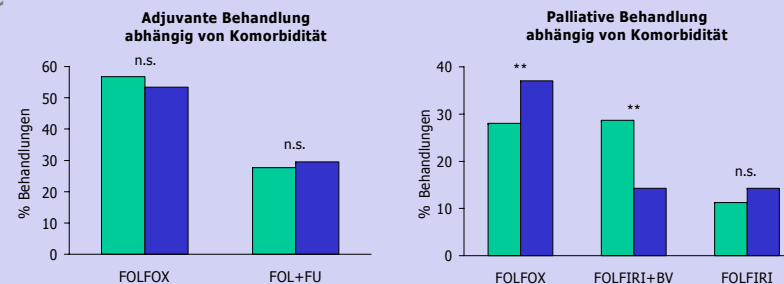
■ Charlson-Komorbiditäts-Index = 0
■ Charlson-Komorbiditäts-Index > 1

B

Häufigste Begleiterkrankungen nach Charlson



C



3 – Methodik

Das Tumorregister kolorektales Karzinom der AIO und des AKS untersucht über einen Zeitraum von fünf Jahren den Behandlungsverlauf von 2500 Patienten. In diesem Projekt wird der Charlson-Komorbiditäts-Index eingesetzt, um die Komorbidität der Patienten zu quantifizieren. Patienten mit einem Charlson-Komorbiditäts-Index von 0 sind von keiner schweren Begleiterkrankung betroffen. Die bisher vorliegenden Daten von 765 adjuvanten und 1156 palliativen Patienten wurden getrennt für Patienten ohne Begleiterkrankungen (Charlson-Komorbiditäts-Index = 0) und mit mehr als einer Begleiterkrankung (Charlson-Komorbiditäts-Index > 1) ausgewertet. Es wurden die jeweils am häufigsten zum Einsatz kommenden Behandlungen berücksichtigt.

4 – Ergebnisse

Beide Patientenkollektive haben einen mittleren Komorbiditäts-Index von 0,5. Komorbide Patienten (Charlson-Komorbiditäts-Index > 1) sind adjuvant signifikant älter, häufiger männlich und haben einen größeren BMI als Patienten ohne Begleiterkrankung (Tab. A). Palliativ unterscheiden sich die beiden Gruppen lediglich im Altersdurchschnitt (Tab. A). 70,6% der adjuvanten und 68,4% der palliativen 1st-line Patienten haben einen Charlson-Komorbiditäts-Index von 0 (keine schwere Begleiterkrankung). Die häufigsten Begleiterkrankungen sind Diabetes mellitus, Lungenerkrankung, chronische Lungenerkrankungen, weitere Tumorerkrankungen, Herzinsuffizienz und Nierenerkrankungen (Abb. B). Adjuvant hat die Komorbidität keinen Einfluss auf die Behandlung mit FOLFOX (ca. 55% aller Behandlungen) und FOL+FU (ca. 25% aller Behandlungen) (Abb. C). Palliativ erhalten komorbide Patienten (Charlson-Komorbiditäts-Index > 1) signifikant häufiger FOLFOX ($p = 0,03$) und signifikant seltener FOLFIRI in Kombination mit Bevacizumab ($p = 0,0002$). FOLFIRI kommt palliativ in beiden Gruppen gleich häufig zum Einsatz ($p = 0,28$) (Abb. C).

** = signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

n.s. = nicht signifikanter Unterschied ($p > 0,05$)

Potentielle Interessenkonflikte: 1. Anstellungsverhältnis oder Führungsposition: *Keine*; 2. Beratungstätigkeit: *Keine*; 3. Aktienbesitz: *Keine*; 4. Honorare: *Keine*; 5. Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen: *Keine*; 6. Gutachtertätigkeit: *Keine*; 7. Andere finanzielle Beziehungen: *Keine*.