Aus dem Institut für Pathologie der Universität Graz

Eingeladener Kommentar:

„Einfluß des Magenkarzinomtyps nach Laurén auf die Prognose nach potentiell kurativer Resektion

M. Klimpfinger

Der folgende Kommentar beschränkt sich auf einige aus Sicht des Pathologen wesentliche Aspekte der Klassifikation nach Laurén (7, 9) und der Residualtumorklassifikation der UICC (3, 8) bei Magenkarzinomen, die für die Therapie und Prognosebeurteilung von Patienten mit Magenkarzinomen wesentlich sind.

Laurén-Klassifikation: Der histologische Typ des Magenkarzinoms nach Laurén hat zusammen mit der Primärtumorklassifikation und der Tumoreindringtiefe wesentlichen Einfluß auf die Wahl des chirurgischen Therapieverfahrens. Die Laurén-Klassifikation ist somit ein wesentlicher Eckpfeiler einer differenzierten chirurgischen Vorgangsweise beim Magenkarzinom. Nach Hermanek (1) sind für den intestinalen Typ des Magenkarzinoms nach Laurén in situ (ohne Zug am Präparat) 4 bis 5 cm oraler Sicherheitsabstand vom Tumorrund, beim diffusen Typ 8 bis 10 cm erforderlich. Bei Magenkarzinomen der Kategorie pT-1 sind intraoperativ in situ 4 bis 5 cm bei beiden Lauréntypen als ausreichend anzusehen (1). An dieser Stelle sei eingefügt, daß 4 bis 5 cm in situ (ohne Zug am Magen) gemessen etwa 2,5 cm am frischen Resektat (ebenfalls ohne Zug) entsprechen und daß dies nach erfolgter Formolfixation aufgrund fixationsbedingter Schrumpfung nur mehr etwa 1,5 cm entspricht. Analog dazu entsprechen 8 bis 10 cm vom Tumorrund in situ (ohne Zug an der Magenwand) etwa 5 cm am unfixierten, nicht ausgespannten Operationspräparat und nach erfolgter Formolfixation nur mehr etwa 3 bis 3,5 cm (1, 6). Diese Einfügung wurde hier gemacht, um in der Praxis unliebsame Mißverständnisse zwischen Chirurgen und Pathologen bezüglich der gemessenen Sicherheitsabstände vom Tumorrund bei Magenresektaten zu vermeiden. Diese Mißverständnisse sind häufig dadurch bedingt, daß die oben angeführten verschiedenen Meßbedingungen nicht berücksichtigt werden. Die histologische Klassifikation nach Laurén kann präoperativ am Biopsiematerial durchgeführt werden, wobei die Übereinstimmung zwischen der Laurénklassifikation im Biopsiematerial und am Operationspräparat etwa 90% beträgt (5). Nur in etwa 10% der Fälle ist der Laurén-Typ im Biopsiematerial nicht definitiv erfaßbar und muß anhand der Klassifikation des Operationspräparates korrigiert werden. Dies ist dadurch bedingt, daß die oberflächlichen Tumorphasen, die im Biopsiematerial bevorzugt erfaßt werden, einem intestinalen Typ nach Laurén entsprechen können, während in der Tiefe bereits eine diffuse Tumorausbreitung vorliegen kann. Ein Prozentsatz von etwa 10% diesbezüglich diskrepanter Befunde spricht in der Praxis nicht gegen die Qualität der pathologischen Befunde, sondern durchaus für die Genauigkeit der pathohistologischen Aufarbeitung der Operationspräparate. Die exakte Bestimmung der Laurén-Klassifikation ist wesentlich für ein differenziertes chirurgisches Vorgehen bei der Behandlung von Patienten mit Magenkarzinomen (1). Die histologische Klassifikation nach Laurén beeinflusst somit wesentlich die Entscheidung zwischen Gastrektomie und distaler Magenresektion. In der Praxis sind auf dieser Basis etwa bei 2 Drittel der Fälle Gastrektomien und bei 1 Drittel der Fälle subtotale aborale Resektionen erforderlich. Dieses Konzept einer differenzierten Magenkarzinomchirurgie beeinflusst über die Wahl des chirurgischen Behandlungsverfahrens daher sowohl die Komplikationsraten als auch die weitere Lebensqualität des Magenkarzinompatienten.

Residualtumorklassifikation: Während die TNM- und pTNM-Klassifikation der UICC ganz allgemein die anatomische Ausbreitung maligner Tumoren ohne direkten Bezug zur Therapie beschreibt, gibt die Residualtumorklassifikation Auskunft über den Tumorstatus nach Therapie (2). R0 bedeutet kein nachweisbarer Residualtumor, während R1 einem mikroskopisch nach-

weisbaren und R2 einem makroskopisch nachweisbaren Residualtumor bezeichnen (3). Die Residualtumorklassifikation sollte bei Magenkarzinomen in jedem Fall durchgeführt werden, da primär palliative (R1, R2) von potentiell kurativen (R0) unterschieden werden können. Die Residualtumorklassifikation reflektiert somit den unmittelbar erfaßbaren Effekt der Therapie, beeinflusst die weiteren therapeutischen Schritte und besitzt ganz allgemein – und beim Magenkarzinom im speziellen – eine statistisch hoch signifikante prognostische Aussagekraft (Abb. 1) (2, 4). Eine strikte R-Klassifikation ist somit eine wesentliche Voraussetzung jeglicher Beurteilung von Therapieergebnissen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig darauf hinzuweisen, daß die exakte Residualtumorklassifikation bei Magenkarzinomen bisher vielfach vernachlässigt bzw. insuffizient durchgeführt wurde. Seitens des Pathologen ist dabei nicht nur eine genaue pathohistologische Untersuchung des oralen und aboralen chirurgischen Resektionsrandes, sondern vor allem auch der lateralen chirurgischen Resektionsflächen im Bereich des Halteapparates des Magens (kleines Netz, Ligamentum gastrocolicum, Adventitia nichtperitonialisierter Karдиаabschnitte, Fundus und Duodenum) durchzuführen (10). Für die sichere Erfassung von Residualtumor an chirurgischen Resektionsflächen ist es praktisch notwendig, daß alle intraoperativ auf Tumorfunktion suspekt Präparatabschnitte vom Chirurgen fadenmarkiert werden.

Eine strikte und standardisierte Residualtumorklassifikation ist daher nur in enger klinisch-pathologischer Zusammenarbeit möglich und sowohl für die Therapie- und Prognosebeurteilung der Magenkarzinompatienten unerlässlich.

Abb. 1. Magenkarzinom: Beobachtete und relative Überlebensrate (Kaplan-Meier) in Beziehung zur R-Klassifikation, einschließlich Operationsmortalität (Chirurgische Abteilung der Universität Erlangen, Deutschland, 1978 bis 1989; per 31. Dezember 1990) (2, 4).

Literatur

- (1) Hermanek P: Neue Aspekte der Diagnostik und Therapie von Magen- und Pankreastumoren (im Druck).
- (2) Hermanek P, Henson DE, Hutter RVP, Sobin LH (eds): UICC TNM Supplement 1993 – A Commentary on Uniform Use. Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo-Hong Kong-Barcelona-Budapest, Springer, 1993.
- (3) Hermanek P, Sobin LH (eds): TNM Supplement 1993 – A Commentary on Uniform Use. Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo-Hong Kong-Barcelona-Budapest, Springer, 1993.
- (4) Hermanek P, Wittekind C: Residual Tumor (R) Classification and Prognosis. Sem Surg Oncol 1994;10:12-20.
- (5) Hermanek P, Wittekind C: Histological Typing and Grading of Gastric Carcinomas. Part 3. Pathology. In Nishi M, Ichikawa H, Nakajima T, Maruyama K, Tahara E (eds): Gastric Cancer. Tokyo-Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Hong Kong-Barcelona-Budapest, Springer, 1993.
- (6) Klimpfinger M: Pathologische Klassifikation im Magenkarzinom. Acta chir Austriaca 1993;25:Fb13-Fb17.
- (7) Laurén P: The two histological main types of gastric carcinoma. Acta Pathol Microbiol Scand 1965;64:31-49.
- (8) Spiessl B, Beahrs OH, Hermanek P, Hutter RVP, Scheibe O, Sobin LH, Wagner G (eds): UICC TNM Atlas Illustrated Guide to the TNM/pTNM Classification of Malignant Tumours. 3rd ed. 2nd rev. Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokyo-Hong Kong-Barcelona-Budapest, Springer, 1992.
- (9) Watanabe H, Jass IR, Sobin LH (eds): Histological Typing of Oesophageal and Gastric Tumours. International Histological Classification of Tumours No. 18. WHO, Geneva. Berlin-Heidelberg-New York, Springer, 1989.
- (10) Wittekind C: Bedeutung von Tumorstadium und -ausbreitung für die chirurgische Radikalität. Zbl Chir 1993;118:500-507.