Chirurg 2012 · 83:573
 DOI 10.1007/s00104-012-2319-5
 Online publiziert: 24. Mai 2012
 © Springer-Verlag 2012

K. Götzky · J. Jähne

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Schwerpunkt für endokrine und onkologische Chirurgie,
 Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Hannover

Kurzzeit-Outcome nach offener und minimal-invasiver Ösophagusresektion beim Karzinom

Eine retrospektive Studie aus England

Originalpublikation

Mamidanna R, Bottle A, Aylin P et al (2012)
 Short-term outcomes following open versus minimally invasive esophagectomy for cancer in England. *Ann Surg* 255:197–203

In den letzten Jahren nahm die Anzahl der minimal-invasiven Ösophagusoperationen (MIE) zu. Allerdings stehen aktuell keine evidenzbasierten oder signifikanten Daten aus randomisierten Studien zur Verfügung, die einen Vorteil gegenüber der offenen Operation belegen. Daher sollen in dieser Studie Unterschiede im Kurzzeit-Outcome zwischen offener und laparoskopischer Ösophagusresektion aufgezeigt werden.

Material und Methoden

Aus der Hospital Episode Statistics Database wurden 7502 Patienten zwischen April 2005 und März 2010 in die vorliegende Studie aufgenommen, die aufgrund eines Ösophaguskarzinoms oder Carcinoma in situ einer Operation zugeführt wurden. Benigne Befunde und Notfalloperationen galten als Ausschlusskriterium. Eine Total-MIE umfasste Thorakoskopie und Laparoskopie, eine Hybrid-MIE beinhaltete die minimal-invasive Vorgehensweise für einen Teil des Zweihöhleneingriffs. Als Endziel wurden ungeplante Wiederaufnahmen und Reinterventionen sowie die 30-Tage-Mortalität analysiert.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 6347 (85%) der Patienten (Männer: 77%; Frauen: 23%) konventionell offen operiert, wobei sich in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme der MIE (im Durchschnitt 15%, aber 25% in 2010) zeigte. Bei beiden Geschlechtern war die Rate an MIE gleich verteilt. Die 30-Tage-Mortalität lag insgesamt bei 4,3% und erbrachte keinen signifikanten Unterschied (MIE 4,0%; offen 4,3%). Präoperativ bestanden bei 45% der Patienten relevante Komorbiditäten, v. a. kardialer Genese, welche mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko einhergingen. Die Verweildauer betrug nach beiden Operationsverfahren 15 Tage und mit jeweils 13% trat die Wiederaufnahme von Patienten gleichermaßen nach offener Operation und MIE auf. Die Frühmortalität (30 Tage postoperativ) lag bei 39%. Führend waren respiratorische Komplikationen. Kardiale Komplikationen, thrombembolische Ereignisse und Nierenversagen wurden in beiden Gruppen gleich häufig festgestellt, wobei das Alter einen unabhängigen Risikofaktor darstellte. Patienten mit der Notwendigkeit einer erneuten Intervention (chirurgisch, endoskopisch oder radiologisch) waren mit einem erhöhten Risiko an respiratorischen Komplikationen und Nierenversagen behaftet. Hier zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied: in 21% der MIE war eine Reintervention erforderlich, aber nur in 17,6% der offen operierten Patienten ($p=0,006$). Die Reinterventionsrate lag bei Total-MIE höher als bei Hybrid-MIE.

Diskussion

In den letzten Jahren zeigte sich der zunehmende Einsatz von MIE. Nach der vorliegenden Studie ist die MIE eine sicher durchführbare Methode, für die aber bisher bei alleiniger Betrachtung des Kurzzeit-Outcomes kein statistisch signifikanter Vorteil aufgezeigt werden konnte. Allerdings war die Reinterventionsrate nach MIE höher.

Diese bevölkerungsbasierte Studie mit hoher Patientenzahl zeigt valide Daten auf, da die Gruppen bezüglich Alter, Geschlecht und Nebendiagnosen gematcht wurden und die Jahre der Lernkurve in der minimal-invasiven Chirurgie nicht eingeschlossen waren. Allerdings handelt es sich um eine retrospektive Studie, die keine Daten zu Tumorstadium, Grading oder intraoperativen Befunden enthält.

Weitere Studien zur Analyse des onkologischen Outcomes mit Langzeitüberleben werden zur adäquaten Bewertung der MIE benötigt.

Korrespondenzadresse

Dr. K. Götzky

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
 Schwerpunkt für endokrine
 und onkologische Chirurgie,
 Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung,
 Marienstr. 72–90, 30171 Hannover
 kristina.goetzky@ddh-gruppe.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.