Chirurg 2012 · 83:669
 DOI 10.1007/s00104-012-2328-4
 Online publiziert: 12. Juli 2012
 © Springer-Verlag 2012

L. Haeder · J. Jähne

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

Selektiver Einsatz der transhiatalen Ösophagektomie bei Ösophaguskarzinom

Originalpublikation

Donohoe CL, O'Farrell NJ, Ravi N, Reynolds JV (2012) Evidence-based selective application of transhiatal esophagectomy in a high-volume esophageal center. *World J Surg* 36:98–103

Hintergrund

Die transthorakale Ösophagektomie (TTE) mit 2-Felder-Lymphadenektomie stellt insbesondere bei lokal fortgeschrittenen Tumoren den Goldstandard der operativen Therapie des Ösophaguskarzinoms dar, ist aber mit einer hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrate, vor allem in Hinblick auf respiratorische Komplikationen bei multimorbiden Patienten, vergesellschaftet. Randomisierte Studien konnten belegen, dass die transhiatale Ösophagektomie (THE) mit zervikaler Anastomose diese operativen Risiken zu reduzieren vermag, allerdings mit einer eingeschränkten Radikalität der Lymphadenektomie verglichen mit dem transthorakalen Zugang einhergeht, sodass Zweifel hinsichtlich des Tumoroutcomes bestehen. Somit erscheint die THE insbesondere bei frühen, nodal-negativen Tumorstadien sowie bei Patienten mit signifikant erhöhtem Operationsrisiko sinnvoll einsetzbar. Ziel dieser Übersichtsarbeit war es, die eigenen Daten der vergangenen 10 Jahre vergleichend zu reevaluierten.

Methoden

Zwischen 2000 und 2009 wurde 584 Patienten im Esophageal and Gastric Center at St James's Hospital (Dublin) einer Ösophagektomie in kurativer Intention zugeführt, in einer prospektiven Datenbank

erfasst und anschließend statistisch ausgewertet. Eine THE (beschrieben durch Orringer et al. [1]) wurde bei 5,5% der Patienten (n=32) durchgeführt, die mittels Staging ein frühes Tumorstadium (n=18) oder ein hohes Risiko für Major-Komplikationen (n=14) aufwiesen. Ausgenommen waren Patienten mit lokal fortgeschrittenen Tumoren des mittleren Drittels.

Ergebnisse

Bei Patienten mit einem frühen Tumorstadium (T1N0) betrug die R0-Resektionsrate in beiden Kohorten 100%. Bei fortgeschrittenen Komorbiditäten lag die R0-Rate in der THE-Gruppe bei 64,3% vs. 80% in der TTE-Gruppe. Die durchschnittliche Anzahl dissezierter Lymphknoten betrug 13,5 (THE) und 19 (TTE). Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der lokoregionären Rezidivrate in der Gruppe mit einem frühen Tumorstadium (0 vs. 0%) sowie in der Gruppe mit erhöhten Komorbiditäten (28,6 vs. 35,7%). Die Gesamtkomplikationsrate war in der THE-Gruppe geringer (31,6 vs. 44,2%) mit einer Mortalität von 0% (vs. 3%), wobei die Gesamtrate respiratorischer Komplikationen in beiden Gruppen vergleichbar war. Es fand sich allerdings eine höhere Rate an Rekurrensparesen bei der transhiatalen Technik (9,4 vs. 2,1%).

Fazit

Die radikale Ösophagektomie bleibt auch im multimodalen Konzept der Standard in der kurativ intendierten Therapie des lokalisierten Ösophaguskarzinoms mit publizierten 5-Jahres-Überlebensraten zwischen 35–55%. Ein wesentliches

Ziel ist, die auch in spezialisierten Zentren auftretende hohe Morbidität von 40–50% bei einer Mortalitätsrate von bis zu 5% zu senken, ohne die onkologische Radikalität sowie die Prognose substantiell zu verringern. Die hier vorliegenden und auch bereits in anderen Studien gewonnenen Daten konnten zeigen, dass die in erfahrenen Händen sicher durchzuführende transhiatale Resektion bei frühen Tumorstadien vergleichbare Ergebnisse hinsichtlich R0-Resektabilität, Rezidivrate und krankheitsfreiem Überleben bei verringerter Morbidität liefert. Insbesondere bei Patienten mit einem signifikant erhöhten Operationsrisiko sollte diese Technik trotz der eingeschränkten Radikalität bei fortgeschrittenen Tumoren als Alternativverfahren angesehen werden. Laparoskopische Techniken versprechen ebenfalls reduzierte Komplikationsraten, sodass hier vergleichende Studien mit ausreichender Fallzahl abzuwarten bleiben.

Korrespondenzadresse

L. Haeder

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

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

Literatur

1. Orringer MB, Marshall B, Chang AC et al (2007) Two thousand transhiatal esophagectomies. *Ann Surg* 246:363–374