Chirurg 2012 · 83:915
 DOI 10.1007/s00104-012-2369-8
 Online publiziert: 20. September 2012
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

L. Haeder · J. Jähne

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

Zytoreduktive Chirurgie und hypertherme intraperitoneale Chemotherapie bei peritoneal metastasiertem Magenkarzinom

Originalpublikation

Yang X-J, Huang C-Q et al (2011) Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy improves survival of patients with peritoneal carcinomatosis from gastric cancer: Final results of a phase III randomized clinical trial. Ann Surg Oncol 18:1575–1581

Hintergrund

Bei schlechter Prognose des peritoneal metastasierten Magenkarzinoms und einer medianen Überlebenszeit von weniger als 6 Monaten beinhalten bisherige Therapieoptionen palliative Chemotherapien sowie „best supportive care“ mit limitierter Effektivität. Der Nutzen einer zytoreduktiven Chirurgie (CRS) in Kombination mit einer hyperthermen intraperitonealen Chemotherapie (HIPEC) konnte bereits in der Behandlung der Peritonealkarzinose (PC) anderer Tumor-entitäten beschrieben werden, sodass bei spärlicher Datenlage hinsichtlich des Magenkarzinoms im Rahmen dieser Phase-III-Studie die Wirksamkeit dieses Verfahrens untersucht werden soll.

Methoden

Achtundsechzig Patienten mit PC wurden in die Studie eingeschlossen und anschließend in die CRS- (n=34) sowie CRS-HIPEC-Gruppe (n=34) randomisiert. Ausschlusskriterien waren pulmonale, hepatische sowie ausgedehnte retroperitoneale Metastasen. Nach intraoperativer

Evaluation des „peritoneal carcinomatosis index“ (PCI) erfolgte die maximale CRS mit HIPEC unter Verwendung von 120 mg Cisplatin und 30 mg Mitomycin C bei 43°C für 60–90 min. Das Ausmaß der CRS wurde nach den Sugarbaker-Kriterien hinsichtlich „completeness of cytoreduction“ (cc) bewertet. Primärer Endpunkt war das krankheitsbezogene Gesamtüberleben.

Ergebnisse

Das mediane Follow-up betrug 32 Monate (7,5–83,5) mit einer krankheitsbezogenen Mortalität von 97,1% in der CRS-Gruppe sowie 85,3% in der CRS-HIPEC-Gruppe. Die mediane Überlebensrate betrug 6,5 Monate (4,8–8,2) vs. 11,0 Monate (10–11,9). Bei einem cc von 0 bis 1 war die Überlebenszeit signifikant höher in beiden Gruppen verglichen mit einem cc von 2 bis 3. Hinsichtlich der Auswirkung des PCI konnte gezeigt werden, dass die Überlebenszeit bei einem fortgeschrittenen Befund (PCI >20) in der CRS-HIPEC-Gruppe höher war (13,5 vs. 3 Monate), sich bei einem geringen PCI (<20) in beiden Subgruppen aber ähnelte (10,2 vs. 10,5 Monate). Komplikationen traten bei 9 Patienten auf (5 vs. 4).

Fazit

Bei bisher fehlender standardisierter Therapie erscheint die CRS in Kombination mit einer HIPEC nach Ansicht der Au-

toren ein multidisziplinärer Ansatz mit signifikanter Auswirkung auf die Überlebenszeit bei vertretbarer Morbidität zu sein, wobei das Auftreten von Komplikationen als negativer Prognosefaktor gilt. Obgleich in anderen publizierten Studien unterschiedliche PC-Scoring-Systeme sowie HIPEC-Methoden angewendet wurden, konnten auch dort positive Effekte auf das Gesamtüberleben aufgezeigt werden, sodass dieses Verfahren als adäquate Therapieoption angesehen wird. Allerdings ist eine abschließende Bewertung aufgrund der geringen Fallzahlen sowie der nicht einheitlichen Therapiekonzepte kaum möglich, sodass diesbezüglich weitere Studien erforderlich sind und die Anwendung der HIPEC gemäß der aktuellen S3-Leitlinie bisher nur in Studien empfohlen wird.

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.