Chirurg 2014 · 85:257
 DOI 10.1007/s00104-014-2707-0
 Online publiziert: 13. Februar 2014
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

F. Brink · J. Jähne

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

Residuelles Ösophaguskarzinom nach neoadjuvanter Radiochemotherapie

Häufig sind Mukosa und Submukosa betroffen

Originalpublikation

Shapiro J, Kate FJ ten, Hagen P van et al (2013) Residual esophageal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy frequently involves the mucosa and submucosa. Ann Surg 258:678–688

Hintergrund

Ziel dieser Studie ist die Identifizierung der Schichten des Ösophagus, in denen das Ösophaguskarzinom nach neoadjuvanter Radiochemotherapie (nRCT) am häufigsten persistiert. Dadurch sollen Patienten mit kompletter Regression nach nRCT erkannt werden, um statt einer Ösophagektomie wegen der damit verbundenen Morbidität und Mortalität ggf. ein „Wait-and-see“-Regime mit enger Nachsorge durchzuführen.

Patienten und Methoden

Einhundertzwei Patienten mit Ösophaguskarzinom aus einem tertiären Referenzzentrum, die eine nRCT (5 Wochenkurse Carboplatin/Paclitaxel plus 41,4 Gy Strahlentherapie) und eine Ösophagektomie erhielten, wurden analysiert. Die Resektionsproben wurden von einem gastroenterologischen Pathologen reevaluiert. Der Tumorregressionsgrad (TRG) wurde sorgfältig für jede spezifische Schicht der Speiseröhrenwand und für alle entfernten Lymphknoten erhoben.

Ergebnisse

Insgesamt 70% (71/102) der Patienten zeigten keine pathologische Komplettremission (pCR, d. h. $\geq$ TRG2) und bei 63 dieser Patienten (89%) wurden Tumorzellenresiduen in der Schleimhaut und/oder Submukosa gesehen. 5 der 8 übrigen Patienten hatten isolierte Reste in der Muskelschicht (5/102=5%), die anderen 3 Patienten wiesen Tumorzellen nur in einem Lymphknoten (3/102=3%) auf. Das umgebende Stroma zeigte den höchsten Anteil an TRG1 (pCR: 47%). Bei Patienten mit $N \geq 1$ vor nRCT lag der Prozentsatz der TRG1 in allen Lymphknoten bei 52%. Die zusammengefasste Tumorregression (TR) zeigte ein Mischmuster an konzentrischer TR als auch TR in Richtung des Lumens.

Diskussion

Mit dem Ergebnis der Studie implizieren die Autoren die Möglichkeit einer Patientenselektion im Rahmen des Restagings, sodass eine „Wait-and-see“-Strategie statt einer Operation erwogen werden kann. Dies ist allerdings problematisch, denn die Ergebnisse resultieren aus Resektionspräparaten nach Durchführung der Ösophagektomie und nicht aus Biopsien vor der Resektion. Bekanntermaßen ist die Biopsie an aussagekräftiger Stelle nach nRCT schwierig und kann daher nur eingeschränkte Ergebnisse liefern. Die größte Herausforderung für eine fundierte Ent-

scheidung bzw. die Option des „wait and see“ ist somit die Identifikation des entsprechenden Patientenkollektivs, bei dem eine „Wait-and-see“-Strategie vertretbar ist. Vergleichbare Studien im Bereich der Rektumkarzinome propagieren ein kongruentes Vorgehen bei pCR mit bis jetzt guten Studienergebnissen, sodass in Einzelfällen mit klinisch kompletter Regression bei Ösophaguskarzinom nach nRCT die Möglichkeit des „wait and see“ unter engmaschiger Kontrolle eine Option darstellen kann. Wegen der wenn auch nur geringen Möglichkeit eines persistierenden Tumorwachstums in den Lymphknoten bei pathologisch kompletter Remission des Primärtumors erscheint dennoch die Ösophagektomie zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Therapie der Wahl zu sein.

Korrespondenzadresse

F. Brink

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

Interessenkonflikt. F. Brink und J. Jähne geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.