Verbesserte Überlebensraten bei fortgeschrittenem distalem Magenkarzinom

D2-Lymphadenektomie mit zusätzlicher Dissektion des Lymphknotens an der V. mesenterica superior (14v)

Originalpublikation

Eom BW, Joo J, Kim YW (2014) Improved survival after adding dissection of the superior mesenteric vein lymph node (14v) to standard D2 gastrectomy for advanced distal gastric cancer. *Surgery* 155:408–416

Hintergrund

Die lymphogene Metastasierung ist weiterhin der wichtigste unabhängige Prognosefaktor bei Patienten mit reseziertem Magenkarzinom. Die erweiterte Lymphadenektomie (D3) im Vergleich zur Standard-D2-Lymphadenektomie erbrachte nachweislich keinen Überlebensvorteil. Die vorliegende Studie untersucht nun inwieweit durch eine zusätzliche Dissektion der Lymphknotenstation 14 – an der V. mesenterica superior – ein Überlebensvorteil erzielt werden kann.

Methodik

Zwischen April 2001 und Juni 2007 wurden insgesamt 2892 Patienten von 4 Chirurgen im National Cancer Center in Korea an einem Magenkarzinom operiert. 1661 Patienten wurden in die vorliegende retrospektive Studie einbezogen. Eine zusätzliche Dissektion des Lymphknotens Nr. 14 erfolgte bei lokal fortgeschrittenen

Befunden. Die Entscheidung wurde individuell durch den Chirurgen getroffen.

Ergebnisse

Die zusätzliche Dissektion des Lymphknotens Nr.14 erfolgte in 31,4% (n=552). Ein Befall dieses Lymphknotens konnte bei 4,4% (n=23) nachgewiesen werden. Hinsichtlich Morbidität und 30-Tage-Mortalität zeigte sich kein Unterschied zwischen den beiden resultierenden Gruppen (14vD⁺/14vD⁻). Das mediane Follow-up der Patienten betrug 62,5 Monate. Im Beobachtungszeitraum verstarben 286 Patienten. Die Lokalrezidivrate war in der 14vD⁻-Gruppe signifikant höher im Vergleich zur 14vD⁺-Gruppe. Die 14vD⁺-Gruppe zeigte signifikant bessere Überlebensraten bei Karzinomen im mittleren und distalen Drittel im Stadium III/IV.

Bei Patienten im Stadium I/II hatte eine zusätzliche Dissektion keinen prognostischen Einfluss.

Diskussion

Die Autoren der Studie schlussfolgern aus ihren Daten, dass durch eine zusätzliche Dissektion des mesenterialen Lymphknotens Nr.14 bei fortgeschrittenen Tumoren (III/IV) im mittleren und distalen Drittel eine verbesserte Überlebensrate erzielt werden kann.

Selbstkritisch diskutieren die Autoren jedoch bereits die erheblichen methodischen und chirurgischen Schwächen der Studie. Das retrospektive Design, die starke Inhomogenität beider Gruppen sowie die nicht standardisierte, individuelle Therapiegestaltung durch die Chirurgen seien hier nur als ein paar Punkte erwähnt.

Aus unserer Sicht kann anhand der vorliegenden Daten aktuell keine Ausweitung der Lymphknotendissektion im Rahmen einer Gastrektomie oder distalen Magenresektion empfohlen werden.

Korrespondenzadresse

Dr. T. Franzke

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

Interessenkonflikt. T. Franzke und J. Jähne geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.