Chirurg 2014 · 85:723
 DOI 10.1007/s00104-014-2843-6
 Online publiziert: 25. Juli 2014
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

O. Strobel · M.W. Büchler

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg

Notwendigkeit einer strukturierten Nachbeobachtung nach Pankreasresektion bei intraduktal papillär muzinöser Neoplasie

Originalpublikation

Kang MJ, Jang JY, Lee KB et al (2014) Long-term prospective cohort study of patients undergoing pancreatotomy for intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas: implications for postoperative surveillance. Ann Surg PMID:24378847

Hintergrund und Fragestellung

Intraduktal papillär muzinöse Neoplasien (IPMN) des Pankreas werden mit zunehmender Häufigkeit diagnostiziert und sind Vorläufer invasiver Pankreaskarzinome. Aufgrund ihres Malignitätsrisikos sollten IPMNs mit Hauptgangbeteiligung („main duct“ und „mixed-type“: MD/MT) und Seitengang-IPMNs („branch-duct“: BD) >3 cm reseziert werden. Bei kleineren BD-IPMNs werden Resektion und engmaschige Beobachtung aktuell kontrovers diskutiert. Nach Resektionen von IPMNs wird ebenfalls eine engmaschige Nachsorge empfohlen, obwohl die Datenlage bezüglich des Rezidivrisiko unzureichend ist.

Kang et al. führten in Seoul bei 366 Patienten eine prospektive Kohortenstudie mit strukturierter Nachsorge nach Resektion eines IPMN durch.

Methoden

Die strukturierte Nachsorge beinhaltete eine Schnittbildgebung (Computertomographie oder Magnetresonanztomographie) alle 3 Monate. Bei Patienten mit nichtinvasiven IPMNs wurden die Nachsorgeintervalle nach dem 1. Jahr auf 6 Monate und nach dem 2. Jahr auf 12 Monate erweitert. Die Rezidivhäufigkeiten wurden insbesondere im Kontext des Dyspla-

siegrades, des IPMN-Typs (MD, BD) und des histologischen Subtyps analysiert.

Ergebnisse

Von den 366 Patienten hatten 82 niedriggradige Dysplasien, 171 mittelgradige Dysplasien, 45 hochgradige Dysplasien und 68 eine invasive IPMN. Während einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 44,4 Monaten traten bei 39 (10,7%) Patienten Rezidive auf (im Median nach 18,3 Monaten). 12 Patienten (3,3%) hatten eine erneute IPMN im Restpankreas, 4 (1,1%) entwickelten ein Pankreaskarzinom, 9 (2,5%) hatten ein lokoregionäres Rezidiv am Ansetzungsrand und 24 Patienten (6,6%) entwickelten ein systemisches Rezidiv. Von diesen 39 Patienten wurden 6 (15%) reoperiert, 28 (72%) chemotherapiert und 5 (13%) weiter beobachtet. 9 Patienten verstarben am Rezidiv. Der Dysplasiegrad war stark mit dem Rezidivrisiko assoziiert: 33,8% bei invasivem IPMN, 13,3% bei hochgradigen und 4% bei niedrig- bis mittelgradigen Dysplasien ($p<0,001$). Bei MD/MT-IPMN war das Rezidivrisiko signifikant höher als beim BD-IPMN (15,3 vs. 7,7%; $p=0,021$). Die Rezidivhäufigkeit war signifikant mit dem histologischen Subtyp assoziiert: gastrisch 4,7%, intestinal 12,5%, pankreatobiliär 30,2%, onkozytisch 0% ($p<0,001$). In der multivariaten Analyse waren ein erhöhtes präoperatives Carbohydrate-Antigen 19-9, hochgradige Dysplasien und eine invasive Komponente unabhängig mit dem Rezidivrisiko assoziiert. Das Vorliegen einer nichtinvasiven Komponente am Absetzungsrand war nicht mit einem erhöhten Rezidivrisiko verbunden. Das 5-Jahres-Gesamtüberleben betrug 86,6%

und war signifikant mit dem Dysplasiegrad assoziiert (invasive IPMN: 72,2%, hochgradig: 83,2%, niedrig- bis mittelgradig: 90,2%; $p=0,003$).

Diskussion

Die Autoren folgern, dass nach Resektion eines IPMN eine sorgfältige postoperative Nachsorge empfohlen werden muss und zwar nicht nur für Patienten mit invasivem IPMN, sondern auch für Patienten mit prämaligen IPMNs, insbesondere wenn hochgradige Dysplasien vorliegen. Das Auftreten systemischer Rezidive bei 6 von 298 (2,0%) als nichtinvasiv diagnostizierten IPMNs deutet auf die Gefahr falsch-negativer Diagnosen mit Übersehen invasiver Anteile hin.

Die Autoren empfehlen eine Nachsorge für mindestens 5 Jahren, wobei diese zeitliche Empfehlung nicht durch weitere Daten untermauert wird.

Diese Studie ist wichtig, weil sie die Notwendigkeit einer strukturierten Nachsorge nach Resektion einer IPMN unterstreicht und dabei zum ersten Mal auf die Bedeutung von Dysplasie, IPMN-Typ und histologischem Subtyp für das Rezidivrisiko eingeht.

Korrespondenzadresse

PD Dr. O. Strobel

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg
 Oliver.Strobel@med.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. O. Strobel und M.W. Büchler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.