CrossMark

W. Schröder · C. J. Bruns

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Universitätsklinik Köln, Köln, Deutschland

Neoadjuvante Chemotherapie für Ösophaguskarzinome im klinischen Stadium I und II

Originalpublikation

Bekkar S, Gronnier C, Renaud F et al (2016) Multicentre study of neoadjuvant chemotherapy for stage I and II oesophageal cancer. *Br J Surg* 103(7):855–862

Hintergrund und Fragestellung. Für lokal fortgeschrittene Ösophaguskarzinome (cT3/cT4) ist die neoadjuvante (Radio-)Chemotherapie fester Bestandteil des multimodalen Therapiekonzeptes, da sie die R0-Resektionsrate erhöht, die Rezidivrate verringert und somit das Gesamtüberleben der Tumoren verbessert. Diese Daten waren Grundlage dafür, das neoadjuvante Therapiekonzept in die aktuelle S3-Leitlinie „Ösophaguskarzinom“ aufzunehmen. Inwieweit diese Therapieempfehlung auch für frühe Tumorstadien übernommen werden kann, ist Gegenstand kontroverser Diskussionen.

Methoden. Zu dieser Fragestellung wurde unter Führung der französischen Arbeitsgruppe FREGAT (French Eso-Gastric Tumors) eine retrospektive Studie aus über 30 europäischen Zentren publiziert. In diese Studie wurden für den Zeitraum von 2000 bis 2010 alle Patienten mit Ösophaguskarzinom im klinischen UICC-Stadium I und II eingeschlossen, die mittels Chemotherapie neoadjuvant therapiert und anschließend operiert ($n = 181$) oder primär operiert wurden ($n = 992$). Patienten mit kombinierter Radiochemotherapie wurden ausgeschlossen. 55,5 % der Patienten waren im klinischen Stadium I, 44,5 % im klinischen Stadium II. Die 181 Patienten nach neoadjuvanter Chemotherapie wurden einer

gleich großen Gruppe primär operierter Patienten mittels „propensity score matching“ gegenübergestellt und hinsichtlich postoperativer Morbidität, Mortalität und Gesamtüberleben analysiert.

Ergebnisse. Die postoperative Komplikationsrate war in beiden Untersuchungsgruppen mit 56,9 % bei den neoadjuvant therapierten Patienten und 55,2 % bei den primär operierten Patienten vergleichbar. Auch hinsichtlich der Krankenhausmortalität konnte kein Unterschied nachgewiesen werden (neoadjuvante Chemotherapie plus Operation: 4,4 %, primäre Operation: 5,5 %). Die Rate der vollständigen Tumorsektionen war in der Gruppe der multimodal therapierten Patienten mit 91,7 % im Vergleich zu den primär operierten Patienten mit 86,7 % höher, der Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Das 5-Jahres-Gesamtüberleben war jedoch in der multimodal therapierten Gruppe mit 47,7 % signifikant besser als bei den Patienten mit alleiniger Operation (38,6 %, Hazard Ratio 0,68, 95 % CI 0,49–0,93, $p = 0,016$). Auffällig war, dass in 32,3 % des Gesamtkollektivs die histopathologische Aufarbeitung des Resektates ein pTNM-Stadium III ergab.

Fazit. Die vorliegende Studie aus Frankreich adressiert eine zentrale, zurzeit aber nicht beantwortete Frage zur multimodalen Therapie von Ösophaguskarzinomen. Das klinische Staging mit Endoskopie, Endosonographie und Computertomographie ist in den frühen Stadien bei einem Drittel der Patienten ungenau. Dieses „understaging“ gilt im Besonderen für das Stadium IB (cT2N0) und führt dazu,

dass zu wenige Patienten entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie in eine neoadjuvante (Radio-)Chemotherapie eingebunden werden. Die Daten dieser Studie weisen aber darauf hin, dass auch diese Patienten von einer neoadjuvanten Behandlung profitieren, ohne dass perioperative Morbidität und Mortalität erhöht werden. Bei der klinischen Diagnose eines Ösophaguskarzinoms im Stadium IB und II ist deshalb ein multimodales Therapiekonzept bei interdisziplinärem Konsens zu rechtfertigen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. FACS W. Schröder

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Universitätsklinik Köln
 Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Deutschland
 wolfgang.schroeder@uni-koeln.de

Interessenkonflikt. W. Schröder und C.J. Bruns geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.