Erhöhte Rate intraoperativer Komplikationen durch komplette mesokolische Exzision

Originalpublikation

Bertelsen CA, Neuenschwander AU, Jansen JE et al (2016) Short-term outcomes after complete mesocolic excision compared with „conventional“ colonic cancer surgery. Br J Surg 103(5):581–589

Hintergrund. Bei der kompletten mesokolischen Exzision (CME) verläuft die chirurgische Dissektion entlang von Organen/Organstrukturen und Gefäßen, die bei der konventionellen Resektion üblicherweise nicht komplett exponiert werden, weshalb eine höhere Morbidität (und Letalität) bei der CME-Chirurgie nicht auszuschließen ist.

Fragestellung und Methode. Ziel der aktuellen populationsbasierten Studie war die Analyse der Kurzzeitergebnisse der CME-Chirurgie im Vergleich zur konventionellen onkologischen Resektion beim Kolonkarzinom. Analysiert wurden Daten der Danish Colorectal Cancer Group von Patienten, die zwischen Juni 2008 und Dezember 2013 elektiv an einem Kolonkarzinom im Stadium I–III operiert wurden. Die CME-Gruppe bestand aus Patienten, die in einem in dieser Technik validierten Zentrum operiert wurden. Diese wurden verglichen mit Patienten aus 3 weiteren Zentren, in denen ausschließlich konventionelle onkologische Resektionen erfolgten (Kontrollgruppe). Ausschlusskriterien waren Rektumkarzinome (≤ 15 cm ab ano), metachrone kolorektale Zweitkarzinome und R2-Resektionen. Postoperative Komplikationen wurden bis zum 60. postoperativen Tag erfasst und ent-

sprechend Clavien-Dindo klassifiziert (Grad I–IIIa: Minor komplikation, Grad IIIb–V: Major komplikation).

Ergebnisse. Insgesamt konnten die perioperativen Daten von 529 CME-Patienten mit denen von 1701 konventionell operierten Patienten verglichen werden. Laparoskopische Resektionen wurden in der Kontrollgruppe signifikant häufiger durchgeführt als in der CME-Gruppe (68,9 % vs. 48,8 %, $p < 0,001$), dagegen erfolgten in letzterer signifikant mehr erweiterte rechtsseitige Hemikolektomien (17,4 % vs. 3,6 %, $p < 0,001$). Intraoperative Verletzungen benachbarter Organe/Strukturen fanden sich signifikant häufiger bei der CME-Chirurgie (9,1 % vs. 3,6 %, $p < 0,001$), dies betraf hauptsächlich Milzverletzungen (3,2 % vs. 1,2 %, $p = 0,004$), Verletzungen der V. mesenterica sup. (1,7 % vs. 0,2 %, $p < 0,001$) oder anderer (nichttumortragender) Darmsegmente (1,1 % vs. 0,2 %, $p = 0,015$). Postoperative nichtchirurgische Komplikationen bis zum 60. postoperativen waren häufiger in der CME-Gruppe (pulmonal: 8,1 % vs. 3,4 %, $p < 0,001$; Sepsis: 6,6 % vs. 3,2 %, $p < 0,001$), wohingegen die Rate an chirurgischen Komplikationen (20,8 % vs. 19,3 %, $p = 0,491$) – inklusive Anastomosensinsuffizienz (8,5 % vs. 7,1 %, $p = 0,327$) – in beiden Patientengruppen vergleichbar war. Die 90-Tage-Letalität war mit 6,2 % in der CME-Gruppe gegenüber 4,9 % in der Kontrollgruppe nichtsignifikant erhöht ($p = 0,219$, „propensity score-adjusted logistic regression odds ratio“: 1,22, 95 %-Konfidenzintervall: 0,79–1,87).

Diskussion und Fazit des Reviewers. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die CME ein erhöhtes Risiko für intraoperative Verletzungen von Milz, V. mesenterica sup. sowie nichttumortragender Darmsegmente birgt. Dies ist mutmaßlich Folge der zentralen und damit „radikaleren“ Dissektion bei Anwendung der CME-Chirurgie, wobei dies – verglichen mit der konventionellen Resektion – nicht zu einer statistisch signifikant erhöhten 30- bzw. 90-Tage-Letalität führt. Die in der aktuellen Studie mit 20,8 % bezifferte Rate an chirurgischen Komplikationen nach CME entspricht dabei den aus systematischen Literaturübersichten [1] bekannten Morbiditätsraten dieser Technik (21,5 %) und kann damit als repräsentativ gelten.

Korrespondenzadresse

J. Reibetanz

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Würzburg
 Würzburg, Deutschland
 reibetanz_j@ukw.de

Interessenkonflikt. J. Reibetanz und C. Germer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Killeen S, Mannion M, Devaney A, Winter DC (2014) Complete mesocolic resection and extended lymphadenectomy for colon cancer: a systematic review. Colorectal Dis 16(8):577–594