Das Risiko des prädominanten Lungenkarzinoms

Seit 2011 gibt es eine neue Klassifikation des Adenokarzinoms der Lunge. Vorherrschend ist der prädominante Subtyp, der eine schlechte Prognose haben soll. Forscher überprüfen dies bei über 1.000 Patienten.

Auch nach einer kurativen Operation rezidiert das frühe Lungenkarzinom oft. Das derzeit verwendete Staging-System kann Patienten nicht hinsichtlich des Rezidivrisikos stratifizieren. Deshalb schlugen die International Association for the Study of Lung Cancer, die American Thoracic Society und die European Respiratory Society (IASLC/ATS/ERS) 2011 eine neue Klassifikation vor, in der das Adenokarzinom der Lunge aufgrund histologischer Unterschiede in fünf verschiedene Subtypen eingeteilt wird. Am häufigsten ist der prädomi-

nante Typ. Der prognostische Wert der neuen Klassifikation für Rezidivrisiko und Überleben nach dem Rezidiv ist jedoch unklar. In einer Studie wurden daher von 1.120 Patienten Adenokarzinome im Stadium I, die zwischen 1999 und 2009 vollständig operativ entfernt worden waren, nach IASLC/ATS/ERS klassifiziert und der Einfluss des prädominanten Subtyps auf Rückfallrisiko und Postrezidiv-Überleben untersucht.

Im Beobachtungszeitraum erlitten 188 Patienten ein Rezidiv, 103 starben daran. Unter den Rezidiv-Patienten betrug die Postrezidiv-Überlebensrate nach 2 Jahren 45 %, das mediane Überleben nach Rezidiv 26,1 Monate. Bei Patienten mit soliden prädominanten Tumoren traten die Rezidive früher auf ($p = 0,007$) und häufiger außerhalb des Thorax ($p < 0,001$) sowie an verschiedenen Orten ($p < 0,011$). In einer multi-

variante Analyse gingen ein solides prädominantes histologisches Muster im Primärtumor (Hazard Ratio [HR] 0,176; $p = 0,016$), ein Alter > 65 Jahre (HR 1,63; $p = 0,01$) sowie eine sublobare Resektion (HR 1,6; $p = 0,011$) mit einem schlechteren Postrezidiv-Überleben einher. Extrathorakale Metastasen (HR 1,76; $p = 0,013$) und ein Alter > 65 Jahre zum Zeitpunkt des Rezidivs (HR 1,7; $p = 0,014$) waren ebenfalls signifikant mit einem schlechteren Postrezidiv-Überleben assoziiert.

Fazit: Bei Patienten mit Adenokarzinom der Lunge im Stadium I ist ein solider prädominanter Subtyp ein unabhängiger Prädiktor für ein frühes Rezidiv und dann für ein schlechteres Postrezidiv-Überleben.

Christina Berndt

Ujjie H et al. Solid Predominant Histologic Subtype in Resected Stage I Lung Adenocarcinoma Is an Independent Predictor of Early, Extrathoracic, Multisite Recurrence and of Poor Postrecurrence Survival. J Clin Oncol. 2015;33(26):2877-84.

Lungenkarzinom: Das Risiko der kleinen Schnitte

Eine limitierte Resektion eines Lungenkarzinoms wirkt auf den ersten Blick attraktiv. Aber überleben ältere Patienten mit einem Lungenkrebs im Frühstadium danach wirklich genauso lange wie nach einer Lobektomie?

Ältere Patienten mit Lungenkrebs im Stadium IA werden zunehmend konservativ operiert. Doch ob die limitierte Resektion der Lobektomie wirklich äquivalent ist, ist unbekannt. Wich-

tig ist dies, weil das häufigere Screening zu einer wachsenden Zahl besonders früh entdeckter Tumoren führt. US-Onkologen extrahierten Daten von über 65-jährigen Patienten mit einem invasiven Adeno- oder Plattenepithelkarzinom (Durchmesser ≤ 2 cm) aus dem SEER-Register. Bei allen Patienten war eine limitierte Resektion (Keilresektion oder Segmentektomie) oder eine Lobektomie vorgenommen worden. Die Forscher ermittelten Propensity-Scores, die den Einsatz einer limitierten Resektion vorhersagten, auf Basis von soziodemografischen Charakteristika, vorliegenden Komorbiditäten, funktionellem Status, Tumorcharakteristika, Diagnose und Staging. Verglichen wurde auch das Überleben der Patienten nach den unterschiedlichen Operationsformen.

Insgesamt unterzogen sich 27 % der 2.008 Patienten mit Adenokarzinom

und 32 % der 1.139 Patienten mit Plattenepithelkarzinom der Lunge einer limitierten Resektion. Überlebensanalysen zeigten, dass sie der Lobektomie nicht äquivalent war – weder beim Adeno- (Hazard Ratio [HR] 1,21) noch beim Plattenepithelkarzinom (HR 1,21). Bei letzterem führte weder die Keilresektion (HR 1,34) noch die Segmentektomie (HR 1,19) zu Ergebnissen, die denen der Lobektomie gleichwertig waren. Beim Adenokarzinom ergab sich nach Segmentektomie eine äquivalente Überlebensrate zur Lobektomie (HR 0,97), nicht aber nach Keilresektion (HR 1,29).

Fazit: Eine limitierte Resektion führt bei älteren Patienten mit invasivem nichtkleinzelligem Lungenkarzinom ≤ 2 cm zu schlechteren Überlebensraten als die Lobektomie. Lediglich beim Adenokarzinom könnte die limitierte Resektion gleichwertig sein, sofern sie als Segmentektomie und nicht als Keilresektion vorgenommen wird.

Christina Berndt

Veluswamy RR et al. Limited Resection Versus Lobectomy for Older Patients With Early-Stage Lung Cancer: Impact of Histology. J Clin Oncol. 2015;33(30):3447-53.

© Kzenon / Fotolia.com

Bei Patienten mit Platten- und Adenokarzinom ist eine Lobektomie zu empfehlen.