– Kommentar von Dr. med. Wolfgang Gesierich

Studiendaten unterstützen Leitlinienempfehlungen

Die endoskopischen Nadeltechniken EBUS-TBNA und EUS-FNA (Letzteres steht für durch endoskopischen Ultraschall (EUS) geführte Feinnadelaspiration über einen ösophagealen Zugang) haben in den Leitlinien für das mediastinale Staging beim Lungenkarzinom mittlerweile Vorrang vor den chirurgischen Staging-Optionen (Mediastinoskopie, videoassistierte Thorakoskopie) erhalten [1, 2]. Zeigt das PET-CT eine mediastinale Beteiligung (Lymphknoten über einen Zentimeter Größe und/oder metabolisch aktiv), ist ein minimal-invasives, mediastinales Staging klar indiziert. Bei radiologisch negativem Mediastinum empfehlen die ACCP-Guidelines [1] ein mediastinales Staging außerdem in folgenden Situationen: zentraler Tumor oder Befall der hilären Lymphknoten (N1).

Die weitere Abklärung des Mediastinums scheint hingegen verzichtbar bei peripherem T1-Tumor (<3 cm) ohne hiläre Beteiligung sowie bei diffuser mediastinaler Infiltration mit Umwachsen der mediastinalen Strukturen mit aufgehobener Abgrenzbarkeit einzelner Lymphknoten.

Die vorliegende Studie liefert weitere Evidenz für einen Teil dieser Empfehlungen. In einer radiologischen N0-Situation ist die Wahrscheinlichkeit einer klinisch relevanten Staging-Änderung durch die EBUS-TBNA gering, die Prozedur scheint verzichtbar. Bei radiologischem Nachweis eines N1-Befalls erscheint sie hingegen relevant und sollte systematisch entsprechend den Leitlinien-Empfehlungen (mindestens Sampling der Stationen 4R, 4L und 7) durchgeführt werden.

Die vorgestellten dänischen Daten zeigen aber auch, dass selbst mit diesem Vorgehen ein mediastinaler Tumorbefall noch bei einem relevanten Anteil von Patienten übersehen wird. Dass dies auch an der eingeschränkten Reichweite der EBUS-TBNA liegt, unterstreicht die gemeinsame Leitlinien-Empfehlung der ESGS/ERS/ESTS [2]. Die Fachgesellschaften schlagen vor, zusätzlich auch den endosonografischen Zu-

gang über den oberen Gastrointestinaltrakt zu nutzen, entweder mit einem Ultraschall-Gastroskop („EUS-FNA“), oder indem der Pneumologe während der Bronchoskopie das Ultraschall-Bronchoskop („EUS-B-FNA“) auch in den Ösophagus einführt. Letzteres ist im Hinblick auf Effizienz und Patientenbelastung wohl zu bevorzugen, setzt aber ein entsprechendes Training der interventionellen Pneumologen voraus.

Literatur

1. Silvestri GA, Gonzalez AV, Jantz MA et al. Methods for staging non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143:e211S-50S
2. Vilmann P, Clementsen PF, Colella S et al. Combined endobronchial and esophageal endosonography for the diagnosis and staging of lung cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline, in cooperation with the European Respiratory Society (ERS) and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). Endoscopy 2015;47:c1

Dr. med. Wolfgang Gesierich

Asklepios-Fachkliniken München-Gauting
Comprehensive Pneumology Center
München (CPC-M), Mitglied im Deutschen
Zentrum für Lungenforschung (DZL)
Robert-Koch-Allee 2, 82131 Gauting
w.gesierich@asklepios.com

Operables NSCLC

Wie viele Lymphknoten entfernen?

Mit steigender Zahl der untersuchten Lymphknoten („examined lymph nodes“, ELN) verbessern sich Staging und Langzeitüberleben beim resezierten nichtkleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC). Das zeigte eine retrospektive Analyse von Daten aus einem multizentrischen Register in China (n = 5.705) und der US-amerikanischen SEER-Datenbank aus den Jahren 2001 bis 2008 (n = 38.806).

Die Forscher ermittelten den Schwellenwert der ELN anhand dieser Daten und validierten ihn anhand der SEER-Daten aus 2009 (n = 5.068). Zwar war die Zahl der ELN in den primären Kohorten unterschiedlich (im Median 15 in China, 7 in der SEER-Datenbank), in beiden Kohorten zeigte sich aber eine signifikante proportionale Zunahme der N1- und N2-Tumoren zulasten der N0-Tumoren mit steigender Zahl der ELN (SEER: Odds Ratio [OR] 1,038; China: OR 1,012; jeweils p < 0,001). Parallel ging eine steigende Zahl der ELN mit einem verbesserten Überleben einher, bei N0-Erkrankung lag die Hazard Ratio (HR) in der SEER-Kohorte bei 0,986, in der chinesischen Kohorte bei 0,981 (jeweils p < 0,001), bei N1 oder N2-Staging in der SEER-Kohorte

bei 0,989 und in der chinesischen Kohorte bei 0,984 (jeweils p < 0,001). Das verbesserte Überleben kann z. B. auf die Entdeckung sonst nicht erkannter betroffener Lymphknoten mit der Folge einer sonst nicht durchgeführten adjuvanten Therapie, aber auch auf die Entfernung aller befallenen Lymphknoten zurückgeführt werden. Als optimaler Schwellenwert wurde eine Zahl von 16 ELN bei makroskopischer Freiheit von Lymphknotenmetastasen ermittelt (SEER: HR 0,830; China: HR 0,738).

Friederike Klein

Literatur:

1. Tomasello G et al. FOLFOXIRI Plus Bevacizumab as Conversion Therapy for Patients With Initially Unresectable Metastatic Colorectal Cancer — A Systematic Review and Pooled Analysis. JAMA Oncol. 2017;3(7):e170278. CrossRefPubMed