

Präoperative Beurteilung der Tumorlokalisation und des Lymphknotenstatus bei Patienten mit Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs

Originalpublikation

Grotenhuis BA, Wijnhoven BPL, Poley JW et al (2013) Preoperative assessment of tumor location and station-specific lymph node status in patients with adenocarcinoma of the gastroesophageal junction. *World J Surg* 37:147–155

Einleitung

Eine genaue Kenntnis über die Lokalisation des Primärtumors sowie den präoperativen Lymphknotenstatus ist bei Adenokarzinomen des gastroösophagealen Übergangs (AEG) entscheidend für das therapeutische Vorgehen. Die vorliegende Studie untersucht die Genauigkeit der präoperativen Endoskopie, des endoskopischen Ultraschalls (EUS) sowie der Computertomographie im Vergleich zum postoperativen histopathologischen Ergebnis.

Patienten und Methoden

Zwischen 2008 und 2009 konnten die Daten von 50 Patienten in die prospektive Studie eingeschlossen werden. Bei 26 Patienten wurde eine transthorakale Ösophagektomie und bei 24 eine transhiatale Gastrektomie durchgeführt.

Ergebnisse

Basierend auf der Siewert-Klassifikation konnte die Tumorlokalisation endoskopisch zu 70% und mittels CT zu 72% korrekt vorhergesagt werden. Bei Typ-I-

Tumoren zeigte die Endoskopie die beste Genauigkeit, hingegen waren Typ-II- und Typ-III-Tumoren sowie stenosierende Tumoren im CT besser zu beurteilen. Bei 22% (n=1) der Patienten ließ sich jedoch auch pathologisch keine eindeutige Klassifizierung (Typ I–III) durchführen. Das T-Stadium konnte mittels EUS in 79% der Fälle korrekt bestimmt werden. Der Lymphknotenstatus wurde in 66% (EUS) und 52% (CT) richtig vorhergesagt. Ursächlich für diese niedrigen Raten waren v. a. falsch-negative Befunde in Bereichen distal des Tumors sowie am Truncus coeliacus. Hieraus resultieren für den Lymphknotenstatus eine Sensitivität von 35% und eine Spezifität von 81% für den EUS sowie von 34% und 86% für die CT.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht erneut die bekannten Schwierigkeiten in der präoperativen Diagnostik sowie dem therapeutischen Vorgehen von Patienten mit Adenokarzinomen des gastroösophagealen Übergangs und deren Konsequenzen. Die erhobenen Genauigkeiten der angewandten diagnostischen Verfahren decken sich mit den bereits beschriebenen Daten. Die Anwendbarkeit der Siewert-Klassifikation im klinischen Alltag wird von den Autoren angezweifelt. Weiterhin werden die Durchführung einer selektiven EUS-FNP sowie die präoperative Durchführung eines MRT mit USPIO („ultrasmall superparamagnetic iron oxides“) zur Verbesserung der Vor-

hersagegenauigkeit des Lymphknotenstatus abschließend propagiert. Leider ergeben sich aus der suffizient durchgeführten Studie keine wesentlichen neuen Erkenntnisse. Die vorgeschlagenen ergänzenden Untersuchungen müssen kritisch hinterfragt und weiter untersucht werden. Aus unserer Sicht stellen die Kombination des EUS mit der CT sowie die anschließende Diskussion im interdisziplinären Tumorboard weiterhin den aktuellen Goldstandard dar. Für die Festlegung des definitiven Resektionsausmaßes ist neben der präoperativen histologischen Befundung der intraoperativen Befund mit kompletter Freilegung des gastroösophagealen Übergangs, eventuell ergänzt durch eine intraoperative Gastroskopie, entscheidend. Aufgrund der Komplexität dieser Karzinome müssen der Patient und seine Angehörigen in die schwierige individualisierte Entscheidung zum optimalen Resektionsausmaß involviert sowie über die beiden alternativen Techniken – transhiatale Gastrektomie vs. subtotale Ösophagektomie – aufgeklärt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. T. Franzke

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
 Schwerpunkt für endokrine
 und onkologische Chirurgie,
 Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung,
 Marienstr. 72–90, 30171 Hannover
 Timm.Franzke@ddh-gruppe.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.