

Offene vs. thorakoskopische Ösophagektomie beim Plattenepithelkarzinom des Ösophagus

Originalpublikation

Hsu P-K, Huang C-S, Wu Y-C et al (2014) Open versus thoracoscopic esophagectomy in patients with esophageal squamous cell carcinoma. *World J Surg* 38:402–409

Hintergrund

Der Einfluss der minimal-invasiven Ösophagektomie auf die Prognose wurde bisher, im Hinblick auf die rezidivfreie Überlebenszeit, nicht genauer untersucht. Die vorliegende Studie vergleicht die klinischen Ergebnisse von „offener“ (OOP) vs. minimal-invasiver thorakoskopischer Ösophagektomie (MIC) mit zervikalem Anschluss bei Patienten mit Plattenepithelkarzinom des Ösophagus.

Methodik

Zwischen 2008 und 2011 wurden im Taipei Veterans General Hospital 129 Patienten mit Plattenepithelkarzinom (63 OOP bzw. 66 MIC) operiert (nicht randomisiert). Die klinischen und pathologischen Daten wurden retrospektiv ausgewertet. Der perioperative Verlauf, die Gesamtüberlebenszeit, die rezidivfreie Überlebenszeit und die Rezidivlokalisationen nach OOP oder MIC wurden miteinander verglichen.

Ergebnisse

Die Anzahl der entfernten Lymphknoten (OOP \bar{O} 25,9 \pm 15,3 und MIC \bar{O} 28,3 \pm 16,6)

sowie die Rate der R0-resezierten Patienten (OOP 96,8% vs. MIC 97%) war in beiden Gruppen vergleichbar.

In der MIC-Gruppe traten weniger Pneumonien (OOP 25,4% und MIC 10,6%) und Wundheilungsstörungen (OOP 12,7% und MIC 1,5%) auf. Die Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation war zudem in der MIC-Gruppe kürzer (OOP \bar{O} 8,1 und MIC \bar{O} 5 Tage). Die Rezidivrate und -lokalisation war in beiden Gruppen gleich.

In Tumorstadien unterteilt setzten sich die Patientengruppen wie folgt zusammen:

Stadium I: 20,6% OOP vs. 24,2% MIC; Stadium II: 31,7% OOP vs. 42,4% MIC; Stadium III/IV: 47,6% vs. 33,3% MIC.

In der „offen“ und der thorakoskopischen Gruppe betrug die 3-Jahres-Überlebenszeit 47,6% und 70,9% und die 3-Jahres-rezidivfreie Zeit lag bei 35% und 62,4%. In der univariaten Analyse war dies signifikant ($p=0,031$) und ($p=0,007$).

Diskussion

Die vorliegende Studie suggeriert zunächst eine relativ klare Überlegenheit der minimal-invasiven thorakoskopischen Operation gegenüber der „offenen“ Operation. Die offensichtlichen Vorteile wie kleineres Trauma, weniger pulmonale Komplikationen und schnellere postoperative Rekonvaleszenz werden hervorgehoben.

Wie auch die Autoren schildern, sollten die Ergebnisse jedoch kritisch betrachtet werden. Hinsichtlich der rezidiv-

freien Zeit und der Gesamtüberlebenszeit zeigte sich in der multivariaten Analyse kein signifikanter Vorteil der MIC-Methode gegenüber der OOP. Das Tumorstadium bleibt weiterhin der wesentliche prognostische bestimmende Faktor.

Anhand der o. g. Daten wird deutlich, dass durch die nicht durchgeführte Randomisierung ein Selektionsbias entstanden ist. Patienten in der MIC-Gruppe wurden überwiegend in einem früheren Tumorstadium operiert. Auch die weiteren ausgewerteten klinischen Parameter sind in dieser Hinsicht dem Bias unterlegen und dementsprechend nicht voll aussagekräftig.

Um einen signifikanten Vorteil einer Methode im Vergleich aufzeigen zu können, bedarf es einer randomisiert-prospektiven Studie. Anhand der vorliegenden Daten lässt sich jedoch feststellen, dass das minimal-invasive Vorgehen zumindest keinen Nachteil für die Patienten darstellt und in einem frühen Tumorstadium ggf. einen Vorteil hat.

Korrespondenzadresse

F. Brink

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

Interessenkonflikt. F. Brink und J. Jähne geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.