

Sentinel-Lymphknoten-Mapping beim Adenokarzinom des ösophagogastralen Übergangs

Originalpublikation

Matsuda T, Takeuchi H, Tsuwano S et al (2014) Sentinel node mapping in adenocarcinoma of the esophagogastric junction. World J Surg 38:2337–2344

Hintergrund

Die Inzidenz an Karzinomen des ösophagogastralen Übergangs (AEG) hat in den letzten Jahren zugenommen. Mediastinale Lymphknotenmetastasen werden in 7–40% festgestellt; die operative Strategie bez. einer prophylaktischen, mediastinalen Lymphadenektomie wird noch kontrovers diskutiert. Die Autoren stellen nun die Hypothese auf, dass die Durchführung eines Sentinel-Lymphknoten(SN)-Mappings die operative Radikalität, und damit eine erhöhte Morbidität, reduzieren kann, indem auf unnötige Lymphadenektomie verzichtet wird. Die vorliegende Arbeit soll dies in einem 38-monatigen Follow-up klären.

Material und Methoden

Zum Auffinden der SN wurde am präoperativen Tag die duale Tracer-Methode (radioaktives Kolloid und blauer Farbstoff) endoskopisch eingesetzt. 15 Patienten mit einem Ösophaguskarzinom, kleiner als 4 cm messend, im klinischen Stadium cT1 N0 M0 (Siewert I n=3, Siewert II n=12), konnten am Keio University Hospital, Tokio, zwischen 2000 und 2011 untersucht werden, wobei die Verteilung der SN mit 52 Patienten verglichen wur-

de, die Lymphknotenmetastasen aufwiesen und ohne Mapping operiert wurden.

Ergebnisse

Die AEG-I-Probanden wurden mittels Ösophagusresektion und Magenhochzug operiert, während die AEG-II-Patienten eine transhiatale Gastrektomie erhielten. In allen Patienten konnten die SN sicher identifiziert werden. Bei zwei Patienten fanden sich Lymphknotenmetastasen, hier wurde der positive SN bereits im intraoperativen Schnellschnitt nachgewiesen. Die diagnostische Sensitivität und Richtigkeit betrug somit 100%.

Ein Patient mit initial drei Lymphknotenmetastasen erkrankte an einem Rezidiv. Kein Patient mit negativem SN erlitt ein Tumorrezidiv in den ersten 38 Monaten. Die Verteilung der SN war vergleichbar mit der Lokalisierung der Lymphknotenmetastasen der Vergleichsgruppe (Siewert I: SN mediastinal und im Bereich der kleinen Kurvatur; Siewert II: SN im Bereich der kleinen Kurvatur und Kardia, keine mediastinalen SN, daher nur transhiatale Operation).

Diskussion

Da in der Arbeit die Detektion der SN 100% betrug, schätzen die Autoren das SN-Mapping als sensitives Instrument zum Auffinden von Lymphknotenmetastasen beim frühen AEG ein. Möglicherweise kann das SN-Mapping Hochrisikopatienten für mediastinale Lymphknotenmetastasen identifizieren und damit zur

Klärung der Frage beitragen, ob eine mediastinale Lymphknotendisektion notwendig ist. Ziel dabei ist es, die Operationsradikalität niedrig zu halten. Diese Ergebnisse sollten in Studien mit größeren Patientenzahlen und einem längeren Follow-up geprüft werden.

Korrespondenzadresse

Dr. K. Götzky

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

Interessenkonflikt. K. Götzky und J. Jähne geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.