Chirurg 2015 · 86:900
 DOI 10.1007/s00104-015-0070-4
 Online publiziert: 31. Juli 2015
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

P. Mroczkowski · C.J. Bruns

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg, Deutschland

Tumorregression nach neoadjuvanter Kurzzeitbestrahlung beim Rektumkarzinom

Originalpublikation

Pettersson D, Lörinc E, Holm T et al (2015) Tumour regression in the randomized Stockholm III Trial of radiotherapy regimens for rectal cancer. Br J Surg 102(8):972–978

Hintergrund und Fragestellung

Tumorregression nach neoadjuvanter Behandlung steht aktuell im Fokus der Therapiekonzepte beim Rektumkarzinom, da bei einer Subpopulation eine komplette Remission (CR) beobachtet wird. Das Phänomen ist in der Regel mit einer konventionellen Radiochemotherapie assoziiert. In dieser Interimsanalyse wird das Tumoranprechen nach Kurzzeit-Radiotherapie(RT) analysiert.

Methoden

Verglichen wurden 2 Arme der 3-armigen randomisierten Stockholm-III-Studie: RT (25 Gy über 5–7 Tage) mit sofortiger Chirurgie (SRT, nach 1–7 Tagen) vs. RT mit einer verschobenen Chirurgie (D-SRT, nach 4–8 Wochen). Primäres Studienziel war die Erforschung des Tumoranprechens in Abhängigkeit von der Form der Neoadjuvanz und vom Zeitpunkt der Chirurgie.

Ergebnisse

Präparate von 462 Patienten wurden ausgewertet. Die Verschiebung der Resektion führte zu signifikant niedrigeren ypT-Stadien ($p < 0,001$) und mehr CR (SRT 1,7 % D-SRT 10,1 %; $p < 0,001$). Bei ypN-Sta-

dien, Lymphknotenzahl und CRM („circumferential resection margin“) - Befall ($\text{CRM} \leq 1 \text{ mm}$) wurden keine signifikanten Unterschiede beobachtet.

Diskussion und Fazit

Diese hochqualitative Analyse bekräftigt die aktuelle Diskussion über CR und ihre möglichen Konsequenzen. Neu ist jetzt die Erkenntnis, dass eine CR nicht nur nach einer Langzeit-Radiochemotherapie(RCT), sondern auch nach Kurzzeitradiotherapie auftreten kann. Zu erwarten ist eine flächendeckende zeitliche Verschiebung der Chirurgie nach Abschluss der neoadjuvanten Behandlung und zunehmende Erwägung einer „Watch-and-wait“-Strategie bei klinisch vermuteter CR. Hierzu wird man in Deutschland neue Optionen finden müssen, insbesondere in den Einrichtungen, die als zertifizierte Darmzentren zu einer Mindestzahl der Resektionen verpflichtet sind. Spätestens seit der Veröffentlichung des Champalimaud-Konsensus wird die Besprechung einer CR-Option mit dem Patienten als eine ethische Verpflichtung postuliert [1].

Auf der anderen Seite nicht zu vergessen sind die erheblichen internationalen Unterschiede in der Indikation und Verbreitung der neoadjuvanten Therapie [2], die jedoch kaum Unterschiede in Überlebensparametern bewirken [3]. Im Kontext einer deutlichen Verschlechterung der Lebensqualität durch die Multimodalität der Behandlung [4] sollte gleichzeitig auch eine Diskussion geführt werden, ob und – wenn ja – bei welchen primär chirurgisch therapierbaren Patienten die zu-

sätzliche Belastung der Neoadjuvanz zu verantworten ist.

Korrespondenzadresse

P. Mroczkowski

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
 Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
 Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg
 pawel.mroczkowski@med.ovgu.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. P. Mroczkowski und C.J. Bruns geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Heald RJ, Beets G, Carvalho C (2014) Report from a consensus meeting: response to chemoradiotherapy in rectal cancer – predictor of cure and a crucial new choice for the patient: on behalf of the Champalimaud 2014 Faculty for Rectal cancer: when NOT to operate? Colorectal Dis 16(5):334–337
2. Nielsen LB, Wille-Jørgensen P (2014) National and international guidelines for rectal cancer. Colorectal Dis 16(11):854–865
3. De AR, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D et al (2014) Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO-CARE-5-a population-based study. Lancet Oncol 15(1):23–34
4. Contin P, Kulu Y, Bruckner T, Sturm M, Welsch T, Müller-Stich BP et al (2014) Comparative analysis of late functional outcome following preoperative radiation therapy or chemoradiotherapy and surgery or surgery alone in rectal cancer. Int J Colorectal Dis 29(2):165–175