



Qualitätskriterien für die minimal-invasive Ösophagektomie – eine Registeranalyse

Originalpublikation

Schmidt HM, Gisbertz S, Gutschow CA et al (2017) Defining benchmarks for the transthoracic esophagectomy. A multicenter analysis of total minimally invasive esophagectomy in low risk patients. Ann Surg. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002445>

Hintergrund und Fragestellung. In der chirurgischen Therapie des Ösophaguskarzinoms werden in zunehmendem Maße verschiedenste minimal-invasive Techniken mit dem Ziel eingesetzt, die postoperative Morbidität zu reduzieren. Um die Qualität dieser operativen Verfahren in einzelnen Zentren beurteilen zu können, gibt es gegenwärtig in der Literatur nur unzureichend valide Daten, die als Benchmark vergleichend herangezogen werden können. Eine europäische Multicenteranalyse untersuchte mit dieser Fragestellung den postoperativen Verlauf von Patienten nach total minimal-invasiver Ösophagektomie.

Methoden. Aus einer Kohorte von 1057 Patienten mit total minimal-invasiven Ösophagektomien, die über einen 5-Jahres-Zeitraum an 13 europäischen High-volume-Zentren operiert wurden, erfüllten 334 Patienten (31,6 %) die Kriterien eines niedrigen Risikoprofils (ASA \leq 2, WHO/ECOG \leq 1, Alter \leq 65, BMI 19–29 kg/m²) und wurden in diese retrospektive Analyse eingeschlossen. Bei 188 Patienten (56,3 %) wurde die gastrale Rekonstruktion intrathorakal (Ivor Lewis) und bei 146 Patienten (43,7 %) zervikal (McKeown) durchgeführt. Endpunkt dieser Untersuchung war die postoperative Morbidität klassifiziert

nach Clavien-Dindo und dem Comprehensive Complication Index (CCI). Benchmark-Werte wurden definiert als die 75. Percentile des Medians für jeden einzelnen Parameter als das beste zu erzielende Outcome.

Ergebnisse. Insgesamt 44 % der untersuchten Patienten hatten einen unkomplizierten Verlauf (Clavien-Dindo 0), während 56 % der Patienten wenigstens eine Komplikation im postoperativen Verlauf aufwiesen. Bei 26,9 % der Patienten wurde die Komplikation als „major morbidity“ klassifiziert (Clavien-Dindo \geq 3 A). Hierbei waren im Gesamtkollektiv die pulmonalen Komplikationen (25,7 %) führend, gefolgt von der Anastomoseninsuffizienz (15,9 %) und kardialen Ereignissen (13,5 %). Benchmark-Werte für die 30- und 90-Tage-Mortalität waren \leq 0,0 % und \leq 4,6 %. 78,4 % der Patienten wurden wegen eines lokal fortgeschrittenen Tumors multimodal therapiert. Der Benchmark-Wert für eine R1-Resektion lag im Patientenkollektiv bei \leq 3,1 %, für die Anzahl resezierter Lymphknoten bei \geq 23.

Fazit. Die vorliegenden Daten zeigen, dass auch in ausgewiesenen Zentren in einem Kollektiv von Patienten mit geringer Komorbidität die minimalinvasive Ösophagektomie ein Eingriff mit geringer Mortalität, aber einer hohen postoperativen Komplikationsrate ist. Es ist davon auszugehen, dass in der flächendeckenden Versorgung von Abteilungen mit geringer Fallzahl diese Komplikationsraten noch höher sein werden und somit eine Zentrierung der Ösophaguschirurgie notwendig erscheint. Schwierig

in der Bewertung ist allerdings, inwieweit die Lernkurve für dieses komplexe Verfahren die Ergebnisse der einzelnen Zentren beeinflusst hat und damit nicht repräsentativ für ein Benchmarking sind. Unabhängig davon können aber die Daten solcher Kollektive als Qualitätskriterien für Zertifizierungen der Fachgesellschaften herangezogen werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. W. W. Schröder, FACS, FEBS
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Universitätsklinik Köln
 Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Deutschland
wolfgang.schroeder@uni-koeln.de

Interessenkonflikt. W. Schröder und C. J. Bruns geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.