

Chirurg 2018 · 89:155
<https://doi.org/10.1007/s00104-018-0594-5>
 Online publiziert: 26. Januar 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018



O. Strobel · M. W. Büchler

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Seitengang-IPMN: Resektion oder Beobachtung?

Originalpublikation

Hu Y, Johnston LE, Shami VM et al (2017) Comparative effectiveness of resection vs surveillance for pancreatic branch duct intraductal papillary mucinous neoplasms with worrisome features. *JAMA Surg.* <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.4587> (Epub ahead of print)

Pergolini I, Sahara K, Ferrone CR et al (2017) Long-term risk of pancreatic malignancy in patients with branch duct intraductal papillary mucinous neoplasm in a referral center. *Gastroenterology* 153(5):1284–1294

Hintergrund. Bei intraduktal papillär muzinösen Neoplasien der Seitengänge des Pankreas (BD-IPMN) wird international ein am Malignitätsrisiko orientiertes Vorgehen empfohlen: BD-IPMN ohne Risikokriterien können beobachtet und BD-IPMN mit Hochrisikostigmata (HRS) sollen reseziert werden. Das Vorgehen bei BD-IPMN mit „worrisome features“ (WF: Zysten ≥ 3 cm, breite Zystenwand und Knötchen, Hauptgangdilatation 5–9 mm, Parenchymatrophie, Lymphadenopathie) ist unklar. Die Datenlage bezüglich der Langzeitergebnisse einer Strategie der Resektion oder Beobachtung und bezüglich des Langzeitmalignitätsrisikos bei BD-IPMN ist für sichere Empfehlungen jedoch unzureichend. In zwei aktuellen Studien konnten wichtige neue Erkenntnisse zu diesem wichtigen Thema gewonnen werden.

Methoden und Ergebnisse. Hu et al. führten Markov-Entscheidungsanalysen zur Modellierung der vergleichenden Effektivität der Strategien der Resektion und der Beobachtung bei BD-IPMN mit WF durch. Zur Modellierung wurden Schätzwerte für den Lang-

zeitnutzen der beiden Strategien, für Wahrscheinlichkeiten eines Wechsels des Erkrankungsstatus (insbesondere maligne Progression eines IPMN) und für die chirurgische Morbidität und Mortalität aus qualitativ hochwertigen Publikationen zwischen 1997 und 2014 abgeleitet. Der Nutzen der Strategien wurde anhand diskontierter qualitätskorrigierter Lebensjahre (dQALY) gemessen. Bei einer 20-jährigen Nachbeobachtung erbrachte eine Strategie der frühen Resektion 11,63 dQALY vs. 11,06 dQALY bei einer Strategie der Beobachtung. Sensitivitätsanalysen erbrachten eine 94-%-Wahrscheinlichkeit der Überlegenheit einer Strategie der Resektion. Eine Resektion führte zu einer höheren kreisfreien Überlebensrate nach 4,25 Jahren und zu einem höheren Gesamtüberleben nach 6,5 Jahren. Der Vorteil der Resektion war dabei geknüpft an eine Lebenserwartung von ≥ 18 Jahren, einer chirurgischen Mortalität von $< 4,3$ %, einer jährlichen Progressionsrate von WF zu HRS von > 4 % und einer Malignitätsrate bei HRS von 20,6 %.

In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse von Pergolini et al. hoch relevant. Diese untersuchten die Progression von BD-IPMN bei 577 Patienten unter Beobachtung, wobei 363 Patienten ≥ 5 Jahre beobachtet wurden. Bei 20 (5,5 %) von 363 Patienten entwickelte sich Malignität (inklusive hochgradiger Dysplasien), bei 16 (4,4 %) ein invasives Karzinom. Eine Progression trat bei > 50 % der Patienten auf, eine Progression unauffälliger BD-IPMN mit Entwicklung von WS oder HRS in 22 % der Fälle. Von 282 Patienten mit unauffälligen BD-IPMN nach 5 Jahren kam es bei 12 (4,3 %) noch später zur malignen Progression.

Nur unauffällige BD-IPMN $< 1,5$ cm ohne Progression über 5 Jahre hatten ein niedriges Malignitätsrisiko.

Diskussion. Die aktuellen Empfehlungen zum Management der BD-IPMN basieren auf einer unzureichenden Datenlage bezüglich der Langzeitergebnisse mit einer Risikounterschätzung. Hu et al. folgern, dass bei BD-IPMN mit WF eine frühe Resektion der Beobachtung überlegen ist und unter Beachtung von Patientenfaktoren (Alter) und der chirurgischen Qualität angeboten werden sollte. Pergolini et al. zeigen, dass auch scheinbar harmlose BD-IPMN ein erhebliches Progressions- und Malignitätsrisiko haben. Die Zusammenschau dieser Ergebnisse wirft die Frage auf, ob und wann auch bei BD-IPMN ohne WF eine Resektion die langfristig bessere Strategie ist.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. O. Strobel

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg
 Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg, Deutschland
 Oliver.Strobel@med.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. O. Strobel und M. W. Büchler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.