

Chirurg 2019 · 90:156  
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0796-5>  
 Online publiziert: 14. Januar 2019  
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
 Springer Nature 2019



W. Schröder · C. J. Bruns

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Universitätsklinik Köln, Köln, Deutschland

## Management klinischer cT2N0-Karzinome des Ösophagus

### Originalpublikation

Esophageal Cancer Study Group Participating Centers (2018) Predictors of staging accuracy, pathologic nodal involvement, and overall survival for cT2N0 carcinoma of the esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg.* <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2018.10.057> (Epub ahead of print)

**Hintergrund und Fragestellung.** Nach der S3-Leitlinie „Ösophaguskarzinom“ wird für Tumoren, die nach klinischem Staging als cT2N0 klassifiziert werden, eine primäre Operation empfohlen, für Adenokarzinome ist aber eine perioperative Chemotherapie und für Plattenepithelkarzinome eine neoadjuvante Radiochemotherapie in diesem Stadium ebenfalls möglich („Kann“-Empfehlung). Diese alternativen therapeutischen Optionen spiegeln die geringe Evidenz für die Behandlung dieses Tumorstadiums wider. Eine aktuelle Publikation zu dieser kontrovers diskutierten Frage untersucht klinische Variablen, welche möglicherweise die Entscheidung für eine primäre Operation oder ein multimodales Konzept beeinflussen.

**Methoden.** In einer großen retrospektiven Analyse aus 26 internationalen „High-volume“-Zentren wurden 767 Patienten aus dem Zeitraum 2002 bis 2012 eingeschlossen, die nach onkologischem Staging eines Adeno- oder Plattenepithelkarzinoms ein cT2N0-Stadium aufwiesen. 499 Patienten (65 %) wurden primär operiert und 268 Patienten (35 %) multimodal therapiert (195 Patienten mit Radiochemo- und 73 Patienten mit alleiniger Chemotherapie). Neben Überlebensanalysen aller drei Gruppen wurde für die Patienten nach alleiniger Ösophagektomie die präope-

orative Diagnosegenauigkeit („diagnostic accuracy“) berechnet.

**Ergebnisse.** Die 5-Jahres-Überlebensrate war in allen drei Untersuchungsgruppen vergleichbar und lag für das Gesamtkollektiv bei 57 % (medianes Überleben: 83 Monate). Die präoperative diagnostische Genauigkeit eines pT2N0-Stadiums betrug für das Kollektiv der 499 primär operierten Patienten 14 % (70 von 499 Patienten). Bezogen auf das T-Stadium war bei diesen Patienten die Wahrscheinlichkeit eines „Under“- bzw. „Over“-Stagings gleich groß. 216/499 Patienten hatten nach histopathologischer Aufarbeitung ein pT1-Stadium und 153/499 Patienten ein pT3-Stadium. Bei 45 % der Patienten lag ein pN-Stadium  $\geq 1$  vor. Die Länge des Tumors  $\geq 3,25$  cm war in der multivariaten Analyse der primär operierten Patienten ein prädiktiver Faktor für einen positiven Nodalstatus, als postoperativer Faktor konnte die histopathologische Lymphgefäßinvasion identifiziert werden.

**Fazit.** Entsprechend den Empfehlungen der S3-Leitlinie wird weiterhin in den meisten Zentren bei klinischer Diagnose eines cT2N0-Stadiums eine primäre Ösophagektomie durchgeführt. Das „klassische“ Staging mittels Endoskopie/endoluminalem Ultraschall und (PET)/CT ist ungeeignet, ein cT2N0-Stadium zu diagnostizieren. Bei einer hohen Rate von Frühkarzinomen sollte bei Patienten mit einer Tumurlänge  $< 3,25$  cm und einer negativen biptischen Lymphgefäßinvasion zunächst die endoskopische Resektion erwogen werden. Die vorliegenden Daten zeigen auch, dass es bei Patienten im cT2N0-Stadium weiterhin keinen gesicherten

Nachweis für die Durchführung einer multimodalen Therapie gibt.

### Korrespondenzadresse

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

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