Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S48

<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0848-x>

Online publiziert: 13. Februar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Originalpublikation

Martínez-Pérez A et al (2017) Pathologic outcomes of laparoscopic vs open mesorectal excision for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. JAMA Surg 152(4):e165665

Einleitung und Methodik. Im Zeitalter der total-mesorektalen Exzision (TME) stellen die Qualität des TME-Präparates und das Erreichen tumorfreier Resektionsränder die wichtigsten pathoanatomischen Qualitätsmerkmale der Rektumkarzinomchirurgie dar. Obwohl die laparoskopische Rektumkarzinomresektion als einer der komplexesten kolorektalen Eingriffe angesehen werden kann, kommt diese Technik – u. a. getriggert durch die günstigen Ergebnisse vorangegangener Multicenterstudien [1] – doch „flächendeckend“ zur Anwendung.

Ziel der aktuellen Metaanalyse war es, das pathoanatomische Outcome laparoskopischer (LRR) vs. offener Rektumresektion (ORR) anhand der aktuellen Literatur auf hohem Evidenzniveau zu bewerten. Hierzu wurden aus den bekannten medizinischen Datenbanken alle relevanten Originalpublikationen extrahiert. Eingeschlossen wurden ausschließlich randomisiert-kontrollierte Studien (RCT), die mindestens eines der Zielkriterien in Abhängigkeit des operativen Zugangs (LRR vs. ORR) analysierten. Primäre Endpunkte waren die Rate an positivem zirkumferenziellen Resektionsrand (CRM+, definiert als ≤ 1 mm)

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2017) 88:709–709. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0474-4>

J. Reibetanz · C. T. Germer

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinik Würzburg, Würzburg, Deutschland

Pathologische Ergebnisse nach laparoskopischer und offener Rektumkarzinomchirurgie

sowie die Qualität der mesorektalen Exzision (entsprechend Nagtegaal et al. [2]). Sekundäre Endpunkte beinhalteten u. a. die Rate an positivem aboralem Resektionsrand und die Anzahl entfernter Lymphknoten.

Ergebnisse. Insgesamt konnten 14 Studien (publiziert zwischen Mai 2003 und Oktober 2015) mit 4034 Patienten in die Metaanalyse eingeschlossen werden, von denen 2265 Patienten laparoskopisch (Konversionsrate 13,1 %) und 1769 Patienten offen operiert worden waren. Ein positiver CRM ≤ 1 mm (9 Studien eingeschlossen) zeigte sich bei 7,9 % der Patienten der LRR-Gruppe vs. 6,1 % der Patienten der ORR-Gruppe (RR = 1,17, 95 % KI: 0,89–1,53; $p = 0,26$). In 5 Studien, die über die Qualität der mesorektalen Exzision berichteten, zeigte sich eine „non-complete“ (fast komplette oder inkomplette) mesorektale Exzision bei 13,2 % der Patienten nach LRR vs. 10,4 % der Patienten nach ORR (RR = 1,31, 95 % KI: 1,05–1,64; $p = 0,02$). Die Rate an positivem aboralem Resektionsrand ($p = 0,86$), die Anzahl entfernter Lymphknoten ($p = 0,91$), der aborale Tumorabstand ($p = 0,87$) und der zirkumferenzielle Tumorabstand ($p = 0,38$) unterschieden sich nicht signifikant zwischen LRR und ORR.

Diskussion und Fazit des Reviewers.

Die Qualität der mesorektalen Resektion (definiert nach Nagtegaal et al. [2]) ist eines der relevantesten pathoanatomischen Kriterien, die die onkologische Sicherheit in der Rektumkarzinomchirurgie definieren, und stellt zugleich einen wichtigen prognostischen Parameter hinsichtlich der Lokalrezidivrate

dar. Diesbezüglich bestätigt die aktuelle Metaanalyse unter Einschluss der jüngsten und größten Multicenter-RCTs eine signifikant bessere TME-Qualität (gemessen an der Intaktheit der mesorektalen Faszie) nach offener Rektumkarzinomchirurgie im Vergleich zur laparoskopischen Resektion. Die Ergebnisse trüben daher etwas den Enthusiasmus hinsichtlich der minimalinvasiven Rektumresektion.

Durch die vorliegende Metaanalyse nicht beantwortet wird jedoch die relevante Frage, ob und inwieweit die reduzierte Präparatequalität nach laparoskopischer Rektumresektion tatsächlich Einfluss auf die onkologischen Endpunkte „Lokalrezidivrate, krankheitsfreies und Gesamtüberleben“ nimmt. Diesbezüglich muss auf die Überlebensdaten der bereits publizierten [1] und noch laufenden prospektiv-randomisierten Studien verwiesen werden.

Korrespondenzadresse

J. Reibetanz

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinik Würzburg
97080 Würzburg, Deutschland
reibetanz_j@ukw.de

Interessenkonflikt. J. Reibetanz und C. Germer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. van der Pas MH, Haglind E, Cuesta MA et al (2013) Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol 14(3):210–218
2. Nagtegaal ID, van de Velde CJ, van der Worp E et al (2002) Macroscopic evaluation of rectal cancer resection specimen: clinical significance of the pathologist in quality control. J Clin Oncol 20(7):1729–1734