Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S46
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0851-2>
 Online publiziert: 13. Februar 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2019

Originalpublikation

Rullier E, Rouanet P, Tuech JJ et al (2017)
 Organ preservation for rectal cancer
 (GRECCAR 2): a prospective, randomised,
 open-label, multicentre, phase 3 trial. *Lancet*.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31056-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31056-5)

Hintergrund. Die Standardtherapie des Rektumkarzinoms stellt die total mesorektale Exzision (TME) dar, mit oder ohne neoadjuvanter Radiochemotherapie (nRCT), in Abhängigkeit des klinischen Stagings. Um die Folgen der radikalen Rektumresektion zu umgehen, wurde für Patienten mit gutem klinischem Ansprechen auf die nRCT als Alternative zur TME die lokale Exzision des Resttumors vorgeschlagen.

Fragestellung und Methode. Ziel der hier vorgestellten multizentrischen, prospektiv-randomisierten Phase-3-Studie war der Vergleich der lokalen Tumorexzision (LE) mit der TME bei Patienten mit Rektumkarzinom und gutem Ansprechen auf die nRCT. Eingeschlossen waren Patienten mit Rektumkarzinom ≤ 8 cm ab ano mit einem prätherapeutischen Tumorstadium uT2/3, N0-1 (Stadium I–III). Das Reststaging erfolgte 6 bis 8 Wochen nach Abschluss der nRCT, wobei eine gute klinische Response als residuelle Tumornarbe ≤ 2 cm ohne Nachweis einer Ulzeration definiert war. Der operative Eingriff erfolgte 8 Wochen nach Abschluss der nRCT entsprechend der Randomisierung: transanale Vollwandresektion vs. TME. Eine komplettierende TME (1–4 Wochen spä-

J. Reibetanz · C. T. Germer

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

Organerhaltende Chirurgie beim Rektumkarzinom

ter) erfolgte, sofern sich histologisch aus dem Vollwandresektat ein ungünstiges Tumorstadium (ypT 2–3) oder eine R1-Situation ergab. Um die Überlegenheit der lokalen Exzision in der modifizierten Intention-to-treat-Analyse zu belegen, wurde als primärer Endpunkt ein „composit“ aus „Versterben, Rezidiv (lokal oder fern), chirurgischen Major-komplikationen und anderen schweren Komplikationen“ 2 Jahre nach Randomisierung definiert.

Ergebnisse. Zwischen März 2007 und September 2012 konnten aus 5 französischen Zentren insgesamt 186 Patienten für die Studie rekrutiert werden, von denen 145 Patienten gut auf die nRCT angesprochen hatten und randomisiert wurden: $n = 74$ in die LE-Gruppe, $n = 71$ in die TME-Gruppe. Beide Patientengruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich demographischer Daten oder Tumorcharakteristika. Die R0-Resektionsrate lag in der LE-Gruppe bei 100 % vs. 94 % bei Patienten nach TME ($p = 0,055$). Insgesamt musste bei 28 von 74 Patienten der LE-Gruppe (38 %) aufgrund eines ungünstigen postoperativen Tumorstadiums die komplettierende TME erfolgen, jedoch fanden sich unter allen durchgeführten TMEs nur in 8 % der Fälle Lymphknotenmetastasen. 2 Jahre nach der Randomisierung zeigten sich ein oder mehr Ereignisse des zusammengesetzten Endpunktes bei 41 von 73 (56 %) Patienten der LE-Gruppe vs. 33 von 69 Patienten (48 %) der TME-Gruppe (Odds Ratio 1,33, 95 %-Konfidenzintervall [KI] 0,62–2,86; $p = 0,43$). Die 3-Jahres-Lokalrezidivrate, die Metastasierungsrate sowie das krankheitsfreie und Gesamtüberleben unterschieden sich nicht signifikant zwischen beiden Behandlungsarmen. Die Morbidität der

Operation und die Schwere an Komplikationen war jedoch graduell abhängig vom durchgeführten Eingriff: Während Patienten der LE-Gruppe hauptsächlich Minor-komplikationen zeigten, fanden sich bei initial lokal exzidierten Patienten mit Komplettierungs-TME die höchsten Raten an Komplikationen und postoperativen Nebenwirkungen ($p < 0,05$).

Fazit des Reviewers. Die Studie konnte die Überlegenheit der lokalen Exzision gegenüber der TME bei Patienten mit tiefsitzendem Rektumkarzinom und gutem Ansprechen auf die nRCT nicht bestätigen. Dies ist hauptsächlich bedingt durch die hohe Rate an Komplettierungs-TME (38 %), welche die Morbidität betroffener Patienten beträchtlich erhöht und somit potenzielle Vorteile der lokalen Exzision maskiert. Insgesamt unterstützt die Studie jedoch die organerhaltende Rektumchirurgie bei Patienten mit gutem Ansprechen auf die Neoadjuvanz. So differierten die 3-Jahres-Lokalrezidivrate und das krankheitsfreie Überleben nicht signifikant zwischen lokal therapierten und onkologisch resezierten Patienten (auch wenn die Studie hinsichtlich dieser Fragestellung nicht gepowert war). Patienten mit kleinen T2-/T3-Tumoren scheinen dabei für die lokale Tumorexzision die besten Kandidaten zu sein.

Korrespondenzadresse

J. Reibetanz

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

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

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2017) 88:805–806. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0483-3>