

Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S23
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0866-8>
 Online publiziert: 13. Februar 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

Chirurgische Strategien beim Kardiakarzinom (AEG Typ II)

Originalpublikation

Blank S, Schmidt T, Heger P et al (2017) Surgical strategies in true adenocarcinoma of the esophagogastric junction (AEG type II): thoracoabdominal or abdominal approach? *Gastric Cancer* <https://doi.org/10.1007/s10120-017-0746-1>

Hintergrund und Fragestellung. Für Adenokarzinome des gastroösophagealen Übergangs (AEG) Typ II (Kardiakarzinome) ist nach wie vor nicht geklärt, mit welchem chirurgischen Verfahren das langfristige onkologische Outcome positiv beeinflusst wird. Hierbei stehen sich die transthorakale Ösophagektomie mit gastralre Konstruktio und die transhiatal erweiterte Gastrektomie als operative Optionen gegenüber. Zu dieser Fragestellung wurde eine retrospektive Analyse aus der Universitätsklinik Heidelberg publiziert.

Methoden. Aus einer prospektiv geführten Datenbank wurden über einen Zeitraum von 15 Jahren insgesamt 242 Patienten mit einem Kardiakarzinom (AEG Typ II) identifiziert; bei 56 dieser Patienten wurde eine thorakoabdominelle Ösophagektomie (TAE) und bei 186 eine transhiatal erweiterte Gastrektomie (THG) durchgeführt. In der zweiten Gruppe waren signifikant häufiger Patienten älter als 70 Jahre. 120 Patienten wurden bei lokal fortgeschrittenem Tumor neoadjuvant chemotherapiert.

Ergebnisse. Die Morbidität war in beiden Gruppen vergleichbar (Clavien-Din-

do >3a: TAE 28,6 % vs THG 19,4 %, $p = 0,141$), ebenso die Krankenhausmortalität (TAE und THG 5,4 %, $p = 0,711$). Die R0-Resektionsrate war in beiden Gruppen vergleichbar niedrig (TAE 85,9 % vs. THG 83,9 %, $p = 0,719$). Die mediane Anzahl der resezierten Lymphknoten lag in beiden Gruppen bei 24. Das mediane Gesamtüberleben lag bei 38,4 Monaten, das 5-Jahres-Überleben bei 42,8 %. Die 3- und 5-Jahres-Überlebensraten waren in der THG-Gruppe signifikant geringer als bei Patienten mit TAE (48,5 % vs. 69,6 % und 38,8 % vs. 57,5 %, $p = 0,02$). In der multivariaten Analyse war das chirurgische Verfahren ein unabhängiger Prognosefaktor für das Überleben.

Fazit. Nach Analyse dieses bisher größten Kollektivs zu AEG-Typ-II-Karzinomen favorisieren die Autoren aufgrund der besseren Überlebensdaten die transthorakale Ösophagektomie. Wie aber in den bisher publizierten retrospektiven Untersuchungen bleibt auch hier eine sichere Zuordnung zum AEG-Typ II schwierig. Im methodischen Teil ist nicht hinreichend definiert, ob bei den neoadjuvant therapierten Patienten die Zuordnung aufgrund der Endoskopie vor oder nach Chemotherapie erfolgte und der endoskopische Befund mit der makro-pathologischen Beurteilung des Resektates insbesondere bei Patienten mit „major“ oder „complete response“ korrelierte. Ein weiterer Bias dieser Arbeit ist die unterschiedliche Altersstruktur der beiden untersuchten Gruppen. Deshalb bleibt die Kernfrage nach dem onkologisch adäquaten Resektionsausmaß für AEG-Typ-II-Karzinome weiterhin unbeantwortet und kann wie von den Autoren der Arbeit auch gefolgert nur durch

ein prospektiv-randomisiertes Studiendesign geklärt werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. W. Schröder
 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.

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2018) 89:66–66. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0565-2>