

Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S43  
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0867-7>  
 Online publiziert: 13. Februar 2019  
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
 Springer Nature 2019



J. Reibetanz · C. T. Germer

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

## Kolonstent als „bridge to surgery“ vs. notfallmäßige Resektion bei Patienten mit maligner Kolonstenose

### Originalpublikation

Arezzo A et al (2017) Stent as bridge to surgery for left-sided malignant colonic obstruction reduces adverse events and stoma rate compared with emergency surgery: results of a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointest Endosc* 86:416–426

**Hintergrund und Zielsetzung.** Die maligne Kolonstenose stellt einen chirurgischen Notfall dar. Als Alternative zur notfallmäßigen Resektion wurde bereits vor 20 Jahren die Platzierung eines Kolonstents als „bridge to surgery“ beschrieben [1]. Letztere Methode zielt darauf ab, den Patienten für eine „quasi-elektive“ Operation ausreichend zu rekompensieren. Ziel der aktuellen Metaanalyse war der Vergleich der periprozeduralen Morbidität bei *notfallmäßiger Resektion* („emergency surgery“, ES) vs. *Platzierung eines Kolonstents* als „bridge to surgery“ („stenting as bridge to surgery“, SBTS) bei Patienten mit maligner Stenose im linken Hemikolon.

**Methode.** Hierfür wurden aus den bekannten medizinischen Datenbanken alle relevanten Originalpublikationen extrahiert. Eingeschlossen waren lediglich randomisiert-kontrollierte Studien, die die notfallmäßige Resektion mit der Stentplatzierung (ES vs. SBTS) in der Behandlung der akuten, malignen Kolonobstruktion im linken Hemikolon verglichen. Primärer Endpunkt war die postoperative Gesamtleblichkeit bin-

nen 60 Tagen (in der Stent-Gruppe gemeint als 60-Tage-Letalität nach verzögert durchgeführter Operation) sowie die Gesamtmorbidität. Sekundäre Endpunkte beinhaltenen u. a. die Erfolgsrate der Stentplatzierung, die Rate an periprozeduralen Nebenwirkungen, die Stomarate, die Dauer des stationären Aufenthaltes etc.

**Ergebnisse.** Insgesamt 8 Studien mit 497 Patienten (primär publiziert zwischen 2009 und 2016) wurden in die Metaanalyse eingeschlossen:  $n = 251$  Patienten in die SBTS-Gruppe und  $n = 246$  Patienten in die ES-Gruppe. Die Gesamtleblichkeit binnen 60 Tagen war mit 9,6 % in der SBTS-Gruppe vs. 9,9 % in der ES-Gruppe für beide Kollektive vergleichbar (RR = 0,98; 95 %-KI: 0,53–1,82;  $p = 0,955$ ). Dagegen war die Gesamtmorbidität binnen 60 Tagen nach erfolgter Operation mit 33,9 % vs. 51,2 % signifikant günstiger in der SBTS-Gruppe verglichen mit notfallmäßig operierten Patienten (RR = 0,59; 95 %-KI: 0,38–0,93;  $p = 0,023$ ). Auch die Rate an temporären Stomata war mit 33,9 % vs. 51,4 % signifikant niedriger in der SBTS-Gruppe (RR = 0,67, 95 %-KI: 0,54–0,83;  $p < 0,001$ ). Gleiches galt auch für die permanente Stomarate: 22,2 % in der SBTS-Gruppe vs. 35,2 % in der ES-Gruppe ( $p = 0,003$ ). Korrespondierend mit dieser Beobachtung war auch die Rate an primär erfolgreicher Reanastomosierung signifikant höher in der SBTS-Gruppe (SBTS: 70,0 % vs. ES: 54,1 %, RR = 1,29; 95 %-KI: 1,01–1,66;  $p = 0,043$ ). Insgesamt 4 Studien analysierten bei einem medianen Follow-up von 18 bis 65 Monaten die Rate an Tumorrezidiven. Diese war mit 40,5 %

vs. 26,6 % höher in der SBTS-Gruppe, dieser Unterschied blieb jedoch ohne statistische Signifikanz (RR = 1,80, 95 %-KI: 0,91–3,54;  $p = 0,09$ ).

**Fazit des Reviewers.** Anhand der niedrigeren perioperativen Morbidität und einer reduzierten Rate an temporären/permanenten Stomata lässt die vorliegende Metaanalyse vermuten, dass die Anwendung eines Kolonstents als „bridge to surgery“ bei Patienten mit maligner Stenose des linken Hemikolons gegenüber der primären Notfallresektion gewissen Vorteile zu haben scheint. Die (nichtsignifikant) höhere Rate an Tumorrezidiven nach einer Stent-Therapie gegenüber der primären Resektion lässt jedoch auch Zweifel an deren onkologischer Sicherheit aufkommen. Darüber hinaus muss für die sinnvolle Etablierung der SBTS-Therapie zweifelsohne eine erfahrene Endoskopie „rund um die Uhr“ verfügbar sein.

### Korrespondenzadresse

**Dr. 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.

### Literatur

1. Tejero E, Mainar A, Fernández L, Tobío R, De Gregorio MA (1994) New procedure for the treatment of colorectal neoplastic obstructions. *Dis Colon Rectum* 37(11):1158–1159

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2018) 89:65–65. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0566-1>