

Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S67
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0891-7>
 Online publiziert: 13. Februar 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2019



O. Strobel · M. W. Büchler

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Artery-first-Approach bei der partiellen Pankreatoduodenektomie

Originalpublikation

Ironside N, Barreto SG, Loveday B et al (2018) Meta-analysis of an artery-first approach versus standard pancreatoduodenectomy on perioperative outcomes and survival. *Br J Surg.* 105(6):628–636

Hintergrund. Für die Pankreatoduodenektomie (PD) wurden verschiedene Artery-first(A.first)-Techniken entwickelt, bei denen eine Dissektion der peripankreatischen Arterien als früher Operationsschritt erfolgt, vor Durchtrennung des Pankreas. Als Vorteile einer A.first-Technik werden unter anderem ein reduzierter Blutverlust und eine Erleichterung einer radikalen Resektion beim Karzinom mit erhöhter Rate von R0-Resektion postuliert. Bisher gibt es jedoch wenig Evidenz bezüglich der tatsächlichen Vorteile der A.first-PD vs. der Standardtechnik der PD. Ironside et al. führten daher eine Metaanalyse zu diesem Thema durch.

Methoden. Es wurde eine systematische Literatursuche in vier Datenbanken bis einschließlich August 2017 durchgeführt. Einschlusskriterien waren beobachtende oder interventionelle Studien zum Vergleich A.first vs. Standardtechnik der PD. Zielkriterien waren perioperative Ergebnisse, R0-Raten und das Gesamtüberleben.

Ergebnisse. Es wurden von 112 gescreentenen Publikationen 17 Studien mit insgesamt 1472 Patienten in die Analyse eingeschlossen, von denen 771 eine A.first-PD und 701 eine Standard-PD erhielten. Eingeschlossen wurden 14 retrospektive Kohortenstudien und 2 Fall-Kontroll-Studien mit meist kleinen Fallzahlen und nur eine randomisiert kontrollierte Studie (6 vs. 6 Patienten). Eine Analyse der Studienqualität zeigte erhebliche Defizite, insbesondere ein hohes Risiko für Bias. Nur 6 Studien hatten eine adäquate Power. Die Operationsdauer war in beiden Gruppen vergleichbar. Der mittlere Blutverlust war in der A.first-Gruppe signifikant niedriger (–389 ml; $p < 0,001$; 13 Studien mit insgesamt 1261 Patienten). Entsprechend waren Bluttransfusionen bei der A.first-PD weniger häufig notwendig (10,6 vs. 40,1 %; $p < 0,001$; 10 Studien mit 972 Patienten). Bei vergleichbarer Mortalität war die Morbidität bei der A.first-PD signifikant niedriger als bei der Standard-PD (35,5 vs. 44,3 %; $p < 0,002$; 15 Studien mit insgesamt 1366 Patienten) und die Aufenthaltsdauer war nach A.first-PD kürzer (–6,75 Tage; $p < 0,002$; 11 Studien mit 783 Patienten). Die R0-Rate war in der A.first-Gruppe signifikant höher als bei Standard-PD (76 vs. 67 %; $p < 0,001$; 11 Studien mit 773 Patienten). Das Gesamtüberleben war in der A.first-Gruppe signifikant länger als nach Standard-PD (2-Jahres-Überleben: 62,1 vs. 44,0 % in 6 Studien mit 446 Patienten; medianes Überleben: 20,5 vs. 18,3 Monate in 8 Studien mit 612 Patienten).

Diskussion. Die Autoren schlussfolgern vorsichtig, dass A.first-Techniken bei der PD im Vergleich zur Standardtechnik mit weniger Blutverlust, weniger Bluttransfusionen, einer geringeren Morbidität, einer höheren R0-Rate und besseren Überlebensergebnissen assoziiert *sein könnten*, diskutieren jedoch Qualität und Bias der zugrunde liegenden Studien als wichtige Limitation der Metaanalyse. Während wir von den Vorteilen der A.first-Technik aus eigener Erfahrung überzeugt sind, fehlt weiterhin gute wissenschaftliche Evidenz. Daran ändert auch die vorliegende Metaanalyse nichts, die auf qualitativ unzureichenden Studien beruht. Insbesondere Beobachtungen wie die deutlich kürzere Liegedauer nach A.first-PD sind großteils durch Bias zu erklären. Wir benötigen dringend bessere Studien zu dieser wichtigen chirurgisch-technischen onkologischen Fragestellung. In solchen Studien sollten dann auch die Vermeidung von R2-Resektionen und eine Reduktion der Morbidität der Exploration bei irresektablen Tumoren durch frühzeitige intraoperative Klärung der Resektabilität als weitere mögliche Vorteile der A.first-PD untersucht werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. O. Strobel
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg
 Heidelberg
 Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg, Deutschland
 Oliver.Strobel@med.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. O. Strobel und M. W. Büchler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2018) 89:481–481. <https://doi.org/10.1007/s00104-018-0651-0>