

Chirurg 2020 · 91:264
<https://doi.org/10.1007/s00104-020-01145-3>
 Online publiziert: 18. Februar 2020
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2020



C. T. Germer¹ · J. Reibetanz

¹Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland

Die Durchführung der transanal total mesorektalen Exzision wurde in Norwegen aufgrund ungünstiger Ergebnisse ausgesetzt

Originalpublikation

Wasmuth HH, Faerden AE, Myklebust TA et al (2020) Transanal total mesorectal excision for rectal cancer has been suspended in Norway. *Br J Surg* 107(1):121–130

Einleitung. Die transanale total mesorektale Exzision (taTME) versucht die bekannten Limitationen der konventionell laparoskopischen TME auszugleichen. Darüber hinaus wird die bei der taTME unter Sichtkontrolle angelegte Tabaksbeutelnaht (sichere Festlegung des Sicherheitsabstandes) als ein großer Vorteil dieser Technik angesehen. Nichtsdestotrotz wurden vergangenes Jahr erhebliche Bedenken gegenüber der taTME geäußert, als eine unerwartet hohe Rate an Lokalrezidiven nach taTME auffiel [1]. Daraufhin wurde dieses Verfahren bis zu einer abschließenden Beurteilung durch ein landesweites Audit ausgesetzt.

Methode. Für dieses Audit wurden im Sinne einer Datenbankanalyse die Behandlungsdaten aller zwischen Oktober 2014 und Oktober 2018 in Norwegen mittels taTME behandelten Patienten ausgewertet und in Bezug auf die onkologischen Ergebnisse mit den Daten des Norwegian Colorectal Cancer Registry (NCCR) und des Norwegian Registry of Gastrointestinal Surgery (NoRGast) verglichen.

Ergebnisse. Insgesamt war im oben genannten Zeitraum bei 157 Patienten eine taTME durchgeführt worden. Der Tumorabstand lag bei 8 cm ab ano (2–13 cm), das mediane Follow-up betrug 19,5 Monate. Während des Beobachtungszeitraumes entwickelten 12/152 taTME-Patienten, die länger als 100 Tage nach Operation überlebten, ein Lokalrezidiv (7,9%). Alle Rezidive nach taTME traten innerhalb von 2 Jahren auf, mit einem Median von 9,5 Monaten (2–23 Monate). Die entsprechenden 2,4-Jahres-Lokalrezidivraten lagen mit 11,6% (95%-Konfidenzintervall[KI]: 6,6–19,9) vs. 2,4% (95%-KI: 1,4–4,3) in der taTME-Kohorte signifikant höher als in der NCCR-Kohorte (adjustierte Hazard Ratio = 6,71; 95%-KI: 2,94–15,32; $p < 0,001$). Elf von 131 taTME-Patienten mit primärer Anastomose erlitten eine Anastomoseninsuffizienz (8,4%), verglichen mit einer Anastomoseninsuffizienzrate von 4,5% im NoRGast-Register ($p = 0,047$). Auch die 30-Tage-Gesamtmortalität war nach taTME mit 2,5% signifikant höher als die im NoRGast-Register berichtete Mortalitätsrate (0,4%, $p = 0,008$).

Kommentar

Trotz einer niedrigeren pT-Kategorie der Patienten in der taTME-Kohorte und dem damit verbundenen Selektionsvorteil zugunsten der taTME im Vergleich zur NCCR-Kohorte resultiert

die taTME in einem ungünstigeren onkologischen Outcome hinsichtlich des Lokalrezidivs, mit einem 6,7-fach höheren Lokalrezidivrisiko nach 2 Jahren verglichen mit Patienten des norwegischen kolorektalen Karzinomregisters. Da 152 der eingeschlossenen 157 Patienten mit taTME in nur 4 norwegischen Zentren operiert wurden, darf man eine entsprechende Expertise mit dieser Methode unterstellen. Da somit auch bei sehr erfahrenen kolorektalen Chirurgen die taTME in einem „unsuccessful outcome“ resultierte, schlussfolgert der Artikel relativ ernüchternd in Bezug auf die taTME: „It did not appear to be a learning curve phenomenon so it may be the method (not the training) that is the problem.“

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. C. T. Germer
 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Würzburg
 Oberdürrbacher Str. 6, 97080 Würzburg, Deutschland
 Germer_C@ukw.de

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

Literatur

1. Larsen SG, Pfeffer F, Korner H (2019) Norwegian moratorium on transanal total mesorectal excision. *Br J Surg* 106(9):1120–1121