

Chirurg 2020 · 91:598

<https://doi.org/10.1007/s00104-020-01175-x>

Online publiziert: 14. April 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020



W. Schröder · C. J. Bruns

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Universitätsklinik Köln, Köln, Deutschland

Plattenepithelkarzinom des Ösophagus – 2-Feld- oder 3-Feld-Lymphadenektomie?

Originalpublikation

Li B, Hu H, Zhang Y et al (2020) Three-field versus two-field lymphadenectomy in transthoracic oesophagectomy for oesophageal squamous cell carcinoma: short-term outcomes of a randomized clinical trial. *Br J Surg*. <https://doi.org/10.1002/bjs.11497>

Hintergrund und Fragestellung. In der aktuellen Fassung der S3-Leitlinie „Ösophaguskarzinom“ ist für Plattenepithelkarzinome (PEC) des distalen und mittleren Ösophagus die Lymphadenektomie (LAD) des abdominalen und mediastinalen Kompartiments als Standard definiert. Bei diesen Tumoren werden in den meisten Zentren zusätzlich die Lymphknoten (LK) linksseitig der Trachea mit entfernt (sog. erweiterte 2-Feld-LAD). Die Resektion der LK im zervikalen Kompartiment (sog. 3-Feld-LAD) wird wegen der erhöhten Morbidität (einseitige/beidseitige Rekurrensparese) bei fraglichem onkologischem Nutzen kontrovers diskutiert. Zu diesem Thema wurden von einer chinesischen Arbeitsgruppe Daten einer multizentrischen Studie publiziert.

Methoden. In einem prospektiv randomisierten Studiendesign wurden insgesamt 400 Patienten mit einem PEC des distalen und mittleren Ösophagus eingeschlossen. Keiner der Patienten wurde neoadjuvant therapiert, alle Patienten wurden primär über einen transthorakalen Zugang offen operiert. Bei 200 Patienten wurde eine erweiterte 2-Feld-LAD durchgeführt, bei den anderen 200 Patienten wurden über eine zusätzliche Inzision am Hals die Lymphknoten des zervikalen Kompartiments reseziert (3-

Feld-LAD). Alle Patienten wurden im Sinne einer Ivor-Lewis-Ösophagektomie intrathorakal rekonstruiert. In der vorliegenden Publikation wurden die sekundären Endpunkte „postoperative Morbidität“ und „pathologische Daten“ analysiert.

Ergebnisse. Nach 3-Feld-LAD wurden im Median mit 37 LK (Bereich: 30–49) signifikant mehr LK reseziert als nach erweiterter 2-Feld-LAD (Median 24 LK, Bereich: 18–30, $p < 0,001$). Bei 43 von 200 Patienten der 3-Feld-LAD (21,5 %) konnten zervikale LK-Metastasen histopathologisch nachgewiesen werden. Damit war die Rate der pN3-Stadien in dieser Kohorte signifikant höher (10,5 % vs. 5,0 %, $p = 0,04$). Die Gesamtmorbidität war in beiden Gruppen vergleichbar niedrig (3-Feld-LAD: 28,0 %, 2-Feld-LAD: 30,5 %). Nur ein Patient des gesamten Kollektivs (0,25 %) verstarb innerhalb von 90 Tagen. Postoperative Stimmbandparesen wurden nach 3-Feld-LAD bei 10,5 % und nach 2-Feld-LAD bei 12,0 % der Patienten diagnostiziert ($p = 0,635$). Die Rate der Reintubation war jedoch signifikant höher nach 3-Feld-LAD (3,0 % vs. 0 %, $p = 0,03$). Die durchschnittliche Gesamtoperationszeit wurde durch die zervikale LAD um 15 min verlängert (3-Feld-LAD 183 min, 2-Feld-LAD 168 min, $p > 0,001$).

Fazit. Die aktuelle Studie zeigt, dass bei insgesamt sehr kurzen Operationszeiten die beiden Verfahren hinsichtlich chirurgischer Morbidität vergleichbar sind. Die Arbeit gewinnt dadurch an Bedeutung, dass die Anzahl der resezierten LK nicht durch multimodale Therapiekonzepte verändert wurde. Die signifikant

größere Anzahl resezierter LK nach zervikaler LAD führte erwartungsgemäß zu höheren UICC-TNM-Stadien („stage migration“). Ob diese Beobachtung auch das rezidivfreie oder Gesamtüberleben positiv beeinflusst und damit möglicherweise in die nächste Auflage der S3-Leitlinie aufgenommen wird, müssen die Langzeitergebnisse dieser Studie zeigen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. W. Schröder, FACS, FEBS

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.