

Chirurg 2020 · 91:781

<https://doi.org/10.1007/s00104-020-01254-z>

Online publiziert: 29. Juli 2020

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

M. Schrempf · Matthias Anthuber<sup>1</sup><sup>1</sup>Klinik für Allgemein-, Viszeral- Transplantationschirurgie, Klinikum Augsburg, Augsburg, Deutschland

# Aussagekraft von Tumordeposits bei Patienten mit Kolonkarzinom im Stadium III

## Originalpublikation

Delattre JF, Cohen R, Henriques J et al (2020) Prognostic value of tumor deposits for disease-free survival in patients with stage iii colon cancer: A post hoc analysis of the IDEA France phase III trial (PRODIGE-GERCOR). *J Clin Oncol* 38:1702–1710

**Hintergrund.** Tumordeposits (TDs) wurden erstmals 1935 beschrieben und seit der 7. Auflage des AJCC-TNM-Staging-Handbuchs mit der pN1c-Kategorie als eigenständige Entität anerkannt. Seitdem werden kolorektale Karzinome auch in Abwesenheit von Lymphknotenmetastasen beim Nachweis von TDs als Stadium III klassifiziert. TDs werden als isolierte Tumorzellnester ohne residuales Lymphknotengewebe im perikolisichen, perirektalen oder mesokolischen Fett innerhalb des Lymphabflussgebiets des Primarius definiert. Bisher ist nicht abschließend geklärt, ob TDs bei Patienten mit nachgewiesenen Lymphknotenmetastasen einen zusätzlichen Einfluss auf die Prognose haben. Dies wurde nun in einer Post-hoc-Analyse der IDEA-France-Studie untersucht.

**Methoden.** Es erfolgte eine Post-hoc-Analyse aller Pathologiebefunde von Patienten mit UICC-III-Tumoren in der IDEA-France-Studie. Das primäre Ziel war es, den prognostischen Einfluss von TDs auf das krankheitsfreie Überleben (DFS) zu untersuchen.

**Ergebnisse.** Von 1942 Patienten im Stadium UICC III hatten 184 (9,5%) TDs. Patienten mit einem pN1a/b- und einem pN1c-Befund hatten ein ähnliches

DFS ( $p = 0,77$ ). Patienten mit Nachweis von TDs hatten ein schlechteres 3-Jahres-DFS im Vergleich zu Patienten ohne TDs (65,6% vs. 74,7%;  $p = 0,008$ ). In der multivariaten Analyse war der Nachweis von TDs mit einem höheren Risiko für Tumorrezidiv oder Tod assoziiert (Hazard Ratio [HR] 1,36; 95%-Konfidenzintervall [KI] 1,1–1,8;  $p = 0,020$ ). Weitere mit einem kürzeren DFS assoziierte Faktoren waren männliches Geschlecht, 3-monatige vs. 6-monatige adjuvante Therapie sowie ein pT4- und/oder pN2-Stadium.

Es erfolgte ein „Restaging“ durch Addition der Anzahl von TDs zu der Anzahl von Lymphknotenmetastasen. Von 1454 Patienten mit einem pN1-Stadium wurden 35 (2,4%) hierdurch als pN2 deklariert. Diese Patienten zeigten ein schlechteres DFS im Vergleich zu den Patienten, die weiterhin als pN1 klassifiziert wurden (60,7% vs. 79,3%;  $p = 0,015$ ) und ein ähnliches DFS wie Patienten, die bereits initial einen pN2-Befund aufwiesen.

**Diskussion und Fazit.** Die Einführung der pN1c-Kategorie hat eine Diskussion über die prognostische Bedeutung von TDs und über die Notwendigkeit einer adjuvanten Chemotherapie bei Patienten ohne Lymphknotenmetastasen, aber Nachweis von TDs angestoßen. Retrospektive Arbeiten konnten zeigen, dass Patienten ohne Lymphknotenmetastasen, aber mit TDs signifikant seltener eine adjuvante Chemotherapie erhielten als Patienten mit Lymphknotenmetastasen [1, 3]. In dieser Studie beeinflusste das Vorhandensein von TDs die Prognose negativ über alle pN-Stadien hinweg. Diese Daten werden durch die Arbeit von Pricolo et al. gestützt, die zeigen konnte,

dass TDs die Prognose von Patienten mit Lymphknotenmetastasen signifikant verschlechtern [2]. Daher sollte der Nachweis von TDs unabhängig vom Lymphknotenstatus keinesfalls ignoriert und bei der Entscheidung zur adjuvanten Chemotherapie berücksichtigt werden.

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Matthias Anthuber**

Klinik für Allgemein-, Viszeral- Transplantationschirurgie, Klinikum Augsburg  
Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg, Deutschland  
[matthias.anthuber@klinikum-augsburg.de](mailto:matthias.anthuber@klinikum-augsburg.de)

**Interessenkonflikt.** M. Schrempf und M. Anthuber geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Mirkin KA, Kulaylat AS, Hollenbeak CS et al (2018) Prognostic significance of tumor deposits in stage III colon cancer. *Ann Surg Oncol* 25:3179–3184
2. Pricolo VE, Steingrimsson J, McDuffie TJ et al (2020) Tumor deposits in stage III colon cancer. *Am J Clin Oncol* 43:133–138
3. Wong-Chong N, Motl J, Hwang Get al (2018) Impact of tumor deposits on oncologic outcomes in stage III colon cancer. *Dis Colon Rectum* 61:1043–1052