Chirurg 2020 · 91:975

<https://doi.org/10.1007/s00104-020-01285-6>

Online publiziert: 14. Oktober 2020

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

Originalpublikation

Calmels M, Collard MK, Cazelles A et al (2020) Local excision after neoadjuvant chemoradiotherapy versus total mesorectal excision: A case-matched study in 110 selected high-risk patients with rectal cancer. *Colorectal Dis* <https://doi.org/10.1111/codi.15323>

Hintergrund. Postoperative Komplikationen nach TME (totale mesorektale Exzision) beeinflussen die Lebensqualität der Patienten teils erheblich. Bei Patienten mit vermuteter Komplettremission (CR) nach nRCTx (neoadjuvanter Radiochemotherapie) werden daher organerhaltende Strategien („watch and wait“ oder Vollwandexzision) diskutiert. Die vorgestellte französische Studie vergleicht die Vollwandexzision mit der TME bei Hochrisikopatienten mit CR nach nRCTx bei lokal fortgeschrittenen Karzinomen des unteren und mittleren Rektumdrittels.

Material und Methoden Retrospektiv wurden 39 Patienten erfasst, die zwischen 2006 und 2017 aufgrund eines Hochrisikoprofils als Alternative zur TME bei CR nach nRCTx eine Vollwandexzision (VE) erhielten. Fortgeschrittenes Alter, schwere Komorbidität oder das Vorliegen ultratiefer Rektumtumoren mit der Notwendigkeit einer abdominoperinealen Rektumexstirpation (APE) oder die Notwendigkeit einer koloanal Anastomose wurden als Hochrisikosituationen gewertet. Die 39 Patienten der VE-Gruppe wurden mit 71 Patienten einer vergleichbaren TME-Gruppe hinsichtlich operativer, onkologischer und funktioneller Ergebnisse verglichen.

A. Straßmüller · M. Anthuber¹¹ Klinik für Allgemein-, Viszeral- Transplantationschirurgie, Klinikum Augsburg, Augsburg, Deutschland

Vollwandexzision vs. TME bei Komplettremission nach neoadjuvanter Radiochemotherapie

Ergebnisse. Bei 28/39 (72 %) der VE-Gruppe wurde ein Tumorstadium ypT0-ypTis-ypT1 R0 diagnostiziert. Die Gesamtmorbidität war in der VE-Gruppe (10/39, 26 %) signifikant niedriger ($p=0,001$) als in der TME-Gruppe (46/71, 65 %). Hinsichtlich schwerer Morbidität (Clavien-Dindo ≥ 3) gab es in beiden Gruppen keine Unterschiede (VE: 1/39, 3 % TME: 3/71, 4 %). Nach einer mittleren Follow-up-Dauer von 63 ± 4 Monaten kam es bei 2/39 (5 %) der VE-Gruppe vs. 2/71 (3 %) der TME-Gruppe zu einem Lokalrezidiv ($p=0,601$). Ein dauerhaftes Stoma erhielten 2/39 (5 %) der VE-Gruppe vs. 8/71 (12 %) der TME-Gruppe ($p=0,489$). Ausgeprägte LARS-Symptome entwickelten in der VE-Gruppe 5/23 (22 %) vs. 11/33 (33 %) in der TME-Gruppe ($p=0,042$).

Diskussion und Fazit

Die organerhaltende Strategie mit VE zielt im Vergleich zur „Watch-and-wait“-Strategie darauf ab, durch den histologischen Nachweis einer CR eine höhere onkologische Sicherheit zu erreichen. Allerdings konnten Hayden et al. zeigen, dass sich Tumorzellen auch in einer Distanz zur tumorfreien mukosalen Narbe finden lassen [1]. Das Restaging der Patienten nach RCTx erfolgte mittels klinischer Untersuchung und MRT. In dieser Studie konnte das MRT eine klinisch vermutete CR nach RCTx mit einer Genauigkeit von 72 % nachweisen, sodass die Indikation zur VE retrospektiv korrekt gestellt wurde. In der randomisierten Greccar-2-Studie konnten dahingegen nur 53 %

der Patienten (39/73) korrekt für eine VE selektioniert werden [2].

Das Hauptproblem organerhaltender Strategien bei vermuteter CR bleibt die Ungenauigkeit der bildgebenden Methoden. Das Vorgehen mit VE kann bei Hochrisikopatienten und geeigneter Patientenselektion eine Alternative zur TME darstellen und bietet ggf. durch den Nachweis einer histopathologischen CR eine gewisse zusätzliche onkologische Sicherheit, die das Risiko einer falsch vermuteten CR zumindest reduziert.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Anthuber

Klinik für Allgemein-, Viszeral- Transplantationschirurgie, Klinikum Augsburg
Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg, Deutschland
matthias.anthuber@klinikum-augsburg.de

Interessenkonflikt. A. Straßmüller und M. Anthuber geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Hayden DM, Jakate S, Pinzon MC et al (2012) Tumor scatter after neoadjuvant therapy for rectal cancer: are we dealing with an invisible margin? *Dis Colon Rectum* 55:1206–1212
- Rullier E, Rouanet P, Tuech JJ et al (2017) Organ preservation for rectal cancer (GRECCAR 2): a prospective, randomised, open-label, multicentre, phase 3 trial. *Lancet* 390:469–479