

Indikation und Benefit der lateralen Beckenwanddissektion beim Rektumkarzinom

Sugihara K, Kobayashi H, Kato T, et al. Indication and benefit of pelvic sidewall dissection for rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1663–72.

Fragestellung und Hintergrund: Die vorliegende Studie wurde zur Untersuchung der Indikation und des Benefits einer lateralen Beckenwanddissektion beim Rektumkarzinom durchgeführt.

Patienten und Methodik: In dieser retrospektiven multizentrischen Studie wurden Daten von Patienten mit einem Rektumkarzinom gesammelt, die zwischen 1991 und 1998 operiert und prospektiv nachbeobachtet worden waren.

Ergebnisse: Von 1 977 Patienten mit einem Rektumkarzinom hatten 930 eine laterale Beckenwanddissektion ohne adjuvante Radiotherapie. Bei 129 Patienten wurden positive laterale Lymphknoten gefunden. Die multivariante Analyse ergab bei Frauen eine signifikant erhöhte Inzidenz für positive laterale Lymphknoten, distale Rektumkarzinome, nicht gut differenzierte Adenokarzinome sowie für eine Tumorgröße von ≥ 4 cm und T3-T4. Die 5-Jahres-Überlebensrate für die 1977 Patienten betrug 79,7%. Das Patientenüberleben mit positiven lateralen Lymphknoten war signifikant schlechter als das von Stadium-III-Patienten mit negativen lateralen Lymphknoten (45,8 vs. 71,2%; $p < 0,0001$).

Die multivariante Analyse ergab bei Männern eine signifikant schlechtere Prognose bei der lateralen Beckenwanddissektion, distalen Rektumkarzinomen, T3-T4-Tumoren, perirektalen Lymphknotenmetastasen sowie bei positiven lateralen Lymphknoten. Während des medianen Follow-up von 57 Monaten entwickelten 19,7% der Patienten ein Rezidiv: 17% bei negativen und 58,1% bei positiven lateralen Lymphknoten ($p < 0,0001$). Lokalrezidive wurden bei 8% gefunden: 6,8% bei negativen und 25,6% bei positiven lateralen Lymphknoten ($p < 0,0001$). Die multivariante Analyse ergab, dass distale Rektumkarzinome, nicht gut differenzierte Adenokarzinome, T3-T4-Tumoren, perirektale Lymphknotenmetastasen und positive laterale Lymphknoten assoziiert waren mit einer signifikant erhöhten Anzahl an lokalen Rezidiven.

Schlussfolgerung: Positive laterale Lymphknoten hatten den höchsten prädiktiven Wert sowohl für das Überleben als auch für die Entwicklung lokaler Rezidive. Aufgrund der besseren Nachweisbarkeit von positiven lateralen Lymphknoten kann eine laterale Beckenwanddissektion bei Patienten mit distalen T3-T4-Rektumkarzinomen indiziert sein.

Kommentar

Während in Japan die laterale Beckenwanddissektion beim Rektumkarzinom seit Jahren zum chirurgischen Standard gehört, wird diese in fast allen anderen

Ländern nicht durchgeführt, da in dieser Region befallene Lymphknoten als systemisch fortgeschrittene Erkrankung gesehen werden und nicht im Sinne einer regionalen Ausbreitung [1–5]. Die Definition der „lateralen Lymphkno-

tendisektion“ beim Rektumkarzinom wird nicht immer einheitlich getroffen. In einer Studie an Leichenpräparaten untersuchte Canessa [6] Zahl und Verteilung von Lymphknoten, die präsakral, in der Obturatorloge und im Hypogastricusgebiet gelegen waren. Der Mittelwert lag bei 28,6 Lymphknoten, wobei die Mehrzahl in der Fossa obturatoria gelegen war. Ueno [7] untersuchte in einer unizentrischen Studie die klinischen Parameter, die bei Patienten mit Befall der lateralen pelvinen Lymphknoten das Langzeitergebnis bestimmen. Die wichtigsten für die Prognose bedeutsamen Parameter waren das (synchrone) Auftreten von Fernmetastasen, die Gesamtzahl befallener Lymphknoten (im Mesorektum und lateral), der Tumorabstand zum seitlichen Resektionsrand und das Lebensalter.

Die von Sugihara vorgelegte Studie, die sich retrospektiv auf 1 977 Patienten an zwölf Institutionen in Japan bezieht, die führend in der Chirurgie kolorektaler Karzinome sind, ist schon bezüglich der Patientenrekrutierung nicht unproblematisch, da das Patientenkollektiv insgesamt sehr inhomogen ist. Die Indikation zur lateralen Lymphknotendisektion wurde an den verschiedenen Kliniken sehr unterschiedlich gestellt: Teilweise wurden auch T2-Patienten mit einbezogen, teilweise aber nicht einmal T3/T4-Fälle, wenn nicht auch der „Verdacht auf das Vorliegen von positiven Lymphknoten im Mesorektum“ gegeben war. Leider wird auch nur mitgeteilt, dass alle Fälle mit präoperativer oder postoperativer Strahlentherapie ausgeschlossen wurden, jedoch nicht, wie viele Patienten welche Art von Chemotherapie erhielten. Bei zwölf Institutionen und noch weitaus mehr Operateuren ist ferner eingedenk der retrospektiven Analyse davon auszugehen, dass keine standardisierte Operationstechnik angewandt

wurde, die erst eine einheitliche Langzeitauswertung rechtfertigen würde.

Ein weiteres Manko betrifft die Auswertung des Langzeitergebnisses, die nicht strikt nach UICC-Stadien erfolgt. Die Tatsache, dass die laterale Dissektion ausgerechnet in Stadium II, wenn keine Lymphknoten befallen sind, eine verminderte Lokalrezidivrate bewirkte, wird mit dem potenziellen Vorhandensein von Mikrometastasen begründet, was plausibel klingt, jedoch theoretisch bleiben muss. Tatsächlich hat Shimoyama [8] festgestellt, dass Mikrometastasen in Lymphknoten zu einer schlechten Langzeitprognose führen; solche Patienten seien so zu betrachten, als hätten sie tatsächliche Lymphknotenmetastasen. Sugihara kann jedoch in seiner Publikation einen eventuellen überproportionalen Einfluss von beispielsweise mehr T3- gegenüber T4-Fällen oder häufigerer Chemotherapie als Ursache des besseren Ergebnisses für Stadium II nicht ausschließen. Die Tatsache, dass Patienten mit lateraler Lymphdissektion und darunter diejenigen mit positiven Lymphknoten das schlechtere Langzeitergebnis haben, zeigt, dass die Operateure offenbar erfolgreich die Patienten für eine laterale Dissektion wählten, die ein erhöhtes Risiko für Lokalrezidive und dadurch sowie durch Fernmetastasen eine schlechtere Überlebensrate hatten. Ob diese aber tatsächlich ohne laterale Dissektion noch schlechter gewesen wäre, wie Sugihara in seiner mathematischen Formel behauptet, muss dahingestellt bleiben. Denn eigentlich sollte das Resultat der Formel bei der Rezidivrate bestenfalls „0“ sein und nicht 33 Rezidivfälle unter 129 trotz lateraler Lymphdissektion. Vermutlich wird sich diese Zahl sogar noch erhöhen, denn Sugihara berichtet nur über eine mediane Nachbeobachtung von 57 Monaten, also nicht einmal fünf Jahren, ohne die Min-

dest- und Maximalzeit des Follow-up anzugeben. Mangelnde Sorgfalt des Autors wird erkennbar, wenn er an anderer Stelle von 5-Jahres-Überlebensraten berichtet, die unter den genannten Umständen ohne kräftige Extrapolation gar nicht feststellbar sind.

Literatur

1. Heald RJ, Husband EM, Ryall RD. The mesorectum in rectal cancer surgery – the clue to pelvic recurrence? Br J Surg 1982;69:613–6.
2. Enker WE. Potency, cure, and local control in the operative treatment of rectal cancer. Arch Surg 1992;127:1396–1402.
3. Hojo K, Koyama Y, Moriya Y. Lymphatic spread and its prognostic value in patients with rectal cancer. Am J Surg 1982;144:350–4.
4. Koyama Y, Moriya Y, Hojo K. Effects of extended systemic lymphadenectomy for adenocarcinoma of the rectum – significant improvement of survival rate and decrease of local recurrence. Jpn J Clin Oncol 1984;14:623–32.
5. Enker WE, Thaler HT, Cranor ML, Polyak T. Total mesorectal excision in the operative treatment of carcinoma of the rectum. J Am Coll Surg 1995;181:335–46.
6. Canessa CE, Miegge LM, Bado J, Silveri C, Labandera D. Anatomic study of lateral pelvic lymph nodes: implications in the treatment of rectal cancer. Dis Colon Rectum 2004;47:297–303.
7. Ueno M, Oya M, Azekura K, et al. Incidence and prognostic significance of lateral lymph node metastasis in patients with advanced low rectal cancer. Br J Surg 2005;92:756–63.
8. Shimoyama M, Yamazaki T, Suda T, Hatakeyama K. Prognostic significance of lateral lymph node micrometastases in lower rectal cancer: an immunohistochemical study with CAM5.2. Dis Colon Rectum 2003;46:333–9.

*Prof. Dr. Dr. Hermann P. Kessler,
Erlangen*