

Die transanale endoskopische mikrochirurgische Exzision beim pT2-Rektumkarzinom: Ergebnisse und mögliche Indikationen

Borschitz T, Heintz A, Junginger T. Transanal endoscopic microsurgical excision of pT2 rectal cancer: results and possible indications. *Dis Colon Rectum* 2007;50:292–301.

Fragestellung: Diese Studie wurde durchgeführt, um die Bedeutung der Lokalexzision für T2-Rektumkarzinome, die prognostischen Faktoren und die Notwendigkeit von Nachoperationen zu bestimmen.

Hintergrund: In früheren Studien wurde die Lokalexzision vorwiegend für „low-risk“ pT1-Rektumkarzinome bestätigt. Die bei T2-Karzinomen erzielten Ergebnisse sind nicht eindeutig; es wurden Rezidivraten von 0% bis 67% berichtet.

Patienten und Methodik: Nach einer Lokalexzision von 649 Patienten mit Rektumkarzinom wurden bei 44 Patienten pT2-Karzinome gefunden. Im Allgemeinen wurde eine sofortige Nachoperation empfohlen; allerdings lehnten 24 Patienten weitere Eingriffe ab oder sie wurden aufgrund von Begleiterkrankungen nicht nachoperiert. Die Ergebnisse wurden für lokale R0-Resektionen von „low-risk“-Karzinomen und für prognostisch ungünstige Kriterien ($R1/RX/R \leq 1 \text{ mm}/G3-4/L1/V1$) getrennt analysiert. Eine Nachoperation wurde innerhalb von vier Wochen durchgeführt. Die Rezidive wurden ebenfalls nach früheren lokalen R0-Resektionen von „low-risk“-Karzinomen sowie nach ungünstigen

Ergebnissen eingeteilt und in einer Langzeit-Follow-up-Studie analysiert. Patienten mit palliativer Therapie wurden ausgeschlossen und bei 90% wurde ein Follow-up erreicht (20 ausschließliche transanale endoskopische mikrochirurgische Exzisionen, 17 transanale endoskopische mikrochirurgische Exzisionen mit Nachoperation).

Ergebnisse: Die lokalen Rezidivraten nach ausschließlichen lokalen R0-Resektionen von „low-risk“-T2-Karzinomen betragen 29%, während Patienten mit ungünstigen Kriterien zu 50% ein Rezidiv entwickelten. Nach einer sofortigen Nachoperation war das lokale Rezidivrisiko bei Patienten ohne Lymphknoten-Filiae signifikant auf 7% reduziert.

Schlussfolgerung: Die lokale R0-Resektion von „low-risk“-pT2-Karzinomen stellt eine inadäquate Therapie dar. Bei pT2N0M0-Rektumkarzinomen kann die Rezidivrate durch sofortige Nachoperation auf ein Niveau reduziert werden, das dem der primären Radikaloperation entspricht. Eine primär schlechte Ausgangssituation bei der Lokalresektion ($R1/RX/R \leq 1 \text{ mm}/G3-4/L1/V1$) hat dann keinen negativen Einfluss auf das weitere onkologische Ergebnis.

Kommentar

Die Mainzer Klinik hat sich in der Vergangenheit mehrfach zum Thema transanale Tumor Chirurgie geäußert. Dieses Mal werden die retrospektiv erhobenen Ergebnisse nach transanaler mikrochirurgischer Exzision nach Buess (TEM) aus dem Zeitraum von 1984–2003 in der Gruppe von T2-Karzinomen (n = 44) detailliert vorgestellt. Die Vollständigkeit der Datenerhebung und des Follow-up (> 90%) ist beachtlich.

Die transanale Tumorexzision verlangt eine Vollwandresektion mit minimalem lateralem Sicherheitsabstand von 1 cm. So überrascht es, wie häufig diese Regel in der Praxis nicht eingehalten werden konnte. Eine Vollwandresektion lag bei 30 von 37 Patienten und ein ausreichender Sicherheitsabstand nur bei 25 Patienten vor. Dreimal konnte der Pathologe die Radikalität nicht bestimmen (Rx), so dass das onkologische Ziel einer R0-Resektion nur bei 22 von 37 Patienten erreicht wurde. Die transanale lokale Exzision ist somit für T2-Karzinome inakzeptabel.

Umso verwunderlicher ist die hohe Zahl von Patienten (n = 20), die nicht radikal nachoperiert wurden. In dieser Gruppe fanden sich 14 Patienten mit R0-Resektionen eines „low-risk“-Karzinoms; die Lokalrezidivrate betrug 29%. Die Rate stieg bei „high-risk“-Tumoren und nach R1-Resektion auf 50% (3/6) an. Lokalrezidive waren in der Regel Ausdruck einer generalisierten Tumoraussaat (5/7).

Nur 17/37 Patienten wurden radikal nachreseziert. Bei initialer R0, „low-risk“-Situation blieben alle Patienten tumorfrei. Diese Idealsituation

lag aber nur sechsmal vor. Bei den anderen 11 meldete sich der Krebs dreimal wieder.

Der Anteil früher (T1–2) Rektumkarzinome liegt mittlerweile bei 25 bis 30%. Die Lokalrezidivrate dieser Frühkarzinome beträgt nach radikaler Krebschirurgie 2% [1]. Daran gemessen schneidet die transanale Mikrochirurgie mit einer Lokalrezidivrate von 27% und einer Metastasierungsrate von 19% miserabel ab.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Studie für die klinische Routine?

1. Bei jedem lokalen Verfahren muss über die Notwendigkeit einer radikalen Nachresektion schon bei der initialen Aufklärung gesprochen werden. Die Zustimmung zur radikalen Komplettierungsoperation muss von Anfang an vorliegen.
2. Bei jeder lokalen Exzision ist eine vollständige Eradikation (R0) kompromisslos anzustreben; möglicherweise muss dies mittels Schnellschnitt geklärt werden.
3. T2-Karzinome sollten grundsätzlich nicht exzidiert, sondern radikal reseziert werden.
4. Das präoperative Staging muss deshalb eine exakte Bestimmung der T-Kategorie zum Ziel haben. Die Endsonographie ist dafür die geeignete Methode und darf schlichtweg nicht fehlen.
5. Es ist ungeklärt, ob neoadjuvante Behandlungskonzepte (Kurzzeit-Bestrahlung oder klassische Radiochemotherapie) nach initialer transanaler Exzision und vor radikaler Komplettierungsoperation die Ergebnisse verbessern können.

Zusammenfassend heißt das für die Praxis: präoperative endosonographische Festlegung der T-Kategorie; transanale Exzision nur bei T1-Tumoren und nur mit ausreichendem lateralem Sicherheitsabstand. Sollte sich in der definitiven Histologie ein T2-Tumor herausstellen, muss – ggf. nach Vorbestrahlung – zeitnah radikal nachreseziert werden. Diese Forderungen sollten im Übrigen auch für T1sm3-Tumoren gelten, denn sie bergen ein 23%iges Risiko von Lymphknotenmetastasen [2]. Möglicherweise wird in dieser Situation die in St. Gallen entwickelte endoskopische posteriore mesorektale Exzision einen Stellenwert erlangen [3]. Sehr interessant erscheint auch eine kleine randomisierte Studie [4], in der die auf neoadjuvante Radiochemotherapie respondierenden T2-Karzinome mit sehr gutem Ergebnis für die lokale Exzision selektioniert werden konnten.

Literatur

1. Peeters KC, Marijnen CA, Nagtegaal ID, et al. The TME trial after a median follow-up of 6 years: increased local control but no survival benefit in irradiated patients with resectable carcinoma. *Ann Surg* 2007;246:693–701.
2. Nascimbeni R, Burgart LJ, Nivatvongs S, Larson DR. Risk of lymph node metastasis in T1 carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 2002;45:200–6.
3. Tarantino I, Hetzer FH, Warschkow R, et al. Local excision and endoscopic posterior mesorectal excision versus low anterior resection in T1 rectal cancer. *Br J Surg* 2008;95:375–80.
4. Lezoche G, Baldarelli M, Mario Paganini AM, et al. A prospective randomized study with a 5-year minimum follow-up evaluation of transanal endoscopic microsurgery versus laparoscopic total mesorectal excision after neoadjuvant therapy. *Surg Endosc* 2008;22:352–8.

*Prof. Dr. Norbert Runkel,
Villingen-Schwenningen*