

CF-2.4 Vergleich der abdominothorakalen mit der transhiatal erweiterten Resektion im Hinblick auf das Gesamtüberleben bei Adenokarzinomen des gastroösophagealen Übergangs Typ II nach Siewert (AEG II) (B)

C. Tosolini¹, R. Schirren¹, D. Reim¹, H. Friess¹, A. Novotny¹

¹Klinikum Rechts der Isar, München

EINFÜHRUNG: Bei AEG II ist noch immer umstritten, ob eine transhiatal erweiterte (TER) oder eine abdominothorakale (ATR) Resektion als Therapiestandard anzusehen ist. Die Vorteile der TAR sind die Ermöglichung weiterer orale Sicherheitsabstände und eine präzisere Lymphadenektomie im unteren Mediastinum, wohingegen nur bei der TER die Lymphknoten der großen Kurvatur entfernt werden können. In der vorliegenden retrospektiven Analyse wurde der Einfluss der ATR und der TER auf das Gesamtüberleben und die R0 aller Patienten mit AEG II untersucht, die am Klinikum Rechts der Isar der Technischen Universität München zwischen 2000 und 2013 behandelt wurden.

METHODEN: Retrospektive Analyse der Kohort. Unterschiede der 30- und 90-Tage Mortalität wurden unter Verwendung des χ^2 -Test untersucht. Die Überlebenszeit-Analyse erfolgte unter Verwendung der Kaplan-Meier-Methode zur Schätzung Lebenswahrscheinlichkeiten und der Log-Rank-Test für Vergleiche zwischen den Patientengruppen. Die multivariate Analyse von Überlebensprädiktoren erfolgte unter Verwendung des uni- und multivariaten Cox-proportional hazards-Modell.

ERGEBNISSE: 295 Patienten mit AEGII wurden chirurgisch reseziert. Hiervon erhielten 99 Patienten (33,6%) eine ATR und 196 Patienten (66,4%) eine TER. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Verfahren wurde bezüglich des Gesamtüberlebens (OS) in beiden Kohorten detektiert werden. Das Stadien-spezifische Gesamtüberleben zeigte sich ebenfalls nicht statistisch signifikant unterschiedlich. Die 30 Tage Mortalität betrug 2,0% in der ATR-Gruppe und 4,6% in der TER-Gruppe ($p = 0,271$). Die 90 Tage Mortalität betrug 9,1% bzw. 9,7% ($p = 0,867$). Die Cox-Regressionsanalyse identifiziert Alter > 70 Jahre, höherer ECOG-Status, höheres UICC-Stadium und R2-Resektion als unabhängige negative prognostische Faktoren für das Gesamtüberleben.

SCHLUSSFOLGERUNG: Kein Unterschied zwischen ATR und TER in Bezug auf das Gesamtüberleben konnte identifiziert werden. Die ATR war unerwarteter Weise mit einer niedrigeren Morbidität und Mortalität als die TER verbunden. Im Hinblick auf die onkologische und perioperative Sicherheit stellen die ATR und TER gleichwertige Verfahren dar. ATR sollte für Siewert Typ II EJA bevorzugt werden, wenn die orale Tumorrand nicht sicher über eine transhiatal Ansatz erreicht werden kann.