

Axel Nickles

Dr. med. dent.

Einflussfaktoren für perioperative Komplikationen und Langzeitüberleben nach Resektion bei Rektumkarzinom-Rezidiv im Zeitalter der Totalen Mesorektalen Exzision

Promotionsfach: Chirurgie

Doktorvater: Prof. Dr. med. A. Ulrich

Seit Einführung der totalen mesorektalen Exzision nach Heald als Primäreingriff bei der chirurgischen Therapie des Rektumkarzinoms konnte die Rate der lokoregionären Rezidive und das onkologische Ergebnis der betroffenen Patienten deutlich verbessert werden. Trotzdem treten bei ca. 2-8% der Patienten nach erfolgter TME Lokalrezidive eines Rektumkarzinoms auf. Die Therapie dieser Rezidive stellt sowohl für den Chirurgen als auch den Onkologen eine große Herausforderung dar. Doch zur Entscheidungsfindung in der Therapieplanung existieren nur sehr wenige verwertbare Daten, die den in ein multimodales Behandlungskonzept eingebundenen Ärzten als Leitfaden dienen können. Dies betrifft sowohl Daten zur perioperativen Entwicklung der Patienten als auch deren Langzeitentwicklung.

Um die perioperative Entwicklung und das Langzeitüberleben der Patienten mit einem Rezidiv eines Rektumkarzinoms besser bewerten zu können, wurde diese Studie durchgeführt. Alle eingeschlossenen Patienten wurden an einem primären Rektumkarzinom im Zeitalter der TME operiert. Das lokale Rezidiv wurde innerhalb eines multimodalen Therapieansatzes chirurgisch reseziert.

Ursprünglich wurden 107 Patienten aus einer prospektiven Datenbank für Rektumkarzinome ausgewählt, die nach Primäroperation und TME an einem Lokalrezidiv erkrankt waren. Der Eingriff der Rezidivoperation erfolgte in einem Zeitraum zwischen dem 1. Oktober 2001 und dem 30. April 2009. Um Risikofaktoren für perioperative Komplikationen zu identifizieren wurden die Daten mittels eines logistischen Regressionsmodells ausgewertet. Mittels eines Cox Regressionsmodells wurden unabhängige Faktoren ermittelt, die das krankheitsspezifische Überleben der Patienten beeinflussen.

Bei einer Anzahl von 92 Patienten wurde eine chirurgische Resektion des Rezidivs durchgeführt. Bei 54 Patienten (58,7%) konnte eine kurative Resektion erreicht werden. Das Lokalrezidiv befand sich in 35 Fällen (38%) intraluminal und in 57 Fällen (62%) extraluminal. Zum Zeitpunkt der Rezidivoperation hatten 19 Patienten (20,6%) gesicherte

Fernmetastasen. In 51,1% der Fälle kam es perioperativ zu Komplikationen, die perioperative Mortalität lag bei 3,3%. In der multivariaten Analyse war die partielle Sakrektomie deutlich mit einer chirurgischen Morbidität vergesellschaftet ($P = 0.004$).

Das krankheitsspezifische 3- und 5-Jahres-Überleben lag bei 61% und 47%. Die 3-Jahres-Überlebensrate von Patienten mit Fernmetastasen und R0-Resektion lag bei 42%. Die in der multivariaten Analyse als unabhängige Faktoren zur Vorhersage eines reduzierten krankheitsspezifischen Überlebens identifizierten Variablen sind perioperative Morbidität ($P = 0,001$), Fernmetastasen ($P = 0,006$) und nichtkurative (R1, R2) Resektion ($P = 0,0001$). Positiv auf das krankheitsspezifische Überleben wirkte sich die anteriore Resektion (im Gegensatz zur abdominoperinealen Resektion oder Beckenexenteration) aus ($P = 0,04$).

Die chirurgische Resektion eines Lokalrezidivs eines Rektumkarzinoms nach vorangegangener TME kann mit ausreichender Sicherheit durchgeführt werden. Die perioperative Morbidität scheint im Vergleich zu Studien ohne durchgeführte TME bei vergleichbaren Selektionskriterien nicht erhöht. Patienten mit partieller Sakrektomie weisen eine signifikant höhere Morbidität auf. Die perioperative Mortalität ist gering. Eine kurative Resektion ist in den meisten Fällen möglich.

Die kurative Resektion bleibt der wichtigste Prognosefaktor in der chirurgischen Therapie des Rektumkarzinoms und auftretender Rezidive und kann auch bei Patienten mit Fernmetastasen das Langzeitüberleben verbessern.