



**Ruprecht-Karls-Universität
Heidelberg Medizinische Fakultät
Mannheim Dissertations-Kurzfassung**

**Limitierte Resektion nach Merendino versus Abdominothorakale
Resektion nach Ivor-Lewis beim frühen Barrett-Adenokarzinom des
Ösophagus – eine Matched-pairs-Analyse am eigenen Patientengut**

Autor: Markus Mann
Institut / Klinik: Chirurgische Klinik
Doktorvater: Prof. Dr. D. Lorenz

Das Ösophaguskarzinom stellt eine seltene Krebserkrankung mit steigender Inzidenz dar. Insbesondere zeigt das Barrettkarzinom eine deutlich zunehmende Inzidenz und entwickelt dementsprechend eine zunehmende Relevanz. Zwischen den frühen (mukosalen) Adenokarzinomen, bei denen eine kurative endoskopische Resektion möglich ist, und den fortgeschrittenen Tumoren mit einer Infiltration = T2 gibt es vielleicht einen schmalen Bereich für submukosale Tumoren, bei denen eine Lymphknotenbeteiligung wahrscheinlich, und eine Lymphadenektomie somit notwendig ist, aber eine regionale Lymphadenektomie onkologisch ausreicht. Durch die Arbeitsgruppe um Stein wurde 2000 zu diesem Zweck die modifizierte Merendino-Resektion als Verfahren der Wahl vorgeschlagen. Ziel dieser Arbeit ist der Vergleich der Abdominothorakalen Resektion nach Ivor-Lewis, die aktuell den Gold-Standard in der Therapie des Ösophaguskarzinoms darstellt, mit der modifizierten Merendino-Resektion bezüglich Morbidität und onkologischem Langzeitergebnis am eigenen Patientengut. Hierzu wurden Matched-Pairs von jeweils 30 pro Gruppe gebildet. Die Parameter für das Matching waren: Body-Mass-Index, Alter, ASA-Klassifikation, Tumordinfiltrationstiefe und der Lymphknotenbefall. Zur adäquaten Evaluation chirurgischer Komplikationen wurde die modifizierte Klassifikation nach Clavien-Dindo verwendet. In unserem Zentrum wurden insgesamt 186 Patienten wegen eines frühen Barrett-Karzinoms in kurativer Absicht operiert, davon erhielten 30 eine modifizierte Merendino-Resektion, die restlichen 156 erhielten eine Abdominothorakalen Resektion. Weder beim Gesamtüberleben noch für das tumorspezifische Überleben zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Operationsverfahren. Vergleicht man das rezidivfreie Überleben beider Gruppen, besteht ebenfalls kein signifikanter Unterschied. Beim tumorspezifischen Überleben lymphknotenbefallener Patienten liegt ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen vor. Weder bei der Gesamtanzahl der Komplikationen noch beim Vergleich des Schweregrads nach Clavien-Dindo zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Operationsverfahren. Die Operationsdauer und die Krankenhausverweildauer waren bei der Merendino-Gruppe signifikant kürzer. Die Anzahl der entnommenen Lymphknoten war bei der Abdominothorakalen Resektion signifikant höher. Mehrere Studien konnten zeigen, dass das präoperative Staging, gerade bei frühen Ösophaguskarzinomen, ungenau ist. Somit besteht die Gefahr eines Understaging. Die onkologische Radikalität, und damit die onkologische Qualität, sind zumindest fragwürdig, da wir nachweisen konnten, dass bei der modifizierten Merendino-Resektion signifikant weniger Lymphknoten disseziert werden. Unsere Analyse konnte demonstrieren, dass die modifizierte Merendino-Resektion für Barrett-Frühkarzinome eine geringere Operationsdauer hat und einen kürzeren Krankenhausaufenthalt benötigt. Die postoperative Morbidität und Mortalität war vergleichbar mit der Ivor-Lewis-Resektion. Trotzdem zeigte sich bei in dieser Analyse dadurch kein Einfluss auf das Langzeitüberleben. Da für die modifizierte Merendino-Resektion kein Vorteil im Vergleich zur Abdominothorakalen Resektion nachgewiesen werden konnte, wurde diese in unserem Zentrum als OP-Verfahren in der Therapie des frühen Barrettkarzinoms verlassen.