

Hans Maximilian Lang
Dr. med. dent.

Einfluss der Tumorlokalisation in der Transversalebene auf das onkologische Ergebnis beim Rektumkarzinom

Fach/Einrichtung: Chirurgie
Doktorvater: Prof. Dr. med. Yakup Kulu

Die aktuelle Leitlinie zur Therapie des Rektumkarzinoms empfiehlt eine neoadjuvante Radiochemotherapie oder Kurzzeit-Radiotherapie bei Patienten im UICC-Stadium II und III mit Tumorlokalisation im mittleren und unteren Rektumdrittel zu Reduktion der Tumormasse und Senkung der Lokalrezidivrate.

Es konnte aber seit Etablierung der totalen mesorektalen Exzision zunehmend in Studien beobachtet werden, dass der alleinige chirurgische Eingriff die Lokalrezidivrate auf bis zu 2 % senkt und somit der Benefit einer zusätzlichen neoadjuvanten Therapie für Patienten fraglich ist, da es zu keinem verbesserten krankheitsfreien und Gesamtüberleben führt. Die Indikation zur neoadjuvanten Therapie muss strenger und von mehreren Faktoren abhängig gestellt werden, da sie akute Nebenwirkungen und Spätfolgen mit sich bringt. Diese Überprüfung fordert auch die aktuelle Leitlinie. Einer dieser Faktoren ist die Tumordinfiltration in den postoperativen zirkumferentiellen Resektionsrand, der sich mittels Magnetresonanztomographie präoperativ als mesorektale Faszie beurteilen lässt. Vereinfacht lässt sich sagen, dass die Größe des Abstands zwischen Tumor und Resektionsrand mit einer Senkung der Lokalrezidivrate korreliert. Aufgrund dessen wurden die anatomischen Gegebenheiten, also die Breite des Mesorektums als Faktor zur neoadjuvanten Therapie in dieser Arbeit überprüft. Das Mesorektum ist dorsal breiter als ventral und lässt unter den geschilderten Verhältnissen vermuten, dass allein die chirurgische Intervention durch die Möglichkeit einer ausgedehnteren Resektion ins perirektale Fettgewebe mit geringerer Wahrscheinlichkeit der Schädigung anatomisch relevanter Strukturen ausreichend sein kann. Analysiert wurden 480 Patienten die aufgrund eines primären Rektumkarzinoms des Stadiums II und III entsprechend der Einteilung im Sinne der Union internationale contre le cancer des unteren und mittleren Rektumdrittels vom 1.10.2001 bis 31.12.2013 an der chirurgischen Klinik der Universität Heidelberg behandelt wurden. Es erfolgte dazu eine Einteilung der Patienten anhand der Tumorlokalisation in der transversalen Ebene in eine ventrale und dorsale Gruppe wobei das Tumorzentrum ausschlaggebend war. Die statistischen Auswertungen zeigten eine höhere Rate an T3/T4-Infiltration in der ventralen Gruppe ($p = 0,044$), was auf die enge Beziehung zu ventral gelegenen Strukturen zurückzuführen ist.

Einen statistisch signifikanten Unterschied in der 30-Tages Sterberate zwischen beiden Gruppen wurde nicht ermittelt ($p = 0,7$).

Die Überprüfungen uni- und multivariater Variablen, assoziiert mit einem Lokalrezidiv, wiesen ein erhöhtes Risiko bei abdominoperinealer Resektion versus tiefer anteriorer Rektumresektion univariat ($p = 0,006$) auf, multivariat wurde dies nicht bestätigt. Wahrscheinlich aufgrund der geringen Anzahl an durchgeführten abdominoperinealen Resektionen. Als unabhängiger prognostischer Faktor konnte die ventrale Tumorlokalisierung im Vergleich zur dorsalen durch ein 3,5-fach erhöhtes Risiko multivariat bestätigt werden ($p = 0,001$), der postoperative zirkumferentielle Resektionsrand übertraf dies noch, da er bei positivem Befund ein 6-fach erhöhtes Risiko zum Lokalrezidiv aufwies ($p = 0,002$). Schlussendlich erfolgte die Analyse beider Subgruppen jeweils mit und ohne neoadjuvanter Therapie hinsichtlich der 5-Jahres Lokalrezidivrate mittels Kaplan-Meier Funktion. Im ventralen Bereich lokalisierte Tumore erreichten durch die neoadjuvante Therapie eine Senkung der Lokalrezidivrate im Vergleich zur alleinigen chirurgischen Intervention. Dorsal lässt sich diese Tatsache nicht bestätigen, eine neoadjuvante Therapie zeigte keine Senkung der Lokalrezidivrate innerhalb von 5 Jahren und somit keinen Vorteil im Vergleich zum alleinigen chirurgischen Eingriff (Log-Rank Test $p < 0,001$).

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Patienten im UICC-Stadium II oder III, mit einem dorsal gelegenen Tumor nicht von einer neoadjuvanten Therapie profitieren. Möglicherweise kann der bereits routinemäßig, im Rahmen der präoperativen Diagnostik erhobene Befund „Tumorlokalisierung in der Transversalebene“ zu einer weiteren Personalisierung in der Rektumkarzinomtherapie beitragen. Dies sollte in prospektiv randomisierten Studien überprüft werden.