



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

**Einfluss perioperativer Komplikationen bei Pankreaskopfresektion
auf die adjuvante Therapie des duktales Adenokarzinoms des
Pankreas**

Autor: Josina Straub
Institut / Klinik: Chirurgische Klinik
Doktorvater: Prof. Dr. F. Rückert

Das duktales Adenokarzinom des Pankreas (PDAC) ist mit einem Anteil von 85% der häufigste exokrine Tumor des Pankreas, stellt eine schwer zu therapierende Krankheit dar. Das PDAC ist derzeit die vierthäufigste Todesursache aller Krebserkrankungen. In der vorliegenden Arbeit wird der Einfluss (i) definierter perioperativer Komplikationen mit einem CD-Schweregrad $\geq 3B$ und (ii) im Rahmen einer Subgruppenanalyse der Einfluss der 30d-Mortalität bei Patienten mit perioperativen Komplikationen mit einem CD-Schweregrad $\geq 3B$ auf die Gabe einer adjuvanten Chemotherapie (CTX) sowie das Gesamtüberleben untersucht. Weiterhin wurden potentielle Risikofaktoren, die eine adjuvante Therapie verhindern können, evaluiert.

Zwischen Januar 2014 bis Dezember 2018 wurden insgesamt 101 Patienten, die aufgrund eines PDAC des Pankreaskopfes eine Pankreatikoduodenektomie erhielten, retrospektiv analysiert.

Perioperative Komplikationen mit einem CD-Schweregrad $\geq 3B$ wiesen einen statistisch signifikanten ($p < 0,0001$) Zusammenhang mit einem verkürzten Gesamtüberleben von 6 Monaten (95% CI: 2-29) auf. Dieser Zusammenhang ($p = 0,0066$) bestätigte sich auch in der Subgruppenanalyse unter Ausschluss der Patienten mit 30d-Mortalität mit einem Gesamtüberleben von 16 Monaten (95% CI: 3-n.z.). Auch die Gabe einer rein supportiven Therapie zeigte in beiden Analysen - mit und ohne Einschluss der Patienten mit 30d-Mortalität - ein statistisch signifikant ($p = 0,0012$ vs. $p = 0,03$) verkürztes Gesamtüberleben von 11 Monaten (95% CI: 2-n.z.) unter Einschluss der Patienten mit 30d-Mortalität beziehungsweise 22 Monaten (95% CI: 8-n.z.) unter Ausschluss der Patienten mit 30d-Mortalität. In beiden Subgruppenanalysen, mit beziehungsweise ohne Berücksichtigung der Patienten mit 30d-Mortalität, konnten kardiale Vorerkrankungen ($p = 0,002$ vs. $p = 0,018$), das Auftreten eines Nierenversagens ($p = 0,024$ vs. $p = 0,014$) und eine bereits neoadjuvant durchgeführte CTX ($p = 0,012$ vs. $p = 0,024$) als Risikofaktoren identifiziert werden.

Die signifikante Korrelation zwischen einem CD-Grad $\geq 3B$ und dem Gesamtüberleben zeigte, dass schwere Komplikationen mit einem verkürzten Gesamtüberleben einhergingen. Ein Bias durch die Berücksichtigung der Patienten mit 30d-Mortalität konnte durch die Subgruppenanalyse unter Ausschluss der Patienten mit 30d-Mortalität ausgeschlossen werden. Zusätzlich konnte, vergleichbar mit zahlreichen vorherigen Studien, für eine adjuvant durchgeführte CTX ein signifikant längeres Gesamtüberleben nachgewiesen werden. Hierbei zeigen die vorliegenden Daten, dass eine adjuvante CTX auch bei einem älteren Patientenkollektiv mit vorangegangenen perioperativen Komplikationen möglich ist und mit einem verlängerten Gesamtüberleben einhergeht. Die vorliegende Arbeit konnte kardiale Vorerkrankungen als neuen Risikofaktor für das Unterlassen einer adjuvanten CTX identifizieren. Bereits bekannte Risikofaktoren, wie Nierenversagen und eine neoadjuvant durchgeführte CTX, konnten durch die vorliegenden Daten bestätigt werden.