

# Lokale Exzision und endoskopische posteriore mesorektale Resektion vs. tiefe anteriore Resektion beim T1-Rektumkarzinom

Tarantino I, Hetzer F, Warschkow R, et al. Local excision and endoscopic posterior mesorectal resection versus low anterior resection in T1 rectal cancer. *British Journal of Surgery* 2008;95:375–80.

**Fragestellung:** Ziel dieser Studie war es, Morbidität und Mortalität einer transanal lokalen Exzision (TE) und einer endoskopischen posterioren mesorektalen Exzision (EPME) mit denen einer tiefen anterioren Resektion (LAR) bei Patienten mit T1-Rektumkarzinomen zu vergleichen.

**Hintergrund:** Eine das Rektum erhaltende EPME entfernt die lokalen Lymphknoten auf minimalinvasive Weise und vervollständigt das Tumor-Staging nach einer TE.

**Patienten und Methodik:** Zwischen 1996 und 2006 wurde bei 18 konsekutiven Patienten mit einem T1-Rektumkarzinom sechs Wochen nach einer TE eine EPME durchgeführt. Morbidität und Mortalität wurden prospektiv dokumentiert und mit denen einer Gruppe von 17 Patienten verglichen, die mit LAR behandelt wurden. Bei beiden Gruppen wurden

der Lymphknotenbefall und die lokale Rezidivrate analysiert.

**Ergebnisse:** Nach der EPME wurden zwei Major- und drei Minor-Komplikationen festgestellt sowie vier Major- und vier Minor-Komplikationen nach der LAR ( $p = 0,402$  für Major- und  $p = 0,691$  für Minor-Komplikationen). Die mediane Anzahl der entfernten Lymphknoten betrug sieben (1–22) bei EPME und elf (2–36) bei LAR ( $p = 0,132$ ). Zwei von 25 Patienten mit einem „Low Risk“-Rektumkarzinom waren positiv. Kein Patient entwickelte ein lokales Rezidiv.

**Schlussfolgerung:** Eine EPME nach einer TE ist eine sichere Option bei T1-Rektumkarzinomen. Dieses zweistufige Vorgehen hat eine niedrigere Morbidität als eine LAR und kann im Vergleich mit der ausschließlichen TE lokale Rezidive reduzieren.

## Kommentar

Das Thema „Rektumkarzinom“ bleibt überaus spannend. In den letzten Jahren änderte sich die Behandlung durch neoadjuvante Konzepte und neue Operationstechniken wie TME, Neorektum, TEM, minimalinvasive Resektion und optimierte Rektumexstirpation grundlegend. Die endoskopische posteriore mesorektale Exzision (EPME) wurde

erstmals im Jahr 2006 von der St. Gallener Klinik in der internationalen Literatur vorgestellt (Zerz et al.) und nun in der hier vorgestellten Folgearbeit mit der konventionellen anterioren Rektumresektion verglichen. Damit ist die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der neuen Operation eingeleitet – das *British Journal* „ehrt“ die Autoren mit einem lesenswerten Editorial (Peninks).

*Prinzip der EPME:* Die Ausräumung des retrorektalen Mesorektums ist weder eine totale (TME) noch eine klassische partielle mesorektale Exzision (PME), sondern eine atypische inkomplette. Durch das dorsale Mesorektum zieht der lymphatische Abflussweg entlang der A. rectalis superior, über den, so die zugrunde liegende These, die initiale Tumorausssaat stattfindet.

*Technik der EPME:* Der Patient wird in Heidelberger Lagerung positioniert. Nach retrorektal wird von transperineal aus endoskopisch eingedrungen, der Operationsraum wird mithilfe eines Ballons aufgeweitet, über drei Trokare wird der dorsale Teil des Mesorektums zwischen Kreuzbein und Darmwand exstirpiert.

*Ziel der EPME:* Zweiteingriff nach transanaler Tumorresektion bei Frühkarzinomen zum exakten Nodal-Staging, zur Stratifizierung adjuvanter Therapien und auch mit potenziell kurativer Option.

*Inhalt der Arbeit:* In der vorliegenden Arbeit wurden 18 transanale Resektionen plus EPME mit 17 tiefen anterioren Rektumresektionen bei T1-Karzinomen verglichen. Trotz der kleinen Fallzahl, die kaum aussagekräftige statistische Berechnungen zuließ, hatte man den Eindruck, dass sich Komplikationen, insbesondere die Anastomose betreffend, nach EPME seltener einstellten. Die zwei schweren Komplikationen waren eine Nachblutung, die endoskopisch ausgeräumt wurde, und eine Lungenembolie. Die Zahl der entfernten Lymphknoten lag mit sieben (1–22) erwartungsgemäß etwas niedriger als die nach radikaler Operation (11; 2–36). Während der 23-monatigen Nachbeobachtung (4–95) gab es kein Lokalrezidiv; ein Patient entwickelte

Lebermetastasen. Die Überlebenskurven waren in beiden Gruppen nicht unterschiedlich.

*Bedeutung der Arbeit:* EPME ist sicher und weniger belastend als die radikale Rektumresektion. EPME eignet sich für das Lymphknoten-Staging bei frühen Karzinomen und ist onkologisch potenziell kurativ. Für welche Patienten bietet sich die neue Technik an? T2-, „High Risk“-T1- und sm3-Karzinome haben ein substanzielles Metastasierungsrisiko von deutlich mehr als 10%, sodass die radikale Chirurgie Verfahren der Wahl bleibt. Bei „Low Risk“-Karzinomen ist die Rate an positiven Lymphknoten unter 10% (in der Arbeit 2/25 Patienten). Genau für diese Gruppe ist die EPME eine minimalinvasive Methode für das Lymphknoten-Staging und zur nodal-basierten Stratifizierung adjuvanter Maßnahmen oder Komplettierungsoperationen. Unklar bleibt noch, inwieweit diese dann adäquat durchgeführt werden können.

Die neue OP-Technik kann den Trend zur Organerhaltung beim Rektumkarzinom stärken, der durch die steigende Zahl früher Karzinome (25–30%) und durch das häufige Tumorsprechen auf die neoadjuvante Radiochemotherapie eingeleitet wurde. Nach strahleninduzierter Remission ist das optimale Resektionsausmaß unbekannt. Die Lokalrezidivrate nach transanaler Resektion von  $\gamma$ T1-Tumoren beträgt 8% und von  $\gamma$ T2 11% (Bujko et al.). Vielleicht wird hier eines Tages die transanale Resektion mit endoskopischer partieller mesorektaler Exzision eine onkologisch etablierte Operation werden.

Den Autoren ist zu danken, dass sie mit der Idee einer minimalinvasiven dorsalen mesorektalen Exzision die

Chirurgie stimuliert und eine intensive wissenschaftliche Beschäftigung mit schonenden, rektumerhaltenden Operationen angestoßen haben.

#### Literatur

1. Zerz A, Muller-Stich BP, Beck J, Linke GR, Tarantino I, Lange J. Endoscopic posterior mesorectal excision after transanal excision of T1 carcinoma on the lower third of the rectum. *Dis Colon Rectum* 2006;49:919–24.
2. Penninckx F. Organ preservation in rectal cancer. *Br J Surg* 2008;95:269–70.
3. Bujko K, Sopylo R, Kepka L. Local excision after radio(chemo)therapy for rectal cancer: is it safe? *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2007;19:693–700.

*Prof. Dr. Norbert Runkel,  
Villingen-Schwenningen*