

The Prevalence of Lymph Node Metastases in Patients With T1 Esophageal Adenocarcinoma: A Retrospective Review of Esophagectomy Specimens

Leers J, DeMeester SR, Oezcelic A, Klipfel N, Ayazi S, Abate E, Zehetner J, Lipham JC, Chan L, Hagen J, DeMeester TR

Annals of Surgery, Volume 253(2), February 2011, p 271-278

Retrospektive Studie Evidence level 4

Zusammengefaßt von

C.Rabl, K. Emmanuel

Einleitung:

Im Wissen über das Risiko von Lymphknotenmetastasen ist die Therapie von T1 Adenokarzinomen des Ösophagus schwierig.

Retrospektive Studie mit 75 T1a (Mukosa) und 51 T1b (Submukosa) Tumoren des Ösophagus

Korrelation von LK Metastasen mit:

Tumor Invasions-Tiefe
Tumor-Größe
Lymphgefäßinvasion
Grading

Ziel:

- 1. Risiko von NII-Metastasen bei T1 (intramukosal und submukosal) AdenoCA des Ösophagus ?**
- 2. Analyse von Faktoren, die möglicherweise mit einem erhöhten Risiko von NII-Metastasen assoziiert sind**

Problematik:

Neue Vorsorgeprogramme für Patienten mit Barrett-Ösophagus -> Anstieg in der Identifikation von oberflächlichen Karzinomen.

Früher: Patienten mit high-grade Dysplasie oder invasive Karzinome -> Ösophagektomie und Lymphadenektomie

4. **Jetzt:** Therapie-Möglichkeiten oberflächlicher Karzinome inkludieren die endoskopische Resektion und Ablation und weniger radikale chirurgische Resektionen -> ohne Lymphadenektomie:

Einschätzung der Wahrscheinlichkeit von LK-Metastasen bei Patienten mit oberflächlichem AdenoCA schwierig !

Methoden:

1. Retrospektive Studie: 1/1985 – 12/2008:

126 Patienten mit primärer Ösophagektomie wegen T1-AdenoCA des distalen Ösophagus oder des gastro-ösophagealen Überganges

Pathologische Untersuchung aller Resektionspräparate wurde wiederholt:

(Tiefe der Tumorinvasion, Grad der Tumordifferenzierung, Lymphgefäßinvasion, synchrone Läsionen).

Intramukosal: *Subklassifikation:*

M2: Lamina propria;

M3: Invasion in die Muscularis mucosae

Submukosal: *Subklassifikation:*

SM1: Invasion hinter der Muscularis mucosae in das obere/3 der Submukosa;

SM2: mittleres/3;

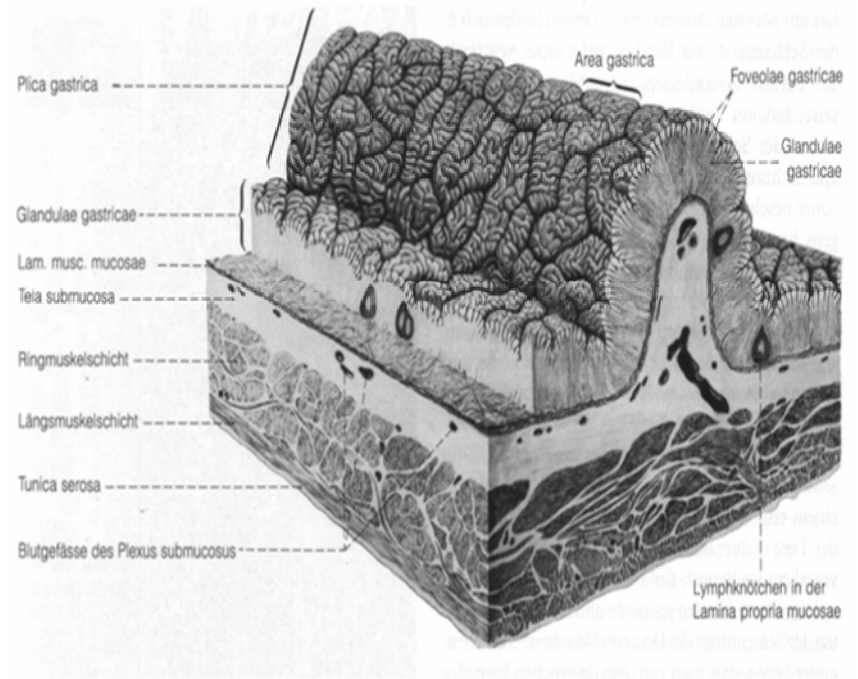
SM3: unteres/3

Prävalenz von LK-Metastasen wurde korreliert mit der Tumorgroße, Invasionstiefe, Lymphgefäßinvasion und Grad der Tumordifferenzierung.

7. Follow up: alle 3 Monate in den ersten 3 Jahren, alle 6 Monate bis 5 Jahre postoperativ, dann jährlich (BB, LFP, CEA, CT Abdomen/Thorax, PET jährlich - individuell)

**T1a Lamina propria oder
Muscularis mucosae**

T1b Submukosa



Ergebnisse:

126 Patienten: 102 Männer 81% und 24 Frauen 19%

Mittlers Alter 64 (+/- 10) Jahre

Ösophagektomie Art:

	Intramucosal (n = 75)	Submucosal (n = 51)	P
	n (%)	n (%)	
En Bloc Esophagectomy	32 (43)	32 (63)	0.03
Transhiatal Esophagectomy	39 (52)	17 (33)	0.045
Transthoracic Esophagectomy	4 (5)	2 (4)	1.0

LK Metastasierung:

Mukosa Typ: 1,3 %

Submukosa Typ 22%

bei schlechtem Grading : G3-G4 steigt LK Metastasierung: (p= 0,0015)

bei Lymphgefäßinvasion: steigt LK Metastasierung: (p< 0,0001)

bei Tumorgröße > 2 cm: steigt LK Metastasierung: (p= 0,01)

Submukosa Unterteilung in 1/3 zeugt keine Unterschiede in der LK-Metastasierung.

Zusammenfassung eigne Beurteilung:

Adenokarzinome, die eine tiefere Invasion als die Mukosa aufweisen, gehen mit einem signifikant höherem Risiko an LK Metastasierung einher..

In der Submukosa gibt es kein sicheres Invasionslevel bezogen auf die 1/3 Einteilung.

Lymphgefäßinvasion, Tumorgröße > 2 cm und ein schlechtes Grading sind mit einem höheren Risiko einer Submukosa Infiltration und einem höheren Risiko für eine LK Metastasierung behaftet.

Diese Faktoren sollten in die Entscheidungsfindung eingeschlossen werden.

Trifft eines oder mehrere der Risikofaktoren für LK Metastasierung auf sollte eine radikale operative Sanierung angestrebt werden.

Bei funktionell nicht operablen Patienten, empfehlen wir neben den endoskopischen Verfahren eine enqmaschige Kontrolle.

Klaus Emmanuel