

acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

INTERDISZIPLINÄRE ONKOLOGIE

Offizielles Organ der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie

**Chirurgie beim kleinzelligen
Bronchuskarzinom**

Schmid T

Interdisziplinäre Onkologie 2013;

5 (1), 41-42

Homepage:

www.kup.at/acoasso

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**



Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

Chirurgie beim kleinzelligen Bronchuskarzinom*

T. Schmid

Kurzfassung: Das kleinzellige Bronchuskarzinom spielte seit jeher für Thoraxchirurgen eine untergeordnete Rolle. In jüngerer Vergangenheit mehrten sich jedoch die Daten, dass frühe Stadien von einer Resektion im Rahmen eines multimodalen Settings profitieren könnten.

Schlüsselwörter: SCLC, chirurgische Therapie

Abstract: The Role of Surgery for Small-Cell Lung Cancer. Small-cell lung cancer has been of little interest for thoracic surgeons within the last decades. Recent data, however,

show that early stages might benefit from surgery embedded in a multimodal setting. **Interdisz Onkol 2013; 2 (1): 41–2.**

Key words: SCLC, surgery

Das kleinzellige Bronchialkarzinom (SCLC) ist durch ein sehr aggressives biologisches Verhalten, rasche Metastasierung und unbehandelt durch ein kurzes medianes Überleben charakterisiert. Nach Diagnosesicherung sollte unmittelbar mit der Therapie begonnen werden. In der jüngeren Vergangenheit mehrten sich die Daten, dass die chirurgische Resektion im Rahmen einer multimodalen Therapie bessere Ergebnisse erzielen könnte, als dies mit Radio-/Chemotherapie alleine möglich ist.

Dass das SCLC in den vergangenen Jahrzehnten fast ausschließlich eine Domäne der internen Onkologie war, ist vor allem einer alten *Lancet*-Studie von Fox aus dem Jahre 1973 zuzuschreiben [1]. Neben der sonst üblichen Stadieneinteilung nach TNM wie beim NSCLC war bei medizinischen Onkologen lange Zeit eine vereinfachte Einteilung in limitierte und fortgeschrittene Erkrankung gebräuchlich („limited disease“ [LD] und „extensive disease“ [ED]). LD umfasst Tumorstadien egal welcher Größe bis hin zum N3-Befall, weswegen retrospektive Analysen mit äußerster Vorsicht zu bewerten sind. Diese Kritik an einer wenig differenzierten Stadieneinteilung gilt auch für die oft zitierte Fox-Studie.

Eine von der „Lung Cancer Study Group“ 1994 von Lad in *Chest* veröffentlichte Studie wird ebenfalls immer wieder zum Beweis der geringen Wirksamkeit von chirurgischen Maßnahmen beim SCLC zitiert [2]. In dieser Analyse wurden Patienten mit einem regionalen Lymphknotenbefall (T3N1–2M0) nach 5 Zyklen neoadjuvanter Chemotherapie operiert und bestrahlt oder primär einer definitiven Radiotherapie unterzogen. Nachdem das 2-Jahres-Überleben in beiden Armen mit 20 % ident war, wurde keine weitere Rechtfertigung für ein chirurgisches Vorgehen beim SCLC gesehen. Somit galt für Jahrzehnte fast uneingeschränkt das Dogma, dass das SCLC am Chirurgen vorbeigeschleust werden sollte. Bei einer kritischen Analyse dieser Studie müssen allerdings 2 Aspekte hervorgehoben werden: (1) Es wurden alle Patienten,

auch jene mit fehlender N2-Besiedelung, einer Bestrahlung unterzogen und somit einer möglichen negativen Beeinträchtigung ausgesetzt. (2) Die Rekrutierung der Patienten dieser Studie fand noch vor der Ära der platinbasierten Chemotherapien statt, sodass heute von vollkommen anderen Voraussetzungen ausgegangen werden muss.

Eine Serie von Arbeiten aus der Innsbrucker Klinik hat in den frühen 1990er-Jahren zum Thema „Multimodale Therapie des SCLC“ Stellung bezogen [3, 4]. Die dabei erhobenen Befunde standen in klarem Widerspruch zur damals gängigen Literatur. In einer prospektiven nicht-randomisierten Studie konnte in einer Kombination von Radiochemotherapie und chirurgischer Resektion ein 5-Jahres-Überleben von 57 % im Stadium I und 34 % im Stadium IIIa erzielt werden [5]. Patienten, die alle 3 Modalitäten erhielten, erreichten sogar ein 5-Jahres-Überleben von 56 % unabhängig vom Tumorstadium. Die Autoren schlugen deshalb vor, ein chirurgisches Vorgehen in die Behandlung zumindest von Stadium I und II des kleinzelligen Bronchuskarzinoms mit einzubeziehen.

Schreiber hat > 14.000 Patienten aus der SEER-Datenbank („Surveillance, Epidemiology, and End Results Program of the National Cancer Institute“, Bethesda, MD) analysiert, die zwischen 1988 und 2002 wegen eines SCLC behandelt worden waren [6]. Dabei wird klar, dass operativ behandelte Patienten im Stadium I mit 44,8 % ein hervorragendes Überleben aufwiesen. Sogar N1–N2-positive Patienten zeigten ein 5-Jahres-Überleben von 26,3 %. Besonders gut war das Abschneiden jener Patienten, die lobektomiert worden waren (52,3 % im Stadium I). Weiters wurde festgestellt, dass N1-Stadien besser abschneiden, wenn sie operiert wurden, als N2-Stadien. Eine zusätzliche postoperative Strahlentherapie war in Bezug auf das Überleben von Vorteil. Der Nachteil dieser retrospektiven Analyse ist aber eindeutig, dass im SEER keine Aussagen über chemotherapeutische Modalitäten gemacht werden.

Rezente Untersuchungen aus demselben Register scheinen ebenfalls eine Lanze für die Chirurgie zu brechen. Weksler analysierte in einer kürzlich erschienen retrospektiven Studie 3566 SCLC-Patienten [7]. Hierbei fand sich bei operierten Patienten ein besseres Überleben als bei nicht operierten. Das mediane Überleben nach Lobektomie oder Pneumonektomie betrug 39 vs. 16 Monate für nicht operierte Patienten. Selbst

* Erweiterter Nachdruck aus *Spectrum Onkologie* 3/12 mit Genehmigung von MedMedia.

Eingelangt und angenommen am 4. September 2012

Aus der Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Medizinische Universität Innsbruck

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Schmid, Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Medizinische Universität Innsbruck, A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35; E-Mail: Thomas.Schmid@i-med.ac.at

Patienten, die lediglich einer Wedge-Resektion unterzogen wurden, zeigten mit 28 Monaten bessere Überlebensraten.

Natürgemäß sind retrospektive Analysen großer, multizentrisch generierter Datenbanken immer kritisch zu hinterfragen und Schlüsse daraus nur bedingt abzuleiten. Der positive Einfluss chirurgischer Maßnahmen auf das Gesamtüberleben wird aber auch durch eine Reihe neuerer Untersuchungen untermauert, im Rahmen derer chirurgische Resektionen mit modernen Chemotherapien erprobt wurden [8–10]. Dabei scheinen vor allem Stadium-I-Patienten mit neoadjuvanten Konzepten 5-Jahres-Überlebensraten zu erzielen, die denen des NSCLC fast gleich kommen. Einschränkend wird aber festgehalten, dass keine dieser Arbeiten einem Evidenzlevel I entspricht.

Konklusion

Aufgrund der Datenlage und der bisherigen Usancen ist es nicht möglich, ein chirurgisches Standardverfahren beim SCLC zu propagieren. Bei frühen Stadien (I und II) kann aber eine adjuvante Chemotherapie mit konsekutiver Ganzhirnbestrahlung vertreten werden. Wenn allerdings die histologische Diagnose eines SCLC schon präoperativ gesichert ist, soll einem neoadjuvanten Vorgehen dem primär operativen der Vorzug gegeben werden. Die Chirurgie scheint in diesen Stadien eine bessere lokale Kontrolle der Tumorerkrankung zu gewährleisten als die Bestrahlung, wobei moderne Verfahren wie die extrakranielle stereotaktische Bestrahlung im Besonderen für N-negative Patienten in Konkurrenz zur Resektion stehen. Für ein chirurgisches Vorgehen bei niedrigen Stadien spricht aber die Unsicherheit des klinischen Stagings in Bezug auf die N1-Situationen. Ob ein resektives Verfahren auch für IIIa-Patienten im Rahmen eines multimodalen Konzepts einen Vorteil bringt, muss erst durch weitere Studien beantwortet werden [11].

Relevanz für die Praxis

Um den Vorteil der neoadjuvanten Therapie beim frühen Stadium voll ausnützen zu können, ist eine präoperative histopathologische Klassifikation mittels CT-gezielter Punktion anzustreben.

Interessenkonflikt

Der Autor verneint einen Interessenkonflikt.

Literatur:

1. Fox W, Scadding JG. Medical Research Council comparative trial of surgery and radiotherapy for primary treatment of small-celled or oat-celled carcinoma of bronchus. Ten-year follow-up. *Lancet* 1973; 2: 63–5.
2. Lad T, Piantadosi S, Thomas P, et al. A prospective randomized trial to determine the benefit of surgical resection of residual disease following response of small cell lung cancer to combination chemotherapy. *Chest* 1994; 106: 320–2.
3. Müller LC, Salzer GM, Frommhold H, et al. Surgery for small cell lung cancer. *Lancet* 1989; 2: 1152.
4. Naruke T, Roth JA, Salzer GM, et al. Surgical indications in small cell bronchial cancer. *Langenbecks Arch Chir* 1991; 376: 375–8.
5. Müller LC, Salzer GM, Huber H, et al. Multimodality therapy of small cell lung cancer in TNM stages I through IIIa. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 493–7.
6. Schreiber T, Rineer J, Weedon J, et al. Survival outcomes with the use of surgery in limited-stage small cell lung cancer. Should its role be re-evaluated? *Cancer* 2010; 116: 1350–7.
7. Weksler B, Nason KS, Shende M, et al. Surgical resection should be considered for stage I and II small cell carcinoma of the lung. *Ann Thorac Surg* 2012; 94: 889–93.
8. Brock MV, Hooker CM, Syphard JE, et al. Surgical resection of limited disease small cell lung cancer in the new era of platinum chemotherapy: its time has come. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005; 129: 64–70.
9. Tsuchiya R, Suzuki K, Ichinose Y, et al. Phase II trial of postoperative adjuvant cisplatin and etoposide in patients with completely resected stage I–IIa small cell lung cancer: the Japan Clinical Oncology Lung Cancer Study Group. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005; 129: 977–83.
10. Badzio A, Kurowski K, Karnicka-Mlodkowska H, et al. A retrospective comparative study of surgery followed by chemotherapy vs nonsurgical management in limited disease small cell lung cancer. *Eur J Cardiovasc Surg* 2004; 26: 183–8.
11. Eberhardt W, Korfee S. New approaches for small cell lung cancer: local treatments. *Cancer Control* 2010; 10: 289–96.



Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Schmid

Seit 1998 Leiter der Division Thoraxchirurgie der Univ.-Klinik für Chirurgie in Innsbruck. 1998–2002 stellvertretender Leiter der Univ.-Klinik für Chirurgie Innsbruck. Seit 2009 stellvertretender Direktor der Univ.-Klinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie der Medizinischen Universität Innsbruck.

Klinische Schwerpunkte: Thoraxchirurgie, minimalinvasive Chirurgie und VATS, Roboterchirurgie.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)