

Chirurg 2018 · 89:479
<https://doi.org/10.1007/s00104-018-0639-9>
 Online publiziert: 7. Mai 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018



Originalpublikation

Chen Y, Deshpande V, Ferrone C et al (2017)
 Primary lymph node gastrinoma: a single
 institution experience. *Surgery* 162:1088–94

Hintergrund. Die Diagnose eines Gastrinoms basiert auf dem Nachweis einer Hypergastrinämie in Verbindung mit gastraler Säurehypersekretion. Sporadische Gastrinome (ca. 75 %) treten im Gegensatz zu MEN1-Gastrinomen (ca. 25 %) meist bei älteren Patienten (5./6. Lebensdekade) und häufiger als solitäre Makrogastrinome im Pankreas, hereditäre Gastrinome meist bei jüngeren Patienten und als multiple Mikrogastrinome im Duodenum auf. Die Existenz primärer Lymphknotengastrinome wird seit vielen Jahren kontrovers diskutiert. Der klinische Beweis für das Vorliegen eines primär und ausschließlich in einem peripankreatisch-periduodenalen Lymphknoten entstandenen und auf diesen beschränkten Gastrinoms ist jedenfalls nur dann gegeben, wenn der morphologische Befund eindeutig, der Patient postresektionell eugastrinäm ist und sich keine Hinweise für weitere Gastrinomlokalisationen ergeben.

Material und Methoden. Insgesamt wurden 39 zwischen 1992 und 2016 unter kurativer Intention operierte Patienten, davon 5 MEN1-Patienten, in die Single-Center-Studie einbezogen. Die mediane Nachbeobachtungszeit betrug 59 Monate (1–275).

Ergebnisse. Bei 92 % der Patienten war die präoperative Lokalisation erfolgreich. Alle Operationen wurden konventionell-offen durchgeführt. Bei 19 Patienten er-

H. Dralle

Sektion Endokrine Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

Primäre Lymphknotengastrinome

folgte eine Tumorenukleation, bei 16 Patienten eine Resektion des Duodenums/Pankreas/Magens, bei einem Patienten eine Leberresektion bei primärem Lebergastrinom. Primäre Lymphknotengastrinome wurden bei 11 Patienten (28 %) nachgewiesen, keiner dieser Patienten hatte ein MEN1-Gastrinom. Die Persistenz- und Rezidivrate nach Resektion eines primären Lymphknotengastrinoms betrug 9 % ($n = 1$) vs. 44 %, ($n = 12$) bei Nichtlymphknotengastrinomen. Das Gesamtüberleben war in beiden Gruppen gleich.

Diskussion. Nachdem verschiedene Arbeitsgruppen zeigen konnten, dass die unter kurativer Intention erzielten Operationsergebnisse besser sind als nach medikamentöser Therapie wird heute bei resektablen Gastrinomen im Allgemeinen ein operatives Vorgehen bevorzugt. Die hier von der Bostoner Arbeitsgruppe berichtete Serie ist die bislang größte Serie an primären Lymphknotengastrinomen. Da bei mindestens 10 Patienten aufgrund des postresektionell langfristig eugastrinämien Status von einem sicher nicht im Duodenum oder Pankreas lokalisierten Primärtumor ausgegangen werden kann, bestätigt die Studie nun in eindrucksvoller Weise die kaum noch zu bezweifelnde Existenz extragastronteropankreatisch primär in Lymphknoten lokalisierter Gastrinome.

Fazit

An der Existenz primärer Lymphknotengastrinome ist nicht mehr zu zweifeln, sie kommen in etwa 10–30 % der Fälle vor. Die Exploration sollte immer konventionell-offen erfolgen. Die post-

operativen Überlebenschancen sind mit denen bei duodenopankreatischen Gastrinomen vergleichbar.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. H. Dralle, FRCS, FACS, FEBS

Sektion Endokrine Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Essen
 Hufelandstr. 55, 45147 Essen, Deutschland
henning.dralle@uk-essen.de

Interessenkonflikt. H. Dralle gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.