Lymphadenektomie beim Nebennierenrindenkarzinom. Kann die krankheitsspezifische Mortalität gesenkt werden?

Originalpublikation

Nilubol N, Patel D, Kebebew E (2015) Does Lymphadenectomy improve survival in patients with Adrenocortical Carcinoma? a population-based study. World J Surg. doi: 10.1007/s00268-015-3283-2

Das Nebennierenrindenkarzinom ist mit einer Inzidenz von 1–2/1.000.000 sehr selten und mit einer schlechten Prognose behaftet. Die 5-Jahres-Überlebensraten variieren im lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Stadium zwischen 16 und 38 %. Prognostisch bedeutsam sind das Tumorstadium, das Patientenalter zum Zeitpunkt der Erstdiagnose, das Grading, die Radikalität der initialen Resektion sowie der Lymphknotenstatus. Die prognostische Bedeutung der systematischen Lymphadenektomie ist jedoch unklar. Zuletzt konnte durch Reibetanz et al. für Patienten des deutschen Nebennierenrindenkarzinomregisters eine Senkung der krankheitsspezifischen Mortalität und der Tumorrezidive nach Lymphadenektomie im Rahmen der primären Resektion gezeigt werden [2].

Das Ziel dieser Studie bestand in der Evaluation der Bedeutung einer Lymphadenektomie bei erwachsenen Patienten des „Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program (1973–2011)“ des National Cancer Institute mit histologisch nachgewiesenem Nebennierenrindenkarzinom. Die Lymphadenektomie wurde definiert als Dissektion von mindestens 4 Lymph-

knoten. Primärer Endpunkt war die krankheitsspezifische Mortalität.

Von insgesamt 1525 Patienten waren 45 % männlich. 36 % der Patienten zeigten ein lokal begrenztes Tumorstadium während bei 20 % der Patienten ein lokoregionär fortgeschrittener Tumor bestand. 44 % des Kollektives waren primär fernmetastasiert. Nur 8 % aller Patienten wurden lymphadenektomiert. Die Autoren beobachteten eine höhere Rate an Lymphadenektomien bei Patienten mit lokoregionär fortgeschrittenen Tumoren, bei Patienten mit Lymphknotenmetastasen und/oder Fernmetastasen sowie bei Tumorgößen über 10 cm.

Insgesamt konnte in dieser Studie keine verbesserte krankheitsspezifische Mortalität nach Lymphadenektomie in der univariaten Analyse bewiesen werden ($p = 0,30$).

In den USA wird bei Patienten mit einem Nebennierenrindenkarzinom nicht üblicherweise eine Lymphadenektomie im Rahmen der Resektion des Primärtumors durchgeführt. Die Autoren erwägen jedoch eine Lymphadenektomie bei T3- und T4-Tumoren wegen der höheren Rate an Lymphknotenmetastasen und der Möglichkeit eines exakteren Tumorstagings.

Kommentar

Im Gegensatz zu den oben beschriebenen Ergebnissen aus der Kohorte des National Cancer Institutes konnte in Deutschland anhand der Daten des deutschen

Nebennierenkarzinomregisters eine signifikante Verbesserung des rezidivfreien Überlebens und des Gesamtüberlebens nach initialer Lymphadenektomie gezeigt werden. Gaujoux et al. sprachen 2012 Empfehlungen zur Lymphadenektomie aus [1]. Die Dissektion sollte dabei die ipsilateral zum Tumor gelegenen zölikalen, paraaortalen und paracavalen Lymphknoten sowie die Hiluslymphknoten der Niere in einer kraniokaudalen Ausdehnung zwischen Hiatus aorticus und Nierenstiel erfassen [2].

Korrespondenzadresse

Dr. U. Krafft

Klinik und Poliklinik für Urologie, Uroonkologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Essen Hufelandstraße, 55, 45147 Essen, Deutschland
 Ulrich.Krafft@uk-essen.de

Interessenkonflikt. U. Krafft gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Gaujoux S, Brennan MF (2012) Recommendation for standardized surgical management of primary adrenocortical carcinoma. *Surgery* 152(1):123–132 (Epub 2012 Feb 4) doi:10.1016/j.surg.2011.09.030.
2. Reibetanz J, Kroiss M, Deutschbein T, Fenske W, Gasser M, Jurowich C, Germer CT, Allolio B, Fassnacht M (2012) German adrenocortical carcinoma registry. Surgical therapy results and follow-up treatment. *Chirurg* 83(6):528–535. doi:10.1007/s00104-011-2193-6.