

Chirurg 2013 · 84:327
 DOI 10.1007/s00104-013-2492-1
 Online publiziert: 13. März 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

H. Dralle · M. Elwerr

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Halle (Saale),
 Medizinische Fakultät, Halle (Saale)

Nebennierenkarzinom

Laparoskopische vs. offene Adrenalektomie

Originalpublikation

Miller BS, Gauger PG, Hammer GD, Doherty GM (2012) Resection of adrenocortical carcinoma is less complete and local recurrence occurs sooner and more often after laparoscopic adrenalectomy than after open adrenalectomy. *Surgery* 152:1150–1157

Hintergrund und Fragestellung

Nebennierenkarzinome (ACC) sind selten (ca. 2 auf 1.000.000), sie haben eine überwiegend schlechte Prognose nicht nur wegen der Häufigkeit von Fernmetastasen, sondern auch wegen eines beträchtlichen Lokalrezidivrisikos. Der lokal-radikalen Resektion einschließlich lokoregionaler Lymphknotendissektion kommt daher prognostische Bedeutung zu [1]. Da Nebennierentumoren heute bevorzugt endoskopisch operiert werden, ACC jedoch laborchemisch und bildgebend nicht immer präoperativ von benignen Tumoren zu unterscheiden sind, ist Gegenstand der kontroversen Diskussion, ob das endoskopische Vorgehen möglicherweise einen Risikofaktor für Lokalrezidive oder eine peritoneale Karzinose darstellt [2]. Die vorliegende Untersuchung sollte klären, ob beim ACC-Stadium I bis III unter kurativer Intention das laparoskopische Vorgehen nachteilig für das Outcome der Patienten ist.

Methoden

Von 156 im Zeitraum von 2005 bis 2011 operierten ACC-Patienten wurden die Rezidiv- und Überlebenszeiten

nach laparoskopischer (n=46) bzw. offener (110) Adrenalektomie analysiert. Die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug 27 Monate (1–189). Nur 8 der primär laparoskopisch operierten Tumoren waren kleiner als 6 cm.

Ergebnisse

Im am häufigsten vorkommenden Stadium II (54%) wurden 35% der Patienten laparoskopisch operiert. Der Anteil Patienten mit Resektion umgebender Organe und Gefäße betrug 31% in der offenen, 0% in der laparoskopischen Gruppe. 30% der laparoskopischen Gruppe hatten eine R1-Resektion oder intraoperative Tumorzellverschleppung. Bei den R0-resezierten hatten im Falle eines Rezidivs 95% der laparoskopischen gegenüber 58% der offen operierten Patienten das Rezidiv im Tumorbett oder Peritoneum. Die Zeit bis zum Auftreten des Lokalrezidivs war nach laparoskopischer Operation signifikant kürzer als nach offener Operation. Im Stadium II war nicht nur das Gesamtüberleben, sondern auch das Überleben nach R0-Resektion nach offener Operation signifikant länger als nach laparoskopischer Operation. Im Stadium III bestanden keine Outcome-Unterschiede hinsichtlich des operativen Zugangs.

Fazit

- Nebennierentumoren größer als 5 cm und auffälliger Bildgebung sollten primär offen operiert werden, da das Malignitätsrisiko signifikant größer

ist als bei Tumoren <5 cm, und bei Vorliegen eines ACC im Stadium II die Prognose besser ist als nach laparoskopischen Vorgehen.

- Für ACC im Stadium I und III ist der chirurgische Zugangsweg wahrscheinlich von untergeordneter Bedeutung für das Überleben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. h.c. H. Dralle

Klinik für Allgemein-,
 Viszeral- und Gefäßchirurgie,
 Universitätsklinikum Halle (Saale),
 Medizinische Fakultät,
 Ernst-Grube-Str. 40, 06097 Halle (Saale)
 henning.dralle@uk-halle.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Reibetanz, Jurowich C, Erdogan I et al (2012) Impact of lymphadenectomy on the oncologic outcome of patients with adrenocortical carcinoma. *Ann Surg* 255:363–369
2. Brauckhoff M, Varhaug JE, Hauptmann S et al (2012) Peritoneal carcinosis in apparently benign cortisol producing adrenal adenoma ≥ 5 cm in diameter: the need of regular postoperative surveillance. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 120:472–476