

Chirurg 2017 · 88:1059
<https://doi.org/10.1007/s00104-017-0575-0>
 Online publiziert: 7. Dezember 2017
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2017



H. Dralle

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

Nebennierenkarzinom mit Kavathrombus

Originalpublikation

Laan DV, Thiele CA, Glasgow A, Wise KB, Thompson GB, Richards ML, Farley DR, Truty MJ, McKenzie TJ (2017) Adrenocortical carcinoma with inferior vena cava tumor thrombus. *Surgery* 161(1):240–8

Hintergrund und Fragestellung. Nebennierenkarzinome (ACC) haben bekanntlich eine meist ungünstige Prognose, auch ist die Effektivität der adjuvanten Chemotherapie sehr begrenzt. Zur Häufigkeit der zwar seltenen, jedoch nicht untypischen und sowohl bei rechts- als auch linksseitigen ACC auftretenden V.-cava-Thrombose gibt es keine verlässlichen Zahlen. Fragestellung für die Autoren der renommierten endokrinchirurgischen Arbeitsgruppe aus Rochester, USA, war daher die Häufigkeit, Charakteristik und das Überleben der Patienten mit ACC-bedingter Thrombose der Vena cava inferior.

Material und Methoden. Insgesamt 28 Patienten mit Inferior-Vena-cava-Thrombus eines ACC (IVC-Gruppe) wurden hinsichtlich des Gesamtüberlebens, der Morbidität und Mortalität mit 37 Patienten verglichen, die ebenfalls in den Jahren 1985 bis 2015 ein nicht fernmetastasiertes (N0/1M0), in kurativer Intention reseziertes T4-ACC, jedoch keine Kavathrombose (nonIVC-Gruppe) hatten.

Ergebnisse. In beiden Gruppen waren Rechts- und Linkskarzinome gleich häufig. Die mittlere Tumorgöße betrug $13,9 \pm 5,5$ cm (3,1–26,0). 15 Patienten hatten außer der Kavathrombose keine Infiltration umgebender Organe. Die Pa-

thohistologie der Kavathrombose wurde nicht angegeben. Nur bei insgesamt 4 Patienten (6 %) wurden aortokavale Lymphknotenmetastasen nachgewiesen. 42 Patienten (65 %) wurden R0-reseziert. Bei 44 Patienten (68 %) wurde im Verlauf ein Rezidiv festgestellt, in 49 % der Fälle ein Fernrezidiv, in 19 % ein Lokalrezidiv; es bestand kein Unterschied in Art und Häufigkeit des Rezidivs bei den beiden Gruppen ohne oder mit Kavathrombose. Als adjuvante Therapie erhielten in beiden Gruppen zwei Drittel der Patienten Mitotane, nur ein Viertel erhielt eine Chemotherapie. Eine neoadjuvante Therapie erfolgte nicht.

Signifikante, jeweils zulasten der IVC-Gruppe ausfallende Unterschiede zwischen beiden Gruppen wurden bei folgenden Parametern festgestellt: Operationszeit, Transfusionserfordernis, medianes Überleben (15 vs. 40 Monate). In der IVC-Gruppe überlebte kein Patient 5 Jahre postoperativ. Die Überlebensrate der R0-resezierten nonIVC-Patienten war signifikant besser als die der IVC-Patienten ($p < 0,05$).

Der Tumorthrombus lag in 39 % (11) der Fälle infrahepatisch, in 25 % (7) retrohepatisch und in 36 % (10 Fälle) suprahepatisch, davon bei 5 Patienten mit Ausdehnung in den rechten Vorhof. Bei 7 Patienten, davon alle 5 mit Kavathrombus bis in den Vorhof, wurde die Operation mit kardiopulmonalem Bypass durchgeführt. Bei keinem der 28 IVC-Patienten trat perioperativ eine Lungenembolie auf. In beiden Gruppen verstarben 2 Patienten postoperativ, in der IVC-Gruppe ein Patient nach Operation mit Bypass.

Fazit. Unter Berücksichtigung der in der Studie analysierten Fallzahl lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- Bei lokal fortgeschrittenen, zum Diagnosezeitpunkt nicht fernmetastasierten ACC ist das Auftreten einer Kavathrombose gegenüber tumorvergleichbaren Patienten ohne Kavathrombose ein unabhängiger Prognosefaktor. Die Kavathrombose sollte daher eigenständig zur Eingruppierung in das Stadium 4 führen. Ob innerhalb der IVC-Gruppe die suprahepatische Extension ein die Prognose weiter verschlechternder Faktor ist, konnte aufgrund der kleinen Fallzahl nicht geklärt werden.
- Bei entsprechender operativer Erfahrung ist das perioperative Risiko bei Kavathrombose eines ACC nicht höher als bei lokal fortgeschrittenen ACC ohne Kavathrombose.
- Ein Einfluss antitumoröser Therapie bei IVC-positiven bzw. -negativen Patienten konnte in der Studie nicht nachgewiesen werden. Ob diesbezüglich das Konzept einer neoadjuvanten Therapie zu prüfen wäre, müssen weitere Studien zeigen.

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.