Chirurg 2020 · 91:595

<https://doi.org/10.1007/s00104-020-01200-z>

Online publiziert: 19. Juni 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Henning Dralle · Ann-Kathrin Ehrlich

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

Selektionskriterien zur laparoskopischen oder retroperitoneoskopischen Adrenalektomie

Originalpublikation

Marrero AP, Kazaure HS, Thomas SM et al (2020) Patient selection and outcomes of laparoscopic transabdominal versus posterior retroperitoneoscopic adrenalectomy among surgeons in the collaborative endocrine surgery quality improvement program (CESQIP). Surgery 167: 250–256

Einleitung. Die transabdominell laparoskopische (TALA) oder posterior retroperitoneoskopische Adrenalektomie (PRPA) haben sich in den vergangenen 25 Jahren zum Standardvorgehen bei nichtinvasiven, primären und metastatischen Nebennierentumoren entwickelt [1]. Im Gegensatz zum posterioren retroperitoneoskopischen Zugang ermöglicht der transabdominelle Zugang einen weiteren Arbeitsraum unter konventionellen anatomischen Organbezügen. In verschiedenen Studien einzelner Zentren wurde nachgewiesen, dass sich die Ergebnisse beider Verfahren nicht wesentlich voneinander unterscheiden, die PRPA jedoch Vorteile bieten kann bei Patienten mit kleineren Tumoren, geringerem Body-Mass-Index (BMI), bilateralen Pathologien und nach abdominalen Voroperationen. Ziel der vorliegenden Studie war es, zu prüfen, ob auf der Grundlage des multiinstitutionellen US-amerikanischen Collaborative Endocrine Surgery Quality Improvement Programs (CESQIP) Qualitätsunterschiede beider Verfahren auszumachen sind.

Material und Methoden. Ausgewertet wurden die von 34 Zentren in das CESQIP-Programm zwischen 2014 und 2018 eingebrachten Daten. Patienten <18 Jahre und Wiederholungseingriffe an der

Nebenniere wurden ausgeschlossen. Tumorkapselverletzungen werden im CESQIP dann gewertet, wenn intraoperativ makroskopische Kapselrupturen beschrieben wurden.

Ergebnisse. Von insgesamt 1145 Patienten, die in das CESQIP eingebracht wurden, konnten 833 ausgewertet werden, 539 (65 %) mit TALA, 294 (35 %) mit PRPA. Nur bei insgesamt 3 Patienten (0,4 %) war präoperativ ein Nebennierenkarzinom diagnostiziert worden. Bezogen auf die zugrunde liegenden Erkrankungen wurde eine PRPA häufiger als eine TALA bei folgenden Tumoren gewählt: CONN-Syndrom (30 % vs. 24 %), hormoninaktive (44 % vs. 40 %) und rechtsseitige Tumoren (47 % vs. 37 %). Eine TALA wurde häufiger durchgeführt bei größeren Tumoren (median 3,2 cm vs. 2,4 cm), Phäochromozytomen (27 % vs. 22 %), CUSHING-Tumoren (39 % vs. 20 %) und linksseitigen Tumoren. 62 % der Zentren führten ausschließlich TALA, 12 % ausschließlich PRPA, 27 % beide Verfahren durch. Die mediane Anzahl der Operationen pro Chirurg pro Jahr war 8,8 (PRPA) bzw. 7,5 (TALA) ($p < 0,001$). Keine Unterschiede bestanden bei TALA und PRPA bei den Operationszeiten, der Tumorseite und den Gesamtkomplikationsraten einschließlich denjenigen bei einem BMI > 40. Das Risiko für Tumorkapselrupturen, beobachtet bei insgesamt 9,4 %, davon 60 % Metastasen, war bei PRPA signifikant höher (12,6 %) als bei TALA (7,6 %; $p = 0,4$). Hauptrisikofaktor waren männliche Patienten ($p = 0,4$). Die PRPA war mit einer niedrigeren Konversionsrate zum offenen Vorgehen assoziiert als die TALA.

Kommentar

Die vorliegende multizentrische High-volume-Studie ist die bislang umfangreichste zum Thema der TALA vs. PRPA und insbesondere zum Aspekt der Häufigkeit hierbei aufgetretener Tumorkapselrupturen. Unter Berücksichtigung der Limitationen der bei derartigen Studien bestehenden Datenqualität und der unterschiedlichen Erfahrung mit der weniger häufig praktizierten PRPA ergab sich für die TALA ein deutlicher Vorteil bezüglich des Risikos von Tumorkapselrupturen, die bei 60 % der Metastasen und bei primären Tumoren selbst von 1,2 cm Größe beobachtet wurden. Malignitätsverdacht und Metastasen erscheinen daher als wenig geeignete Indikationen zur PRPA. Das Phäochromozytomatoserisiko [2] bei beiden Verfahren konnte leider nicht ausgewertet werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Henning Dralle
Sektion Endokrine Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsmedizin Essen
Hufelandstr. 55, 45147 Essen, Deutschland
Henning.dralle@uk-essen.de

Interessenkonflikt. H. Dralle und A.-K. Ehrlich geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Walz MK (2012) Chirurg 83:536–545
2. Weber F, Belker J, Unger N et al (2020) Chirurg 91:345–353