

1 Criteri di selezione per surrenectomia laparoscopica 2 o retroperitoneoscopica

3
4
5
6
7
8
9 Pietro Giorgio Calò¹ · Gianlorenzo Dionigi²

10
11
12
13
14
15
16 Accettato: 14 settembre 2020
17 © Springer Nature Switzerland AG

18
19 Commento a:

20 **Patient selection and outcomes of laparoscopic**
21 **transabdominal versus posterior retroperitoneoscopic**
22 **adrenalectomy among surgeons in the collaborative**
23 **endocrine surgery quality improvement program**
24 **(CESQIP).**

25 **A.P. Marrero, H.S. Kazaure, S.M. Thomas, M.T. Stang,**
26 **R.P. Scheri.**
27 **Surgery (2020) 167:250–256**

28
29 La surrenectomia transaddominale laparoscopica (TAL) o
30 retroperitoneoscopica posteriore (RP) sono diventate le pro-
31 cedure standard per i tumori surrenali non invasivi, primari
32 e metastatici negli ultimi 25 anni [1]. Contrariamente all'ap-
33 proccio RP, l'approccio TAL consente un ulteriore spazio di
34 lavoro con riferimenti anatomici convenzionali degli organi
35 [1, 2].

36 Vari studi presso singoli Centri hanno dimostrato che i
37 risultati delle due procedure non differiscono in modo signifi-
38 ficativo l'uno dall'altro ma che il RP può offrire vantaggi
39 per i pazienti con tumori più piccoli, indice di massa cor-
40 poreica inferiore (BMI), patologie bilaterali e con patologie
41 addominali, operazioni addominali precedenti.

42 Lo scopo dello studio di Marrero e collaboratori è stato
43 quello di esaminare se possono essere identificate differenze
44 qualitative tra le due procedure endoscopiche sulla base del
45 programma multi-istituzionale statunitense *American Colla-*
46 *borative Endocrine Surgery Quality Improvement Program*
47 *(CESQIP)* [2].

48
49 ✉ G. Dionigi
50 gdionigi@unime.it

51 ¹ Divisione di Chirurgia, Università di Cagliari, Cagliari, Italia

52 ² Divisione di Chirurgia Endocrina e Mininvasiva, Università
53 di Messina, Messina, Italia
54

55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108

In dettaglio, sono stati valutati i dati presentati da 34 cen-
tri al programma CESQIP tra il 2014 e il 2018. Pazienti di
età inferiore a 18 anni e operazioni per recidive sulle ghian-
dole surrenali sono stati esclusi. Le lesioni della capsula
tumorale vengono valutate nel CESQIP se sono state de-
scritte rotture capsulari macroscopiche durante l'intervento
endoscopico.

Su un totale di 1.145 pazienti inclusi nel CESQIP, 833
sono stati valutati, 539 (65%) con TAL, 294 (35%) con RP.
Un carcinoma del rene sincrono è stato diagnosticato prima
dell'intervento solo in 3 pazienti (0,4%). In relazione alle
malattie sottostanti, la RP è stata scelta più frequentemente
di TAL per i seguenti tumori: sindrome CONN (30 vs 24%),
ormone inattivo (44 vs 40%) e tumori del lato destro (47 vs
37%). Un TAL è stato eseguito più spesso per tumori più
grandi (mediana 3,2 cm contro 2,4 cm), feocromocitomi (27
contro 22%), tumori CUSHING (39 contro 20%) e tumori
del lato sinistro. Il 62% dei centri ha eseguito esclusivamente
TAL, il 12% esclusivamente RP e il 27% entrambe le proce-
dure. Il numero mediano di operazioni per chirurgo all'anno
era 8,8 (RP) e 7,5 (TAL) ($p < 0,001$). Non c'erano differen-
ze tra TAL e RP in termini di tempi di intervento, sito del
tumore e tassi di complicanze totali, compresi quelli con un
BMI > 40. Il rischio di rottura della capsula tumorale è stato
osservato in un totale del 9,4%, di cui il 60% erano metasta-
si, era significativamente più alto per RP (12,6%) che per
TAL (7,6%; $p = 0,4$); il principale fattore di rischio erano i
pazienti maschi ($p = 0,4$). Il RP è stato associato a un tas-
so di conversione inferiore all'approccio aperto rispetto al
TAL.

Il presente studio multicentrico è il più ampio finora sul-
l'argomento TAL vs RP e, soprattutto, valuta l'aspetto della
frequenza delle rotture della capsula tumorale. Tenendo con-
to dei limiti della qualità dei dati in tali studi e della diversa
esperienza con il RP meno frequentemente praticato, il TAL

109 ha mostrato un chiaro vantaggio per quanto riguarda il ri-
110 schio di rottura della capsula tumorale, che si verifica nel
111 60% delle metastasi; sono stati osservati tumori primari di
112 dimensioni anche di 1,2 cm. Il sospetto di neoplasie e meta-
113 stasi sembrano quindi essere indicazioni inadeguate per RP.
114 Sfortunatamente, non è stato possibile valutare il rischio di
115 feocromocitomasosi con entrambi i metodi [1, 2].
116

117 **Nota della casa editrice** Springer Nature rimane neutrale in riguar-
118 do alle rivendicazioni giurisdizionali nelle mappe pubblicate e nelle
119 affiliazioni istituzionali.
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162

Bibliografia

1. Dralle H, Ehrlich AK (2020) Selection criteria for laparoscopic or retroperitoneoscopic adrenalectomy. *Chirurg* 91(7):595
2. 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

163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216

AUTHOR'S PROOF

UNCORRECTED PROOF