

Leberteilresektion beim intrahepatischen Cholangiokarzinom

Originalpublikation

Spolverato G, Kim Y, Alexandrescu S et al (2014) Is hepatic resection for large or multifocal intrahepatic cholangiocarcinoma justified? Results from a multi-institutional collaboration. *Ann Surg Oncol* [Epub ahead of print]

Hintergrund

Die Inzidenz des intrahepatischen Cholangiokarzinoms ist in den letzten Jahren stetig ansteigend. Die Prognose ist schlecht (25–40% 5-Jahres-Überleben) und die radikale Resektion ist die einzige kurative Therapie. Multifokale Tumoren sind eindeutig mit einem schlechten Outcome assoziiert, die Rolle der Tumorgroße ist allerdings aktuell eher unklar.

Ziel dieser multizentrischen Studie war es, das krankheitsfreie Überleben bzw. das Gesamtüberleben bei Patienten mit großen (>7 cm) bzw. multifokalen (>2 Herde) intrahepatischen Cholangiokarzinomen nach Leberteilresektion zu evaluieren.

Methodik

Es wurden 557 Patienten aus zwölf Zentren in der Studie analysiert, die in kurativer Intention leberteilreseziert wurden. Ausschlusskriterium war lediglich ein bereits metastasiertes Tumorleiden, ansonsten wurden alle Tumoren und auch N1-Tumoren in diese Studie eingeschlossen.

Ergebnisse

Insgesamt 215 Patienten (38,6%) hatten kleine, solitäre Tumoren und dienten in der vorliegenden Arbeit als Kontrollgruppe. Zwischen den Gruppen bestanden keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Alter, Geschlecht, Rasse, Vorhandensein einer Leberzirrhose und Niveau der Tumormarker.

Die Gruppe der großen bzw. multifokalen Tumoren hatte eine höhere Rate an vaskulärer Infiltration, schlechter Differenzierung, Infiltration benachbarter Organe oder Lymphknotenmetastasen. Zudem wurden in der genannten Gruppe häufiger eine erweiterte Hemihepatektomie bzw. eine Lymphadenektomie durchgeführt.

Es gab keine Unterschiede bezogen auf die perioperative Mortalität und Morbidität zwischen den beiden Gruppen.

Das mediane Follow-up betrug 22,3 Monate. Das mediane krankheitsfreie Überleben der Gesamtpopulation betrug 11,8 Monate. Das krankheitsfreie Überleben in der Gruppe der kleinen, solitären Tumoren war signifikant länger verglichen mit den großen bzw. multifokalen Tumoren (14,1 Monate gegenüber 9,5 Monate).

Die meisten Rezidive traten innerhalb der ersten 24 Monate nach der Resektion auf. Es bestanden keine Unterschiede zwischen den Gruppen, was die Lokalisation des Rezidivs betraf.

Das mediane Gesamtüberleben der Gesamtpopulation betrug 26,9 Monate. Patienten mit großen/multifokalen Tumoren hatten ein schlechteres Überleben verglichen mit der Kontrollgruppe (21,1 gegenüber 32 Monate).

Prognostisch mit einem schlechten Outcome assoziiert waren:

- mehr als drei Tumorherde,
- eine Gefäßinfiltration,
- Lymphknotenmetastasen sowie
- ein schlechter Differenzierungsgrad.

Es zeigten sich zu den genannten weitere signifikante Prognosefaktoren (bspw. Alter >60 Jahre, Perineuralscheideninfiltration, Infiltration von Nachbarorganen, Notwendigkeit einer Major-Resektion, R1-Situation), die für sich keine signifikante Rolle spielten. Jedoch ging das Auf-

treten von zwei oder mehr der genannten Faktoren mit einem deutlich schlechteren Outcome einher.

Fazit

Diese Studie ist die erste Multicenterstudie, die an einer großen Patientenzahl prognostische Faktoren anhand der Tumorgroße/-zahl intrahepatischer Cholangiokarzinome analysierte.

Interessanterweise war die perioperative Morbidität und Mortalität vergleichbar mit der Resektion kleinerer Tumoren, so dass die Resektion in kurativer Intention zu empfehlen ist.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die Leberteilresektion bei großen/multifokalen Cholangiokarzinomen mit guter perioperativer Mortalität und Morbidität und akzeptablen kurzfristigen Ergebnissen durchgeführt werden kann. Prognostisch relevant waren Tumorzahl (>3 Herde), der Differenzierungsgrad sowie das Vorliegen von Lymphknotenmetastasen. Diese sollten bei der Planung des Prozedere für den einzelnen Patienten mit berücksichtigt werden, wenn gleich dies aus unserer Sicht schwierig erscheint, da die definitive Beurteilung von zumindest zwei der drei genannten Faktoren in aller Regel erst in der postoperativen Histologie erfolgen kann. Hier bleibt aber der Ansatz für adjuvante systemische Therapien für die Zukunft.

Korrespondenzadresse

PD Dr. F. Rauchfuß, M.Sc.
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena, Erlanger Allee 101, 07747 Jena
 falk.rauchfuss@med.uni-jena.de

Interessenkonflikt. F. Rauchfuß und U. Settmacher geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.