Editorial

Lebermetastasen – ein lokoregionales Problem?

J. R. Siewert

Eine aus traditioneller Sicht eher ungewöhnliche Frage – und natürlich nur für Metastasen des colorectalen Carcinoms gültig. Dennoch stellt sich diese Frage, wenn man die in diesem Heft publizierten Arbeiten liest.

Offenbar besteht während der Metastasierung eines colorectalen Carcinoms eine Phase, in der die Lebermetastasierung noch ein lokoregionales, auf die Leber beschränktes Geschehen und noch nicht Ausdruck einer bereits systemischen Metastasierung ist. In dieser Metastasierungsphase sind ganz offenbar lokoregionale Therapieprinzipien – chirurgische wie nichtchirurgische – effektiv. Ihr Einsatz lohnt, der Patient profitiert. Dabei ist es offenbar egal, welche Art einer lokoregionalen Therapie man wählt – allerdings ist unumstritten, daß die chirurgische Resektion das entscheidende Therapieziel der lokalen Tumorfreiheit am zuverlässigsten erreicht und damit erste Wahl ist. Wenn immer technisch möglich und für den Patienten vertretbar, sollten Lebermetastasen eines colorectalen Carcinoms in dieser Phase somit chirurgisch entfernt werden. Prognosefaktoren, wie sie sich z. B. aus der Multizenter-Studie der Französischen Gesellschaft für Chirurgie ergeben und ein daraus entwickeltes Scoringssystem (s. Arbeit Schlag et al.) helfen bei der Patientenselektion. Die chirurgische Technik – segmentorientierte Metastasenresektion im Gesunden mit einem allseitigen Sicherheitsabstand von 1 cm – ist unumstritten; ihre Durchführung in erfahrenen Händen sicher und risikoarm.

Das eigentliche Problem liegt darin, diese Phase der nur lokoregionalen Lebermetastasierung diagnostisch ausreichend sicher zu erfassen. Die bildgebende Diagnostik wird zwar immer besser, aber auch aufwendiger und teurer, damit Zentrums-lastig. Das wichtigste diagnostische Ziel ist die Erfassung des Metastasierungsausmaßes und die anatomische Topografie der Metastasen. Ersteres ist wichtig, um einen objektiven Eindruck über die Phase zu gewinnen, in der sich die Lebermetastasierung befindet. Aus allen Arbeiten in diesem Heft wird klar, daß eine erfolgreiche Therapie nur dann zu erhoffen ist, wenn das Metastasenvolumen nicht mehr als 25 %, maximal 30 % des Lebervolumens ausmacht. Jenseits dieser Grenze ist nur noch Palliation erreichbar. Noch sind allerdings die Kriterien einer perfekten Diagnostik nicht unumstritten geklärt (s. Arbeit Helmberger et al.).

Das zweite diagnostische Ziel ist die anatomische Topografie der Lebermetastasen. Sie entscheidet über die chirurgische Resezierbarkeit der Lebermetastasen bzw.

über den Einsatz anderer lokoregionaler Therapieprinzipien. Auch die Frage nach dem Einsatz einer regionalen Chemotherapie wird unter topografisch-anatomischen Gesichtspunkten – nämlich der Gefäßversorgung – entschieden. Auch sie erscheint nur bei einem Metastasenvolumen unter 25–30 % effektiv, unter der Voraussetzung, daß die Resektabilität der Lebermetastasen ausgeschlossen ist (s. Arbeit Lorenz et al.). Möglicherweise bringt die Kombination verschiedener Therapie-modalitäten – z. B. neoadjuvante regionale Chemotherapie, dann chirurgische Resektion bei Respondern, und evtl. zusätzliche lokoregionale, nichtchirurgische Therapieprinzipien (Kryo, Laser etc.) bei anatomisch nicht resezierbaren oder nicht sicher R0-resezierten Lebermetastasen – weitere Fortschritte.

Noch ein dritter, wichtiger Gesichtspunkt muß abgeklärt werden, um die Indikation abzusichern: die extrahepatische Tumorfreiheit. Hier sind Fortschritte in Sicht: die chirurgische, diagnostische Laparoskopie incl. laparoskopischem Ultraschall und die PET (Positronenemissionstomografie) werden helfen, diese wichtige Frage zuverlässiger als bisher zu beantworten.

Um die eingangs gestellte Frage zu beantworten: im Verlauf der Tumorerkrankung „colorectales Carcinom“ gibt es offenbar eine Phase, in der die Metastasierung in die Leber noch lokoregionalen Charakter hat. Diese Phase ist in letzter Zeit besser definierbar geworden (< 25 % Tumolvolumen, kein extrahepatischer Tumor, günstige Prognosefaktoren). In dieser Phase bringt der Einsatz lokoregionaler Therapieprinzipien offenbar einen Gewinn für den Patienten. Je besser diese Phase diagnostisch abgesichert wird, desto besser sind die zu erreichenden Ergebnisse. Die klinische Forschung hat sich künftig mit der noch besseren Definition dieser Phase der lokoregionalen Lebermetastasierung und mit der vergleichenden Untersuchung operativer und nichtoperativer Therapieprinzipien in dieser Phase zu befassen. Hier haben Lorenz et al. mit ihrem Abschlußstatement recht, daß sich die Chirurgie der Herausforderung des interdisziplinären Vergleichs stellen muß.

Prof. Dr. J. R. Siewert
Chirurgische Klinik und Poliklinik
Technische Universität der LMU, Klinikum rechts der Isar
Ismaninger Straße 22, D-81675 München