Mesohepatektomie bei zentralen Lebertumoren

Originalpublikation

Qiu J, Wu H, Bai Y et al (2013) Mesohepatectomy for centrally located liver tumours. Br J Surg 100:1620–1626

Hintergrund und Fragestellung

Bei zentralen Lebertumoren (Couinaud-Segmente IV, V, VIII ± I) werden meist erweiterte rechte oder linke Hemihepatektomien (EH) durchgeführt. Durch den hohen Verlust von Leberparenchym sind diese Eingriffe mit einem hohen Risiko für ein postoperatives Leberversagen und weitere Komplikationen assoziiert und bei vorbestehendem Parenchymschaden oft nicht durchführbar. Zentrale Leberresektionen (Mesohepatektomien, MH) erlauben durch eine isolierte Entfernung zentraler Lebersegmente einen maximalen Parenchym- und Funktionserhalt, sind aber technisch oft anspruchsvoller und aufgrund der zweifachen Transsektion theoretisch mit einem höheren Risiko für oberflächenassoziierte Komplikationen (Galleleck, Hämatom) assoziiert.

Qiu et al. verglichen in einer retrospektiven Studie in 471 Patienten die perioperativen Ergebnisse nach MH und EH bei zentralen Lebertumoren.

Methoden

Von 2005 bis 2011 wurden bei 491 konsekutiven Patienten zentrale Lebertumoren reseziert. Eine kompensierte Leberfunktion, die Möglichkeit der Major-Leberresektion und der En-bloc-Tumorresektion waren Einschlusskriterien. Die zusätzli-

che Anwendung ablativer Verfahren war ein Ausschlussgrund. Es wurden die perioperativen Ergebnisse von 292 Patienten mit MH und 138 Patienten mit EH analysiert. Bei 89,1% der Patienten lag ein hepatozelluläres Karzinom vor. Die Entscheidung für MH oder EH wurde intraoperativ individuell getroffen. Dabei wurden parenchymsparende Resektionen favorisiert: Es kamen verschiedene zentrale Leberresektionen (Segmente IVb + V, Segmente IVa + VIII oder Segmente IVa + IVb + V + VIII) zur Anwendung und falls diese nicht möglich waren eine EH. Nach der Parenchymdurchtrennung mittels Ultraschall- oder Wasserdissektor wurde zur Lokalisation von Gallelecks eine intraoperative Cholangiographie durchgeführt. In Abhängigkeit der Lagebeziehung der Tumoren zu den Pedikelstrukturen und den Lebervenen erfolgte eine Klassifikation der durchgeführten MH in vier Typen zunehmender Komplexität.

Ergebnisse

Das Vorliegen einer Zirrhose war bei MH häufiger als bei EH (72,3 vs. 61,6%). Vor EH wurden häufiger Pfortaderembolisationen durchgeführt (10,1 vs. 2,4%). Ansonsten waren die Gruppen hinsichtlich präoperativer Parameter vergleichbar. MH dauerten signifikant länger als EH (259 vs. 211 min). Bluttransfusionen waren bei MH signifikant häufiger (33,9 vs. 24,6%). Die Komplikationsrate war nach MH signifikant niedriger als nach EH (19,9 vs. 52,2%). Aszites, Pleuraergüsse, prolongierter Ikterus und Hyperbilirubinämie traten jeweils nach

EH signifikant häufiger auf als nach MH. Die Rate an Gallelecks (2,7 vs. 0,7%) und Hämatomen (1,0 vs. 1,4%) sowie die Mortalität (0,7 vs. 1,4%) waren vergleichbar. Bei den MH hatten Typ-IV-Eingriffe die längste Dauer, den größten Blutverlust, die höchste Transfusionsrate und die höchste Morbidität.

Diskussion

Die Studie zeigt, dass die MH eine sichere Alternative zur EH bei selektionierten Patienten ist. Allerdings sind die Gruppen MH und EH in der vorliegenden Studie aufgrund der Entscheidungsfindung hinsichtlich der Resektionsformen und des retrospektiven Designs nur eingeschränkt vergleichbar. Anhand der Literatur wird die Morbidität nach MH maßgeblich durch die Rate an Gallelecks beeinflusst, die bei Qiu et al. erstaunlich niedrig ist. Diese guten Ergebnisse nach MH sind wahrscheinlich nicht allgemein übertragbar. Die erhöhte Komplikationsrate nach den komplexen (Typ-IV-)MH zeigen, dass diese Eingriffe wie EH an Zentren durchgeführt werden sollten.

Korrespondenzadresse

PD Dr. O. Strobel

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg
 Oliver.Strobel@med.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. O. Strobel und M.W. Büchler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.