Die Rolle der Leberresektion bei der Behandlung von Patienten mit hepatozellulärem Karzinom

Originalpublikation

Roayaie S, Jibara G, Tabrizian P et al (2015)
 The role of hepatic resection in the treatment
 of hepatocellular cancer. Hepatology. DOI
 10.1002/hep.27745 (Epub ahead of print)

Hintergrund und Fragestellung

Bei Patienten mit hepatozellulärem Karzinom (HCC) mit solitärem Tumor, ohne klinisch relevanter portaler Hypertension (PH), exzellentem Performance-Status und CHILD-A-Zirrhosestadium empfehlen die Leitlinien der American Association for the Study of Liver Diseases als primäre Therapie die Leberresektion (LR) basierend auf Daten, die ein 5-Jahres-Überleben von 74 % zeigen konnten [1]. Die vorgestellte Studie untersucht, ob ein Abweichen von den Kriterien notwendigerweise zu einem schlechteren Überleben führt.

Methoden

In die longitudinale HCC-BRIDGE-Kohorten-Studie wurden zwischen 2005 und 2011 8656 Patienten aus 42 internationalen Zentren eingeschlossen. Für die multivariate Analyse wurden vier Gruppen gebildet:

- ideale Patienten (Indikation entsprechend Leitlinien), die reseziert wurden,
- ideale Patienten, die nicht reseziert wurden,
- nichtideale Patienten, die reseziert wurden,
- nichtideale Patienten, die nicht reseziert wurden.

Ergebnisse

Eine LR wurde bei mehr als 80 % der idealen Patienten durchgeführt. Bei den idealen Patienten waren nichtchirurgische Behandlungsmodalitäten mit einem 2-fach erhöhten Risiko zu versterben assoziiert (Odds Ratio 2,068; Konfidenzintervall 1,349–3,170; $p < 0,001$). Bei den operierten Patienten korrelierten die meisten bekannten Risikofaktoren auch in dieser Studie mit erhöhter Letalität, eine moderate PH (Varizen und/oder Splenomegalie oder Thrombozyten < 100.000) oder eine isolierte Bilirubinerhöhung allerdings nicht. Lag *beides* vor, war das Überleben nach LR jedoch signifikant reduziert ($p = 0,007$). Bei den nichtidealen Patienten war die LR mit besserem Überleben als die TACE („transarterial chemoembolisation“) assoziiert (Odds Ratio TACE vs. LR 1,251; Konfidenzintervall 1,109–1,429; $p < 0,001$), im Vergleich zur Transplantation und Ablation allerdings ein negativer Prognosefaktor.

Diskussion

Die vorgestellte Studie stellt einen wichtigen Beitrag zur (chirurgischen) Behandlung von HCC-Patienten dar. Die Datenanalyse bezieht sich auf ein großes, gut aufgearbeitetes Patientenkollektiv. Die Klassifikation der Patienten in 4 Gruppen spiegelt die klinische Realität sehr gut wider. Die drei wichtigsten Ergebnisse der Studie sind:

- Für 20 % der Patienten mit sicherer Operationsindikation, die nicht reseziert wurden, bestand ein 2-fach erhöhtes Risiko mit jeder anderen Therapiemethode zu versterben.
- Eine moderate Ausweitung der Indikation für eine LR korrelierte nicht mit schlechterem Überleben.

- Eine weitere Ausweitung der Indikation zur LR korreliert im Vergleich zu Transplantation und Ablation mit erhöhter Letalität, im Vergleich zur TACE zeigt sich in dieser Gruppe jedoch ein besseres Überleben.

Eine vorsichtige Ausweitung der Indikation zu LR bei „frühen“ BCLC (Barcelona Clinic Liver-Cancer) -B-Patienten scheint demnach gerechtfertigt. Es werden allerdings keine Aussagen zum Ausmaß der Resektionen gemacht. Bezüglich der TACE-Techniken kann im Gegensatz zu vorliegenden Ergebnissen zentrumspezifisch auch für BCLC-B-Patienten ein sehr gutes medianes Überleben erreicht werden (47,7 Monate; [2]).

Korrespondenzadresse

C. Benckert

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
 Gefäßchirurgie
 Universitätsklinik Magdeburg, A.ö.R.
 Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg
 christoph.benckert@med.ovgu.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Benckert und C. Bruns geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Llovet JM, Fuster J, Buix J (1999) Intention-to-treat analysis of surgical treatment for early hepatocellular carcinoma: resection versus transplantation. Hepatology 30:1434–1440
2. Burrell M, Reig M, Forner A (2012) Survival of patients with hepatocellular carcinoma treated by transarterial chemoembolisation (TACE) using Drug Eluting Beads. Implications for clinical practice and trial design. J Hepatol 6:1330–1335