Behandlung von Tumorrezidiven nach Resektion hepatozellulärer Karzinome

Originalpublikation

Tabrizian P, Jibara G, Shrager B, Schwartz M, Roayaie S (2015) Recurrence of hepatocellular cancer after resection: patterns, treatments, and prognosis. *Ann Surg* 261(5):947–955

Hintergrund

Leberteilresektionen gelten als Therapie der Wahl bei singulären hepatozellulären Karzinomen (HCC), wenn die Leberfunktion erhalten ist und keine portale Hypertension vorliegt. Die Rezidivraten werden, selbst bei der Resektion sehr kleiner Befunde ohne Gefäßinfiltration, mit bis zu 60 % angegeben. Es existieren nur wenige Studien zur Therapie der Rezidive.

Die hier vorgestellte Studie von Tabrizian et al. beschreibt an einer großen Patientenzahl die Therapie von HCC-Rezidiven unter Anwendung aller modernen Therapieoptionen.

Methodik

Es wurden alle Patienten in die Auswertung eingeschlossen, bei denen zwischen 1988 und 2011 eine primäre Resektion aufgrund eines HCC erfolgen musste. Die Tumornachsorge erfolgte in 3-Monats-Intervallen im ersten Jahr, in 4-Monats-Intervallen im zweiten Jahr und in halbjährlichen Abständen in den Folgejahren.

Beim Nachweis eines HCC-Rezidivs erfolgte die Wahl der Therapie anhand der folgenden Kriterien:

- erneute Resektion – CHILD-A-Situation; keine portale Hypertension; Thrombozyten > 100.000/μl;

- Lebertransplantation – Vorliegen eines intrahepatischen Rezidivs; keine Fernmetastasen; dekompensierte Leberfunktion; Fehlen signifikanter Komorbiditäten und einer Makrogefäßinfiltration;
- Ablation – max. 3 Tumorknoten von jeweils max. 3 cm Durchmesser, falls keine Transplantationskandidaten; CHILD-A- oder -B-Situation.
- Embolisation – Patienten, deren Tumorlast außerhalb der Ablationskriterien waren;
- andere Therapieformen – Überschreiten der genannten Kriterien; Spektrum von Sorafenib bis „best supportive care“ reichend.

Ergebnisse

Es wurden 661 Patienten in diese Studie eingeschlossen. Bei 356 Patienten (54 %) wurden Rezidive diagnostiziert. Die Verteilung der Rezidivlokalisationen war: ausschließlich intrahepatisch (66 %), ausschließlich extrahepatisch (12 %) und sowohl extra- als auch intrahepatisch (22 %).

Die multivariate Analyse ergab die folgenden Outcome-bestimmenden Parameter: Intervall zwischen primärer Operation und Rezidiv; durchgeführte Therapie des Rezidivs; Größe des Rezidivs; BCLC-Stadium des Rezidivs und α -Fetoprotein zum Zeitpunkt des Rezidivs.

Sowohl die erneute Resektion (medianes Überleben nach Diagnose des Rezidivs: 56 Monate, 5-Jahres-Überlebensrate[-JÜR]: 47 %) als auch die Lebertransplantation (medianes Überleben nach Diagnose des Rezidivs: 78 Monate, 5-JÜR: 51 %) zeigten gute Ergebnisse bei der Behandlung eines HCC-Rezidivs.

Diskussion

Die hier vorgestellte Arbeit zeigt an einem großen Patientenkollektiv die Therapie von HCC-Rezidiven nach initial kurativer Resektion. Insbesondere der Stellenwert der Reresektion bzw. der Lebertransplantation wird hervorgehoben. Die Autoren stellen einen hervorragenden Algorithmus zur Entscheidungsfindung beim Vorliegen eines HCC-Rezidivs vor.

Fazit

Die Therapie eines HCC-Rezidivs umfasst das volle Spektrum therapeutischer Optionen. Je nach Tumorlast und -lokalisation sollte für den Patienten ein individueller Therapieansatz gewählt werden, der auch Reresektionen oder Transplantationen umfassen kann.

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.