

Chirurgie bei verschwundenen kolorektalen Lebermetastasen

Originalpublikation

Bischof DA, Clary BM, Maithel SK et al (2013) Surgical management of disappearing colorectal liver metastases. Br J Surg 100:1414–1420

Hintergrund und Fragestellung

Aufgrund Verbesserungen der systemischen Therapie und aufgrund einer Ausweitung der Indikationen zur Leberresektion sehen wir als Chirurgen immer häufiger Patienten, bei denen kolorektale Lebermetastasen unter einer Chemotherapie in der Bildgebung verschwunden sind. Verschwundene Lebermetastasen (VLM) sind zwar als Korrelat für ein gutes Ansprechen auf die Chemotherapie ein günstiges prognostisches Zeichen, stellen jedoch oft ein Dilemma bei interdisziplinären onkologischen Therapieentscheidungen dar, weil die Datenlage bezüglich des Vorgehens bei VLM unzureichend ist.

Methoden

Bischof und Kollegen haben die vorhandenen Studien zu VLM kolorektaler Karzinome in einer Review-Arbeit zusammengefasst. Berücksichtigt wurden zwischen 01/2000 und 12/2012 veröffentlichte Studien, in denen VLM kolorektaler Karzinome nach präoperativer Chemotherapie beschrieben wurden.

Ergebnisse

Die Datenlage zu VLM ist aus mehreren Gründen komplex. Von VLM wird bei einem kompletten Ansprechen der Metastasen in der (präoperativen) Schnitt-

bildgebung gesprochen. Der Nachweis der Lebermetastasen hängt aber einerseits von der Sensitivität und Spezifität der eingesetzten Bildgebung ab und andererseits von der Größe der jeweiligen Läsion und der Dauer der Chemotherapie. Unter Chemotherapie kommt es neben dem Ansprechen der Metastasen auch zu parenchymatösen Veränderungen der Leber (Steatose, Steatohepatitis), die zu einer erschwerten Abgrenzbarkeit der Metastasen führen können. Eine Metaanalyse zum Nachweis kolorektaler Lebermetastasen nach Chemotherapie ergab für die Magnetresonanztomographie (MRT) mit 85,7% die höchste Sensitivität, gefolgt von 69,9% für die Computertomographie (CT), 54,5% für die Positronenemissionstomographie (PET) und 51,7% für die PET-CT [1]. In Abhängigkeit von der präoperativ eingesetzten Bildgebung, der Lokalisation der Metastasen, der Steatose sowie der Sorgfalt und Erfahrung der Operateure können 25–45% der laut Bildgebung VLM intraoperativ makroskopisch nachgewiesen werden. Ein komplettes pathologisches Ansprechen wird je nach Studie bei 15–70% der VLM berichtet. VLM sind deshalb keinesfalls mit einer kompletten klinischen und pathologischen Response der jeweiligen Läsion gleichzusetzen. Die wenigen Studien zum Outcome nach Resektion von VLM legen nahe, dass das Risiko für Rezidivmetastasen steigt, wenn VLM in situ belassen werden. Es konnte jedoch kein Einfluss der Resektion von VLM auf das Gesamtüberleben der Patienten gezeigt werden.

Diskussion

Anhand der aktuellen Datenlage bleibt weiterhin unklar, ob es sinnvoll ist, bei

verschwundenen kolorektalen Lebermetastasen eine Resektion durchzuführen. Diese Frage ist insbesondere für Patienten relevant, bei denen primär irresektable Lebermetastasen nach Chemotherapie durch Verschwinden einzelner Läsionen in einer laut Bildgebung resektablen Zustand überführt wurden. Aufgrund der Diskrepanz zwischen radiologischem, klinischem und pathologischem Ansprechen und dem resultierenden Rezidivrisiko sollte es Ziel einer Leberresektion bei Metastasen sein, alle ursprünglich betroffenen Areale (also auch VLM) zu entfernen. Sollte dies nicht mit akzeptablem Risiko möglich sein, ist es gerechtfertigt, alle noch nachweisbaren Metastasen zu entfernen und die Lokalisationen von VLM in der Nachsorge gezielt zu überwachen und bei einem Rezidiv falls möglich sekundär anzugehen.

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.

Literatur

1. Kessel CS van, Buckens CF, Bosch MA van den et al (2012) Preoperative imaging of colorectal liver metastases after neoadjuvant chemotherapy: a meta-analysis. Ann Surg Oncol 19:2805–2813