Rolle der Viszeralchirurgie bei Oligometastasierung

Das Konzept einer oligometastatischen onkologischen Erkrankung wurde erstmalig von Hellman und Weichselbaum propagiert und definiert einen intermediären Zustand zwischen einem lokal beschränkten Tumorstadium und dem Vorliegen einer „echten“ polytop fernmetastasierten Erkrankung [1]. Zumeist werden für die Definition eines oligometastasierten Stadiums weniger als 5 Metastasen innerhalb eines Organes zugrunde gelegt. Detailliertere Angaben zur Größe oder zum Befall anderer Organsysteme sowie auch zur je nach Tumorentität therapeutischen Vorgehensweise gibt es allerdings nicht. Bei einigen Tumorentitäten hat das Konzept der Oligometastasierung bereits Einzug in die Standardtherapien gefunden, wie beispielsweise die chirurgische Resektion hepatischer Metastasen beim Kolonkarzinom, pulmonaler Metastasen bei Sarkomen oder die Resektion von Hirnmetastasen beim nichtkleinzelligen Bronchialkarzinom.

» Ziel beim oligometastasierten KRK ist eine vollständige Tumormassenreduktion

Insbesondere bei kolorektalen Karzinomen (KRK) mit einer limitierten Metastasierung kann sowohl in der synchronen als auch metachronen Situation durch eine komplette Tumoresektion ein onkologischer Benefit erzielt werden. Die European Society for Medical Oncology (ESMO) definiert den Begriff der Oligometastasierung in ihren Consensus-Guidelines zum kolorektalen Karzinom als eine auf wenige Organe oder Läsionen begrenzte Erkrankung, bei welcher der Einsatz lokal ablativer Verfahren das kli-

nische Outcome der Patienten verbessern kann. Während Patienten mit einem KRK im UICC (Union internationale contre le cancer) -Stadium IV früher ausschließlich chemotherapiert wurden, ist durch multimodale Kombinationen aus systemischer Therapie, chirurgischer Resektion und lokalen Behandlungsoptionen die Prognose dieser Patienten mit Überlebensraten von >50 % signifikant verbessert worden. Die Therapiestrategie bei diesen Patienten mit oligometastasiertem kolorektalem Karzinom basiert dabei auf einer vollständigen Tumormassenreduktion. Patienten mit primär nichtresektablen Lebermetastasen sollten unter Beachtung der Lokalisation des Primärtumors möglichst einer hochaktiven Konversionstherapie zugeführt werden. Lokale und regionale Therapieverfahren sind eine wichtige Säule im multimodalen Therapiekonzept bei primär nicht vollständig resektablen kolorektalen Lebermetastasen. Bei ausgewählten Patienten sind derartige Therapien auch sinnvoll in Kombination mit Systemtherapien und ggf. chirurgischer Resektion eher frühzeitig im Behandlungsverlauf einsetzbar. Bei nichtresektablen kolorektalen Lebermetastasen mit isoliertem hepatischem Befall zeigen Daten zur Lebertransplantation Erfolg versprechende Ergebnisse (Binnebösel M. et al.).

Im Gegensatz dazu ist bei Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes (OGI) der Stellenwert der Chirurgie bei Oligometastasierung bisher nicht abschließend geklärt, auch wenn retrospektive Analysen im Kontext einer multimodalen Therapie einen Überlebensvorteil suggerieren. Die aktuelle S3-Leitlinie für ösophagogastrale Karzinome spricht jedoch auf Basis der bisherigen Datenlage

keine Empfehlung für eine chirurgische Therapie aus. Ziel der präoperativen Selektion muss es daher sein, Patienten mit einer vergleichsweise wenig aggressiven Tumorbiologie zu identifizieren, die von einem chirurgischen Vorgehen oder anderen lokal-therapeutischen Maßnahmen nach stattgehabter Chemotherapie profitieren. Die Ergebnisse der prospektiv-randomisierten Studien RENAISSANCE/FLOT-5 und GASTRIP-EC werden mit Spannung erwartet, um die Wertigkeit der Chirurgie bei Oligometastasierung auf das Gesamtüberleben zu definieren (*Beckert S. und Königsrainer A.*).

Resezierende Eingriffe im metastasierten Stadium beim dukalen Adenokarzinom des Pankreas haben heute, entsprechend den aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien, keinen generellen Stellenwert und werden nicht empfohlen. Dies trifft auf die Mehrzahl der Patienten im Stadium IV beim dukalen Adenokarzinom des Pankreas zu, insbesondere wenn es sich um ein diffuses Metastasierungsmuster handelt. Eine differenzierte Betrachtung der vorliegenden Studien, trotz unzureichender Kontrollgruppen sowie unterschiedlicher perioperativer Chemotherapien, lassen jedoch vorsichtige Hinweise erkennen, dass es möglicherweise Patienten im oligometastasierten Stadium gibt, die von einer Tumor- und Metastasenresektion mit Überlebensraten von 11 bis 14 Monaten nach Resektion profitierten könnten (*Gebauer F. et al.*).

Demgegenüber stehen die unterschiedlichen Typen neuroendokriner Tumoren (NET), bei denen Patienten selbst im metastasierten Stadium bei G1-Tumoren ein 5-Jahres-Überleben bis zu 83 % haben. Zudem weisen ungefähr 20 % der Dünndarm-NET zusätzlich eine Hormonaktivität auf, die das Überleben und die Lebensqualität zusätzlich beeinflussen kann. Bei der individuellen Therapieentscheidung muss daher die spezielle Tumorbiologie dieser Tumoren, mehr als bei anderen Tumorentitäten, Berücksichtigung finden. Die chirurgische Resektion hat bei neuroendokrinen Tumoren entsprechend einen hohen Stellenwert, insbesondere wenn eine R0-Resektion möglich erscheint. Eine

Oligometastasierung der Leber und des Lymphabflusssystems können somit sinnvoll chirurgisch angegangen werden. Bei ausgewählten Patienten kann bei einem isolierten Befall der Leber eine Lebertransplantation erwogen werden, bei einer Peritonealkarzinose eine Zytoreduktion. Selbst ein Tumordebülking kann vor allem bei hormonaktiven Tumoren mit einem konservativ nicht beherrschbaren Karzinoidsyndrom zur Verbesserung der Lebensqualität und des Überlebens führen (*Bösch F. et al.*).

» Die chirurgische Resektion hat bei NET einen hohen Stellenwert

Motiviert durch die Behandlungserfolge beim hepatisch metastasierten kolorektalen Karzinom steigt auch die Bedeutung der chirurgischen Resektion bei Oligometastasen nichtgastrointestinaler Tumoren. Aufgrund des unterschiedlichen Ansprechens auf moderne multimodale Therapiekonzepte sollten die einzelnen Tumorentitäten (Nierenzellkarzinom, Mammakarzinom, malignes Melanom/Aderhautmelanom) differenziert betrachtet werden. Durch das verbesserte Überleben beim nichtkleinzelligen Bronchialkarzinom (NSCLC) unter individualisierter Therapie werden auch hierbei zunehmend chirurgische Resektionen bei Oligometastasierung durchgeführt. Daher kann die chirurgische Resektion bei Oligometastasierung vornehmlich in der Leber nichtgastrointestinaler Tumoren erwogen werden, wobei die Größe der Leberresektion keinen Einfluss auf die onkologische Prognose hat, vielmehr ein krankheitsfreies Intervall von >12 Monaten, ein Ansprechen auf eine vorherige systemische Therapie und das Erreichen einer R0-Resektion prognostisch günstige und damit patientenspezifische Selektionskriterien für chirurgische Vorgehensweisen sind (*Wahba R. et al.*).

Prof. Dr. Christiane J. Bruns

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C. J. Bruns

Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Universitätsklinikum Köln
Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Deutschland
christiane.bruns@uk-koeln.de

Interessenkonflikt. C. J. Bruns gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Hellmann S, Weichselbaum RR (1995) Oligometastases. *J Clin Oncol* 13(1):8–10