Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S84

<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0849-9>

Online publiziert: 13. Februar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Originalpublikation

Ebata T, Mizuno T, Yokoyama Y et al (2017) Surgical resection for Bismuth type IV perihilar cholangiocarcinoma. Br J Surg. <https://doi.org/10.1002/bjs.10556>

Hintergrund. Perihiläre Gallengangskarzinome Bismuth Typ IV galten lange Zeit als nicht resektabel. Resektionen wurden bisher nur in kleineren Fallserien beschrieben. Ebata et al. aus Nagoya berichten nun in einer retrospektiven Studie über ihre Ergebnisse einer resektionsbasierten Strategie zur Behandlung von Bismuth-Typ-IV-Tumoren.

Methoden. Es wurde eine retrospektive Analyse aller zwischen 2006 und 2015 wegen eines Bismuth-Typ-IV-Tumors behandelten Patienten durchgeführt. Primäre Zielgrößen waren Morbidität, Mortalität und Überleben. Das präoperative Staging erfolgte mittels Computertomographie, Cholangiographie und Ultraschall. Es erfolgte eine biliäre Drainage der zukünftigen Restleber, wobei eine nasobiliäre Sonde präferiert wurde. Bei einem Volumen der zukünftigen Restleber <40 % wurde eine Pfortaderembolisation 2 bis 6 Wochen präoperativ durchgeführt. Die Leberfunktion wurde präoperative mittels Indocyaningrün-Clearance bestimmt. Eine Resektion erfolgte bei einem Serumbilirubin <34 µmol/l. Postoperativ erfolgte bei entsprechendem All-

O. Strobel · M. W. Büchler

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Perihiläres Gallengangskarzinom Bismuth Typ IV: Resektion oft möglich

gemeinzustand eine Chemotherapie mit Gemcitabine/Cisplatin oder mit S1.

Ergebnisse. Von 666 Patienten mit perihilärem Cholangiokarzinom hatten 332 (49,8 %) Bismuth-Typ-IV-Tumoren. Von diesen wurden 216 (65,1 %) reseziert. Eine linksseitige Trisektorektomie war die häufigste Resektionsform ($n = 112$; 51,9 %) gefolgt von Hemihepatektomie links und rechtsseitiger Trisektorektomie (je 19 %). Das Segment 1 wurde immer mitreseziert. Eine kombinierte Gefäßresektion erfolgte bei 131 (60,6 %) Patienten. Eine R0-Resektion wurde bei 156 (72,2 %) Patienten erreicht. Komplikationen Grad III (Dindo-Clavien) traten in 90 (41,7 %) Patienten auf, wobei Lebersversagen (31 %) und Gallelecks (26,4 %) dominierten. Die 90-Tage-Mortalität betrug 1,9 % ($n = 4$). Patienten, bei denen eine Resektion durchgeführt wurde, hatten ein 5-Jahres-Überleben von 32,8 %; signifikant länger als ohne Resektion (1,5 %; $p < 0,001$). Patienten mit pN0M0 hatten ein 5-Jahres-Überleben von 53 %. Eine perkutane biliäre Drainage, Bluttransfusionen, pN1 und pM1 waren unabhängige Prädiktoren für ein kürzeres Überleben nach Resektion.

Diskussion. Die Autoren folgern, dass Resektionen für Bismuth-Typ-IV-Tumoren zwar technisch anspruchsvoll und mit hoher Morbidität assoziiert sind, jedoch mit niedriger Mortalität durchführbar und dann mit einem verbesserten Überleben assoziiert sind.

Es muss betont werden, dass die Studie aus einem ausgewiesenen Zentrum für die Chirurgie perihilärer Cholangio-

karzinome stammt. Die guten Ergebnisse basieren sicherlich auf hoher Erfahrung nicht nur bezüglich der Resektion selbst, sondern auch bezüglich Patientenselektion, präoperativer Vorbereitung und perioperativem Management. Die Studie zeigt jedoch klar, dass bei hoher Expertise auch Bismuth-Typ-IV-Tumoren mit guten Ergebnissen reseziert werden können. Patienten mit Bismuth-Typ-IV-Tumoren sollten daher nicht einfach einer palliativen Therapie zugeführt werden, sondern in Tumorboards ausgewiesener Zentren vorgestellt werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. O. Strobel

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

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

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2017) 88:707–707. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0477-1>