

19. Dezember 2011

Update Lebertumorthherapie

Die Lebertumorthherapie hat in den letzten Jahren dank moderner Verfahren eine starke Dynamik entwickelt. Mit der chirurgischen Resektion, Transplantation, interventionellen Verfahren sowie neuen systemischen Ansätzen steht ein breites Spektrum an Therapieoptionen zur Verfügung. Die verschiedenen Methoden sind als komplementär anzusehen und setzen daher eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit voraus. Auf der Fortbildungsveranstaltung „Update Lebertumorthherapie“ des Universitätsklinikums Regensburg berichteten die Referenten über den aktuellen Stand, neue Forschungsergebnisse und klinische Interventionen sowie über die anzustrebenden Ziele und notwendigen Verbesserungen, damit das komplette Arsenal optimal zum Einsatz kommen kann.

Die Chirurgie ist immer noch die einzige kurative Option in der Lebertumorthherapie, betonte Prof. Hans Jürgen Schlitt, Regensburg. Eine Rolle für die Resektabilität spielen mehrere Parameter wie die Funktionsreserve der Leber, Tumorzahl, Allgemeinzustand, mögliche Sicherheitsabstände, die extrahepatische Tumoralast sowie vor allem auch die Einschätzung und Erfahrung des Chirurgen. Häufig werden die Patienten den Chirurgen aber gar nicht vorgestellt oder erst, nachdem sie bereits eine Chemotherapie erhalten haben, berichtete Schlitt. Die Beurteilung einer R0-Resektabilität sei häufig inadäquat, ebenso die Diagnostik in der metastasierten Situation. Die Konsequenzen daraus zeigte eine retrospektive Analyse von 884 Patienten am Tumorzentrum Regensburg, die im Jahr 2002 an einem kolorektalen Karzinom erkrankt waren und mindestens 5 Jahre nachbeobachtet wurden. 236 Patienten (26,7%) entwickelten Lebermetastasen. Von diesen 236 Patienten wurden 45 (19%) reseziert an insgesamt 30 Kliniken. In den beiden größten Einrichtungen lag die Resektionsquote jedoch mit 28,3% um fast 10% höher und zeigt damit, dass noch ein großer Spielraum besteht – ein Spielraum mit weitreichenden Folgen, wenn man berücksichtigt, dass die 5-Jahresüberlebensrate der resezierten Patienten bei etwa 40% liegt im Vergleich zu nur 4% bei den nicht-resezierten Patienten. Die Patientenversorgung könnte nach Ansicht von Schlitt verbessert werden, wenn die Resektabilität von Metastasen durch einen in der Metastasenchiurgie erfahrenen Chirurgen bewertet wird. Des Weiteren sei es wichtig, alle Patienten vor einer Chemotherapie in der Chirurgie vorzustellen und jeden Fall interdisziplinär zu diskutieren. Auch sollten die Patienten möglichst in Studien eingeschlossen werden. Ziel eines Projekts des Universitätsklinikums Regensburg in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum Regensburg ist es, prospektiv alle Patienten mit Lebermetastasen zu erfassen und in zentralen Lebertumorboards zu reviewen. Die Therapieempfehlung erhält der Zuweiser, auch soll die Therapie regional vorgenommen werden. Als Incentive ist eine Fallprämie vorgesehen.

Interventionelle Verfahren

Als ergänzende oder alternative Verfahren neben der Leberteilresektion stehen regionale

Therapieverfahren wie die Radiofrequenzablation (RFA), die transarterielle Chemoembolisation (TACE) oder die selektive interne Radiotherapie (SIRT) zur Verfügung. Eine TACE ist zwar keine radikale Methode, führt aber beim hepatozellulären Karzinom (HCC) zu einer Überlebenszeitverlängerung, erläuterte Prof. Christian Stroszczynski, Regensburg. Einschlusskriterium für eine SIRT ist ein hepatisch dominantes Tumorleiden, wenn eine Resektabilität oder RFA nicht sinnvoll bzw. möglich ist und der Patient eine Lebenserwartung von mehr als 12 Wochen hat. Zu den Ausschlusskriterien zählen ein Aszites sowie eine schlechte Leberfunktion. Bei diesem innovativen Verfahren wird Yttrium als Strahler an Resinpartikel gebunden. Diese Microspheres (SIR Spheres®) werden über eine Arterie direkt in die Leber eingebracht. Dort sammeln sie sich in den Tumor-versorgenden Blutgefäßen und geben die Strahlung punktgenau an die Krebszellen ab, was zu einer bis zu 100%igen Abtötung der Tumorzellen führt, versicherte Stroszczynski. In der Regel wird eine SIRT einmalig durchgeführt. In der rekrutierenden klinischen Phase-III-Studie SIRFLOX, in die 450 Patienten mit nicht vorbehandeltem kolorektalen Karzinom und nicht resektablen Lebermetastasen eingeschlossen werden sollen, werden SIR Spheres® plus FOLFOX vs. FOLFOX mit oder ohne Bevacizumab untersucht werden. Eine vergleichbare Phase-III-Studie (FOXFIRE) wird in Großbritannien durchgeführt. Eine neue Option stellt die SIRT auch bei neuroendokrinen Tumoren, beim malignem Melanom und beim cholangiolären Karzinom (CCC) dar.

Systemische Therapie

Für das HCC konnte erstmals die internationale multizentrische und placebokontrollierte Phase-III-Studie SHARP mit 602 Patienten eine Verlängerung des Gesamtüberlebens von 7,9 auf 10,7 Monate unter Sorafenib nachweisen, berichtete PD Dr. Frank Klebl, Regensburg. Zur Zeit werden mehrere Kombinationstherapien geprüft. So führt die Kombination TACE plus Sorafenib zu einem verlängerten Gesamtüberleben. Darüber, ob die Kombination tatsächlich besser ist als TACE allein, wird die Studie SPACE Aufschluss geben. Die Studie SORAMIC untersucht bei 665 Patienten die Effektivität der Kombination von Sorafenib mit minimal-invasiven Therapien wie RFA oder Radioembolisation/SIRT beim HCC und die Phase-III-Studie STORM, ob Sorafenib zur adjuvanten Therapie bei primärem HCC nach RFA ein Rezidiv verhindern kann.

as

Update Lebertumorthherapie, Universitätsklinikum Regensburg, 16.11.2011

Quelle: