Gastroenterologe 2014 · 8:xx–xx
DOI 10.1007/s11377-014-0878-3
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Stiftung LebensBlicke
Geschäftsstelle
Schuckertstraße 37
67063 Ludwigshafen
Telefon: 0621- 54 93 06 1611
Fax: 0621- 54 93 06 1613
stiftung@lebensblicke.de
www.lebensblicke.de

Redaktion
J.F. Riemann, Ludwigshafen

Interview mit Professor Dr. Hauke Lang

Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral und Transplantationschirurgie der Universitätsmedizin Mainz

▲ **Prof. Dr. Hauke Lang**

Lebermetastasen beim kolorektalen Karzinom haben dank exzellenter neuer diagnostischer wie therapeutischer Verfahren ihren ganz großen Schrecken verloren. Heute können Betroffene sogar noch in einem solchen Stadium mit Aussicht auf Heilung behandelt werden.

Leider bekommen aber überhaupt nur ca. 20-30% der Patienten die Chance, einem Spezialisten vorgestellt zu werden. Die Stiftung LebensBlicke sieht auch die Tertiär-Prävention, also die Nachsorge nach operativen Eingriffen wegen eines Dickdarmkarzinoms, als eine wichtige und notwendige Aufgabe an.

Woran die "Zurückhaltung" liegt, was man heute tun kann und wer in Frage kommt, darüber sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (JFR) mit dem Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral und Transplantationschirurgie der Universitätsmedizin Mainz Prof, Dr. Hauke Lang (HL).

JFR: Was ist die Rationale für eine sinnvolle Metastasen-Chirurgie?

HL: Die Leber ist der häufigste und bei den meisten Patienten zudem der einzige Ort von Fernmetastasen des kolorektalen Karzinoms. Diese tumorbiologische Besonderheit ist die Rationale für alle regionalen Therapiekonzepte, insbesondere natürlich für die operative Entfernung von Lebermetastasen. Aus Daten zum natürlichen Verlauf des hepatisch metastasierten kolorektalen Karzinoms vor Einführung potenter Zytostatika ist bekannt, dass die Leberresektion bei ca. 20-30% der Patienten ein Langzeitüberleben erzielt. Neuere Daten, basierend auf der Einbettung der Resektion in multimodale Therapiekonzepte (Zusammenwirken verschiedener Therapieansätze unterschiedlicher Disziplinen), zeigen sogar noch deutlich bessere Überlebensraten.

JFR: Welche diagnostischen und therapeutischen Fortschritte haben diese neue Strategie möglich gemacht?

HL: Die größten Fortschritte in der Therapie des metastasierten kolorektalen Karzinoms basieren auf der Weiterentwicklung der Operationstechnik, die zu einer deutlichen Reduktion der perioperativen Mortalität (aktuell <1%) geführt hat, sowie auf wesentlich besserer Wirksamkeit der modernen Chemotherapie, die die Resektabilität dramatisch steigern können. Hinzu kommt, dass moderne bildgebende Verfahren ein exakteres Staging erlauben. Durch genaue Visualisation von Anzahl, Größe und Lokalisation der Metastasen sowie Nachweis bzw. Ausschluss extrahepatischer Tumormanifestationen können explorative Laparotomien weitgehend vermieden (im eigenen Patientengut < 5%) und die Rate an potentiell kurativen Resektionen erhöht werden.

JFR: Was sind die Gründe dafür, dass derzeit die Möglichkeiten der Resektion von Lebermetastasen nicht in dem Umfang wahrgenommen werden wie sie machbar wären?

HL: Ein wichtiger Grund ist sicherlich, dass die heutigen Möglichkeiten der Leberchirurgie, insbesondere der Metastasenchirurgie im Verbund mit modernen Chemotherapiekonzepten, nach wie vor nicht ausreichend bekannt sind. Daher werden viele Patienten mit Lebermetastasen nicht in einem Zentrum für Leberchirurgie vorgestellt, sondern häufig in Krankenhäusern behandelt, deren Hauptexpertise die (chirurgische) Therapie des Primärtumors darstellt. Da die Resektabilität von Lebermetastasen häufig relativ ist und sehr von der Expertise des Chirurgen abhängt, werden vielfach Befunde als irresektabel eingeschätzt, die in einem Zentrum für Leberchirurgie möglicherweise als resektabel eingestuft und potentiell kurativ behandelt werden würden.

JFR: Welche Patienten profitieren auch von einer ausgedehnten Resektion?

HL: Prinzipiell profitieren alle Patienten, bei denen durch die Resektion alle sichtbaren Metastasen entfernt werden, also eine Ro-Situation erreicht werden kann. Diesen Patienten eröffnet die Resektion die Chance auf Heilung. Zudem benötigen diese Patienten, sofern sie nicht in ein neoadjuvantes/adjuvantes Therapiekonzept eingebunden sind, zunächst einmal nach Ro-Resektion keine Chemotherapie mehr. Allerdings haben Patienten mit multiplen Metastasen, die zu-

dem kurz nach der Diagnose des Primärtumors aufgetreten sind, ein deutlich höheres Rezidivrisiko. Das Rezidivrisiko kann bereits präoperativ durch mehrere Scores abgeschätzt werden. Somit profitieren diejenigen Patienten am meisten, die ein sehr niedrig geschätztes Rezidivrisiko haben.

JFR: Wie ist die Lebensqualität nach ausgedehnten Eingriffen?

HL: In aller Regel erholen sich Patienten selbst nach ausgedehnten Leberresektionen sehr schnell. Eine unkomplizierte Leberresektion hat keine langfristigen Auswirkungen auf die Lebensqualität, da die Leber ihre Größe und Funktion innerhalb weniger Wochen regeneriert.

JFR: Welche Voraussetzungen muss ein Operateur mitbringen, um diese Eingriffe durchführen zu können?

HL: Selbstverständlich muss ein Operateur über umfangreiche Erfahrung in der Leberchirurgie verfügen. Dies setzt detaillierte Kenntnisse der Leberanatomie, die Fähigkeit zur intraoperativen anatomischen Orientierung während der Resektion sowie selbstverständlich auch das Beherrschen sämtlicher manuell-technischer Aspekte der Leberchirurgie (Techniken der Parenchymdissektion und der Blutungskontrolle und -stillung) voraus. Obwohl kolorektale Lebermetastasen nur selten in große Gefäße infiltrieren, sollten auch Techniken der Gefäßresektion und -rekonstruktion zum Repertoire eines Leberchirurgen, weshalb Erfahrung in der Transplantationschirurgie besonders hilfreich ist. Neben diesen technischen Aspekten muss der Operateur aber auch mit Alternativen zur Induktion einer sekundären Resektabilität (Down-sizing Chemotherapie, two-stage procedures etc.) vertraut sein, um optimale Resektabilitätsraten und bestmögliche Therapieergebnisse, insbesondere eine geringe Morbidität und Mortalität, zu erzielen. Für die richtige Indikationsstellung ist die Kenntnis von Risikofaktoren für die postoperative Morbidität und ein postoperatives Leberversagen essentiell.

JFR: Welche Rolle spielt die Interdisziplinarität, also das Zusammenwirken vieler Fachdisziplinen?

HL: Viele Patienten haben eine primär nicht resektable Metastasierung. Die modernen Chemotherapien erzielen ein hohes Ansprechen, ohne jedoch eine Heilung zu erreichen. Andererseits kann ein großer Anteil dieser Patienten sekundär einer Resektion unterzogen werden, wodurch das Überleben signifikant verbessert wird. Auch bei primär resektabler Metastasierung führt die alleinige chirurgische Therapie nur in etwa 20-30% der Fälle zur Heilung, sodass ein großer Anteil dieser Patienten eine zusätzliche Chemotherapie benötigen bzw. die Operation initial schon in ein multimodales Konzept eingebunden werden sollte. Im Falle einer irresektablen, auf die Leber beschränkten Metastasierung kann bei Unwirksamkeit der Chemotherapie ein regionales Therapieverfahren, üblicherweise durch die interventionelle Radiologie, eingesetzt werden. Die optimale Therapieform und -sequenz muss daher interdisziplinär gefunden werden. Dies ist besonders wichtig, wenn bereits initial ein Stadium IV vorliegt. Hier müssen die verschiedenen Therapiemodalitäten in Anhängigkeit von Ausdehung und Sitz des Primärtumors (Kolon, Rektum, asymptomatisch, symptomatisch) und Lebermetastasierung (resektabel, sekundär resektabel, irresektabel) genau aufeinander abgestimmt werden.

JFR: Welche Rolle spielen nicht-chirurgische Verfahren wie z.B. die Radiofrequenzablation oder die Chemoembolisation (TACE) mit welchen Ergebnissen?

HL: Die Leberresektion gilt als Goldstandard in der Therapie resektabler Lebermetastasen. Eine Radiofrequenzablation hat eine geringere lokale Tumorkontrolle und wird bei sehr umschriebener Metastasierung (<3 Metasten, bis ca. 3 cm) eingesetzt, wenn es einen Grund gegen eine Resektion gibt oder der Patient explizit eine RFA wünscht. Die Rationale der TACE-Therapie leitet sich aus der prädominanten arteriellen Blutversorgung von Lebermetastasen ab. Für diese Therapie gibt es jedoch keinen medizinisch nachgewiesenen Nutzen.

JFR: Ist ein zertifiziertes Zentrum ein Erfolgskriterium?

HL: Für die optimale Therapie eines Patienten ist die Expertise verschiedener Fachdisziplinen essentiell. Für eine Zertifizierung ist die Verfügbarkeit dieser Disziplinen und Expertise Voraussetzung und damit vorhanden. Inwieweit die interdisziplinäre Zusammenarbeit dieser Disziplinen jedoch tatsächlich funktioniert, kann durch die Zertifizierung allein nicht garantiert werden. Andererseits kann eine entsprechende Zusammenarbeit und Expertise in Kliniken vorliegen, die aus unterschiedlichen, z.B. finanziellen Gründen keine Zertifizierung anstreben.

JFR: Ist die Information der breiten Bevölkerung über ein solch schwieriges Thema sinnvoll und wenn ja, warum?

HL: Die Information aller Betroffenen ist sehr sinnvoll und notwendig. Viele Patienten suchen aus eigenem Antrieb Zentren für Leberchirurgie auf, um eine Zweitbeurteilung ihrer Behandlungsoptionen zu erhalten. Patienten, die nicht in der Lage sind, sich entsprechende Informationen (meist aus dem Internet) über Therapieoptionen und Referenzzentren zu organisieren, erhalten somit ggf. nicht die optimale Therapie.

JFR: Herr Prof. Lang, ich danke Ihnen sehr für dieses umfassende und informative Interview