

CRC und Lebermetastasen: An sekundäre Resektion denken

In Deutschland werden nur 3 bis 4 % dieser Patienten sekundär reseziert

Im Blickpunkt



BOCHUM – Patienten mit kolorektalem Karzinom (CRC) und ausschließlich Lebermetastasen haben trotz der fortgeschrittenen Erkrankung eine 25%ige Heilungschance, wenn die Lebermetastasen komplett reseziert werden können. Das gilt auch für primär inoperable Patienten, die unter neoadjuvanter Chemotherapie sekundär resektabel werden. Das Problem: Die sekundäre Resektabilität wird in Deutschland viel zu selten durchgeführt – anders als z.B. in Frankreich, betont Professor Dr. Wolff Schmiegel, Bochum.

Von etwa 70 000 neu diagnostizierten Patienten mit CRC pro Jahr weisen etwa 25 %, also knapp 20 000, Organmetastasen auf. 60 bis 70 % dieser Patienten haben bei Diagnosestellung nur Lebermetastasen, von denen 80 % primär nicht operabel sind, erläutert Prof. Schmiegel vom Knappschafts-Krankenhaus der Ruhr-Universität Bochum.

Während aber beispielsweise in Frankreich bei 15 bis 20 % dieser Patienten eine sekundäre Resektabilität angestrebt wird, sind es in Deutschland gerade einmal 3 bis 4 %. Dies, so Prof. Schmiegel, muss sich dringend ändern, denn: Die klinische Erfah-

rung zeigt, dass 25 % der sekundär operierten Patienten nach fünf Jahren tumorfrei weiterleben und damit die gleiche Überlebenschance haben wie primär operable Patienten.

Voraussetzung ist ein Tumorboard

Das Bewusstsein für diese Problematik muss geschärft werden. Dank neuer Substanzen hat sich die systemische Behandlung des CRC in den letzten Jahren deutlich verbessert. Die Patienten sprechen auf die neuen Chemotherapieregime besser und schneller an, was die Chance auf eine sekundäre Resektabilität erhöht und die Anzahl der infrage kommenden Patienten erweitert hat.

Ob und wie eine sekundäre Resektabilität anzustreben ist, muss jedoch angesichts der Komplexität der Fragestellungen und der individuellen Krankheitsverläufe in einem interdisziplinären Tumorboard besprochen werden, erklärt Prof. Schmiegel.

Das gilt auch für die niedergelassenen Kollegen, denen Prof. Schmiegel empfiehlt, mit einem interdisziplinären Tumorboard zusammenzuarbeiten und Patienten, die möglicherweise für eine sekundäre Resektion infrage kommen, dort vorzustellen. Leider nehmen die niedergelassenen Kollegen das Angebot, an den interdisziplinären Tumorkonferenzen teilzunehmen, nicht flächendeckend wahr.

Interdisziplinäre Tumorkonferenzen, so Prof. Schmiegel, sind je-



Prof. Dr. Wolff Schmiegel
Knappschafts-Krankenhaus der Ruhr-Universität, Bochum

doch das Rückgrad der Tumorbehandlung. Das Tumorboard muss sich aus ausgewiesenen Experten der an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen zusammensetzen: einem Chirurgen, einem Radiologen, einem Onkologen und einem Gastroenterologen.

Patienten, bei denen eine sekundäre Resektabilität in Betracht zu ziehen ist, sind vor allen Dingen jene mit vereinzelt größeren Metastasen, die aufgrund ihrer Lokalisation oder Größe nicht primär operabel sind. Das Alter des Patienten spielt bei der Entscheidung eine untergeordnete Rolle, da die perioperative Morbidität und Mortalität gering ist. Wichtig ist jedoch, dass keine klinisch relevanten Komorbiditäten vorliegen. Dazu zählen insbesondere Organfunktionseinschränkungen an Herz oder Lunge, die eine Operabilität grundsätzlich infrage stellen und natürlich vorbestehende Schäden an der Leber selbst.

Welche Chemotherapie verabreichen?

Wird eine sekundäre Resektabilität angestrebt, erhalten die Patienten

eine neoadjuvante, d.h. intensiviertere Polychemotherapie, die eine hohe Chance auf ein schnelles und zuverlässiges Tumoransprechen bietet. Welches Regime infrage kommt, wird im Einzelfall im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenz entschieden. Je jünger der Patient und je robuster sein Gesundheitszustand ist, umso intensiver darf die Chemotherapie sein.

Eine vergleichsweise schnelle Tumorrückbildung wird mit FOLFIRINOX erreicht, einer Dreierkombination mit 5-FU/Folinsäure, Irinotecan und Oxaliplatin. Aber auch Oxaliplatin- bzw. Irinotecan-basierte Zweierkombinationen sind Optionen, die sich im Einzelfall mit einem Antikörper – Cetuximab oder Bevacizumab – kombinieren lassen.

Durch regelmäßige Zwischenuntersuchungen wird gewährleistet, dass der richtige Zeitpunkt für die sekundäre Resektion nicht verpasst wird. „Man darf die Chemotherapie nicht zu früh, muss sie aber auch rechtzeitig beenden, um optimale Voraussetzungen für den operativen Eingriff zu haben“, betont Prof. Schmiegel.

Wann Chemotherapie beenden?

Ziel der palliativen Chemotherapie ist es, ein sog. „Downsizing“ der Metastasen zu erreichen. Die Metastasen sollten sich in Größe und Anzahl deutlich, aber nicht komplett zurückgebildet haben. Untersu-

chungen zeigen, dass nach Chemotherapie mit kompletter Remission, aber ohne Operation, in über 80 % der Fälle ein späteres Rezidiv an der Stelle entsteht, an der die Metastasen saßen. Die komplette Rückbildung der Metastasen würde die Arbeit des Chirurgen erschweren, da nicht mehr klar erkennbar ist, wo er resezierten muss.

Adjuvante Chemo nach R0-Resektion?

Ob Patienten mit R0-Resektion postoperativ von einer adjuvanten Chemotherapie profitieren, ist noch nicht abschließend geklärt. Die Datenlage spricht laut Prof. Schmiegel nicht zwingend für den Einsatz der adjuvanten Chemotherapie. Er empfiehlt sie aber dennoch: „Wir erreichen bei etwa 25 % der sekundär resezierten Patienten eine Dauerheilung, was aber im Umkehrschluss auch bedeutet, dass 75 % rezidivieren. Wir wissen von R0-resezierten Patienten im Stadium III, dass 15 bis 20 % durch eine adjuvante Chemotherapie geheilt werden, weil sie dank der adjuvanten Behandlung ohne Rezidiv bleiben.“

Außerdem verweist Prof. Schmiegel auf eine valide durchgeführte französische Untersuchung (Poitier et al.), in der Patienten mit kolorektalem Karzinom nach sekundärer R0-Resektion der primär inoperablen Lebermetastasen von einer adjuvanten Chemotherapie profitierten.

Birgit-Kristin Pohlmann