

I Informationszentrum
S für
T Standards
O in der
O Onkologie



Lebermetastasen

Auszug aus

Kurzgefasste Interdisziplinäre Leitlinien 2002

Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen

3. Auflage



W. Zuckschwerdt Verlag
München · Bern · Wien · New York

Koordination:

**Informationszentrum für
Standards in der Onkologie (ISTO)**

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Hanauer Landstraße 194
60314 Frankfurt/Main
Tel: (0 69) 63 00 96 - 0
E – Mail: isto@krebsgesellschaft.de

Produkthaftung:

Für Angaben über Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen kann vom Verlag oder den Autoren trotz sorgsamer Erarbeitung keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen oder der Fachinformationen der Hersteller auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

D⁸ Lebermetastasen

D 8.1 Prätherapeutische Diagnostik

Die prätherapeutische Diagnostik betrifft den Primärtumorbereich, das Ausmaß der hepatischen Metastasierung und extrahepatische Tumorabsiedlungen (s. Leitlinien Primärtumor).

Notwendige Untersuchungen der Leber

- ▶ Anamnese und klinische Untersuchung
- ▶ Sonographie Abdomen
- ▶ Spiral-Computertomographie Abdomen
- ▶ Magnetresonanztomographie (MRT) bei diskrepantem Befund der erstgenannten Untersuchungen oder bei Kontrastmittelunverträglichkeit

Im Einzelfall nützliche Untersuchungen

- ▶ Tumormarker (abhängig vom Primärtumor)
- ▶ Laparoskopie (bei fraglicher Operationsindikation)
- ▶ PET (zur Differenzierung unklarer Raumforderungen)

D 8.2 Prätherapeutische mikroskopische Diagnostik

Nach kompletter bildgebender Diagnostik kann auf eine zytologisch-histologische Diagnostik verzichtet werden, wenn eine Resektion geplant ist. Dies gilt jedoch nicht bei unbekanntem Primärtumor. Bei beabsichtigter nicht-chirurgischer Behandlung ist eine vorherige zytologisch-histologische Diagnostik erforderlich, wenn nach Abschluss der nicht invasiven Diagnostik eine erhebliche diagnostische Unsicherheit verbleibt und sich aus dem Biopsieergebnis eine direkte therapeutische Konsequenz ableitet. Die Materialgewinnung erfolgt vorzugsweise mit einer Nadelbiopsie (Menghini bis 1,2 mm), oder bei entsprechender Erfahrung des Untersuchers mit histologischer oder zytologischer Auswertung einer Feinnadelbiopsie (≤ 1 mm).

D 8.3 Neoadjuvante Therapie

Der Effekt neoadjuvanter Therapieverfahren ist nicht belegt. Diese Verfahren sollen nur unter Studienbedingungen zur Anwendung kommen.

D 8.4 Operative Therapie mit kurativem Ziel

Die kurative Therapie erfordert die Resektion aller erkennbaren Metastasen im Gesunden. Ein Sicherheitsabstand von 1 cm sollte eingehalten werden. In Ergänzung zur präoperativen Diagnostik ist die intraoperative Sonographie zur nochmaligen Überprüfung der Resektabilität und zur Festlegung des Resektionsverfahrens notwendig.

Eine Leberresektion ist unter dem Gesichtspunkt der Prognoseverbesserung nicht sinnvoll, wenn

- a) der Tumor nicht im Gesunden (R0-Resektion) entfernt werden kann,
- b) Lymphknotenmetastasen im Ligamentum hepatoduodenale vorliegen oder
- c) extrahepatisches Tumorwachstum nachgewiesen wird.

Dies gilt nicht, wenn ein resektabler Primärtumor, ein resektables lokoregionäres Rezidiv oder einzelne resektable Lungenmetastasen vorliegen.

D 8.5 Postoperative pathohistologische Diagnostik

An die postoperative histologische Aufarbeitung sind folgende Minimalanforderungen zu stellen:

1. Histologische Typisierung und Grading der Metastasen nach den Richtlinien der WHO
2. Anatomische Ausbreitung: Zahl der Metastasen, Lappenbefall (unilobär, bilobär), größter Durchmesser der Metastase(n), Satelliten, Gefäßinvasion, Serosapenetration, Invasion von Nachbarorganen
3. Vollständigkeit der lokalen Tumorentfernung (Untersuchung der Resektionsflächen) zur Festlegung der R-Klassifikation. Bestimmung des minimalen Abstandes zwischen Tumor und Resektionsfläche
4. Im Falle einer vorausgegangenen Chemotherapie soll das Ausmaß der Nekrosen angegeben werden
5. Bei durchgeführter Lymphknotendissektion sollte die Zahl der untersuchten und befallenen Lymphknoten angegeben werden.

D 8.6 Adjuvante Therapie

Die adjuvante regionale Chemotherapie nach R0-Resektion von Lebermetastasen hat kontroverse Ergebnisse gezeigt. Die adjuvante systemische Chemotherapie und Immuntherapie sind in prospektiven Studien bisher nicht untersucht. Adjuvante Therapiemaßnahmen sollen nur unter Studienbedingungen zur Anwendung kommen.

D 8.7 Sonstige Verfahren

Mit kurativem Ziel werden als konkurrierende Therapieverfahren die lokale Tumordestruktion durch interstitielle Laserkoagulation, Kryotherapie, Radiofrequenztherapie u.a. erprobt. Frühergebnisse lassen eine Evaluierung dieser Techniken innerhalb von Studien sinnvoll erscheinen. Bei Patienten mit nicht resektablen Metastasen neuroendokriner Tumoren kann im Einzelfall eine Lebertransplantation indiziert sein.

D 8.8 Palliativmaßnahmen

Die Indikation zu den verschiedenen Palliativmaßnahmen wird vom Primärtumor mitbestimmt (s. Leitlinien Organtumoren).

1. Der Stellenwert der regionalen Chemotherapie bei isolierten inoperablen Lebermetastasen kolorektaler Karzinome ist in Anbetracht der verbesserten Möglichkeiten der systemischen Chemotherapie nicht gesichert. Das Verfahren sollte ausschließlich in klinischen Studien zur Anwendung kommen.
2. Zur Palliativbehandlung von Metastasen hormonaktiver Tumoren stehen neben supportiven Maßnahmen medikamentöse Verfahren zur Verfügung. Bei medikamentös nicht beherrschbaren Symptomen kann ein operatives Debulking in Betracht gezogen werden. Alternativ stehen vor allem die Chemoembolisation oder lokal destruierende Verfahren zur Verfügung.
3. Zur Schmerzbehandlung (Leberkapselschmerz) ist ergänzend zur systemischen Schmerztherapie die perkutane Bestrahlung zu erwägen.

D 8.9 Nachsorge (1)

Im Falle eines Tumorrezidivs in der Leber nach operativer Therapie von Metastasen eines kolorektalen Karzinoms ist bei ca. 20% der Patienten eine nochmalige RO-Resektion möglich mit einer Fünfjahres-Überlebensrate von etwa 30%. Bei nicht gegebener Resektabilität sind lokal destruierende Verfahren zu diskutieren. Auch bei begrenzter Lungenmetastasierung ist eine Resektion sinnvoll. Dies ist einer der wesentlichen Gründe für eine regelmäßige Nachsorge bei diesen Patienten (alle sechs Monate klinische Untersuchung, Sonographie Abdomen, Röntgenuntersuchung Thorax, ggf. Tumormarker).

Bei Patienten mit Metastasen nicht-kolorektaler Tumoren ist dies nicht der Fall, was die Notwendigkeit der Tumornachsorge bei Patienten mit derartigen Tumoren einschränkt.

D 8.10 Rehabilitation

Auftrag der Rehabilitation ist die Sicherung bzw. Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen. Voraussetzungen sind ein definierter Rehabilitationsbedarf und die individuelle Rehabilitationsfähigkeit.

Literatur

- 1 Hermanek P, Junginger Th, Hossfeld DK, Müller R-P, Fölsch UR (1999) Nachsorge und Rehabilitation bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren. Dtsch Arztebl 96 A: 2084–2088

Verfahren zur Konsensbildung

Erstellung durch eine Expertengruppe der:
Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Onkologie (CAO)
Arbeitsgemeinschaft für Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft für Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und Nachsorge (ARNS)

Mitglieder der Arbeitsgruppe waren

Prof. Dr. H.-D. Becker, Tübingen (CAO); *Prof. Dr. F. Borchard*, Aschaffenburg (Pathologie); *Prof. Dr. M. Büchler*, Bern (CAO); *Prof. Dr. W. Dippold*, Mainz (DGVS); *Prof. Dr. V. Eckardt*, Wiesbaden (DGVS); *Prof. Dr. F.W. Eigler*, Essen (CAO); *Prof. Dr. H. Gabbert*, Düsseldorf (Pathologie); *Prof. Dr. G. Grabenbauer*, Erlangen (ARO); *Prof. Dr. P. Hermanek*, Erlangen (ISTO, Pathologie); *Prof. Dr. D.K. Hossfeld*, Hamburg (AIO); *Prof. Dr. Th. Junginger*, Mainz (CAO); *Dr. P. Kruck*, Bad Kreuznach (ARNS); *Prof. Dr. H. J. Meyer*, Solingen (CAO); *Prof. Dr. J. Müller*, Berlin (CAO); *Prof. Dr. R.-P. Müller*, Köln (ARO); *Prof. Dr. P. Neuhaus*, Berlin (CAO); *Frau Dr. F. Roelofsen*, Essen (CAO); *Prof. Dr. J. Scheele*, Jena (CAO); *Prof. Dr. W. Stock*, Düsseldorf (CAO)

Beratend haben mitgewirkt

Prof. Dr. P. Helmich, Düsseldorf (DEGAM)
Prof. Dr. W. Hohenberger, Erlangen (CAO)
Prof. Th. Vogl, Frankfurt (Deutsche Röntgengesellschaft)
Prof. Dr. Ch. Wittekind, Leipzig (Pathologie)

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Deutsche Gesellschaft für Pathologie
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Röntgengesellschaft
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
AK Supportive Maßnahmen der Deutschen Krebsgesellschaft

Aktualisierung 2001

Die Leitlinie wurde vom Leitlinienkoordinator den Mitgliedern der Expertengruppe vorgelegt, Änderungen und Ergänzungen wurden nach Rücksprache mit dem Leitlinienkoordinator eingearbeitet. Anschließend wurde die Leitlinie folgenden Institutionen vorgelegt und deren Änderungswünsche wurden nach Rücksprache mit dem Leitlinienkoordinator berücksichtigt.

Arbeitsgemeinschaften

AEK-P
AIO
ARO
ARNS
CAO
AK Supportivmaßnahmen in der Onkologie

Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für klinische Pharmakologie und Toxikologie (DGPT)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Röntgengesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)

Kooperierende Institutionen

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK)
Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDS)

Leitlinienkoordination

Prof. Dr. Th. Junginger
Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie
der Johannes-Gutenberg-Universität
Langenbeckstraße 1
D-55101 Mainz

Erste Fassung: September 1998
Zweite Fassung: November 1999

Überarbeitete, aktualisierte Fassung: Oktober 2001

Der Leitlinienkoordinator wird außerdem jährlich vom ISTO in einer Umfrage zu notwendigen Aktualisierungen befragt. Falls diese erforderlich sind, wird die aktualisierte Version der Leitlinie im Internet unter <http://www.krebsgesellschaft.de> bzw. unter <http://awmf.org/> veröffentlicht.