

Neuroendokrine Tumore- Behandlung von Lebermetastasen (Vortrag von PD Dr. med. A. Pascher)

Nachdem letztes Jahr ausführlich über die operative Behandlung von neuroendokrinen Primärtumoren referiert wurde, lag dieses Jahr der Schwerpunkt des Vortrages auf den chirurgischen Therapiemöglichkeiten bei Lebermetastasen.

Hierbei ist zu unterscheiden, ob alle Metastasen gesamt durch Operation entfernt werden können (in so genannter kurativer Absicht mit R0-Resektion), oder ob Resttumorgewebe im Körper verbleibt (R1-Resektion, palliative Behandlung). Ist eine Gesamtentfernung des Tumorgewebes nicht möglich, kann eine chirurgische Tumorverkleinerung durchgeführt werden mit dem Ziel, den Großteil des Tumorgewebes zu entfernen und damit einerseits die durch den Tumor hervorgerufenen Beschwerden (wie z.B. Flush, Durchfall und Schmerzen) positiv zu beeinflussen, andererseits durch die Verminderung der gesamten TumorgroÙe eine Lebensverlängerung des Patienten zu erzielen.

Sind alle Lebermetastasen operativ entfernt worden, wird hierdurch zum Beispiel die Überlebenswahrscheinlichkeit der Patienten mit kolorektalen Karzinomen in 10 Jahren um 25% gesteigert.

Die operative Entfernung der Lebermetastasen kann in ein oder mehreren Operationen erfolgen, so dass sich die Leber zwischen den Operationen wieder erholen und wachsen kann. Hierdurch wird die Überlebenswahrscheinlichkeit des Patienten ebenfalls positiv beeinflusst.

Sind die Metastasen zu groß für eine Operation, werden weitere Verfahren eingesetzt, welche zu einer Schrumpfung des Tumors führen sollen. Der Tumor könnte in Folge dieses Verfahrens sogar operabel werden. Folgende Verfahren werden einzeln oder in Kombination eingesetzt:

- Neoadjuvante systemische Chemotherapie: Chemotherapie-Infusionen vor der Operation zur Tumorverkleinerung
- Intraarterielle Chemotherapie: über eine Katheter in das versorgende Blutgefäß zugeführte Chemotherapie.
- Transarterielle Chemoembolisation (TACE): Verödung der tumorversorgenden BlutgefäÙe mittels zellgiftiger Substanzen, die die Blutversorgung unterbinden und den Tumor absterben lassen.
- Laserinduzierte Thermotherapie (LITT): Hierbei wird Energie in Form von Laserlicht in den Tumor eingebracht und dieser verkocht.
- Kryotherapie: Verödung des Tumors mittels Kälteapplikation.
- Radiofrequenzablation (RFA, RITA): „Verkochung“ des Tumorgewebes mittels eines Katheters, der mit hochfrequentem Wechselstrom Energie in den Tumor einbringt und das Gewebe auf 90-105°C erhitzt. Das Tumorgewebe stirbt daraufhin ab. Der Katheters kann von außen durch die Haut (perkutan) oder während einer Operation in die Metastase eingeführt werden und Tumore bis zu 3cm wirksam verkochen. Bei größeren Tumoren ist diese Therapie alleine nicht ausreichend. Kann ein Tumor operativ nicht vollständig entfernt werden, so ist es oft sinnvoll zusätzlich die Tumorstellen zu verkochen. Das Rezidiv- und Metastasenrisiko sinkt dabei zwar nicht in gleichem Maße, wie bei einer vollständigen operativen Entfernung des Tumors (hierbei sind bis zu 60% der Patienten nach 5 Jahren noch am Leben), jedoch weiter als bei einer nicht einwandfrei tumorfreien Operation oder alleinigen Verkochung. Ob die RFA eingesetzt werden kann, hängt allerdings noch von vielen weiteren Faktoren ab (Lage und Größe des Tumors, benachbarte BlutgefäÙe, ...). Sie wird jedoch häufiger bei nicht vollständig operablen Tumoren, bei Patienten, deren Gesundheitszustand keine Operation erlaubt, oder bei denen schon eine ausgedehnte Leberoperation vorausgegangen ist, durchgeführt.