



FOLGE 2/2021

Neue (chirurgische) Behandlungsverfahren bei Tumoren von Leber und Bauchspeicheldrüse.

„JE KLEINER DER TUMOR, DESTO GRÖßER DIE HEILUNGSCHANCEN“

Jedes Jahr erkranken rund 28.000 Menschen in Deutschland an Tumoren der Leber oder Bauchspeicheldrüse. Leberkrebs galt früher als seltene Tumorerkrankung, die Häufigkeit nimmt jedoch deutlich zu. Auch die Zahl der Neuerkrankungen bei Pankreaskarzinomen ist angestiegen.

Das tückische bei beiden Erkrankungen ist: es gibt selten Symptome in frühen Stadien. Wie bei den meisten Krebserkrankungen sind die Chancen für die Therapierbarkeit der Erkrankung im Anfangsstadium am besten. Auch die Operationstechniken und -verfahren haben sich weiterentwickelt.



Prof. Merten Hommann, Chefarzt der Klinik für Allgemeine Chirurgie/Viszeralchirurgie beantwortet diesmal unsere Fragen.

Es gibt verschiedene Leberkrebsarten. Spielt es bei der Auswahl der Operationsmethoden eine Rolle, ob der Tumor direkt aus den Leberzellen, den Blutgefäßen oder Gallengängen entstanden ist?

Es gibt unterschiedliche Behandlungs- und Operationsverfahren bei primären Tumoren der Leber.

Wenn der Tumor direkt aus der Leber kommt, unterscheidet man im Wesentlichen Tumore, die aus den Leberzellen oder Tumore, die aus den Zellen der Gallengänge entstehen. Der wesentliche Unterschied ist, dass Tumore, die aus den Leberzellen (Hepatozelluläres Karzinom) entstehen, ihren Ursprung zumeist in einem Lebergewebeschaden, z. B. einer Leberzirrhose, haben. Tumore aus Gallengangsepithelien (Cholangiokarzinom) entstehen auch in gesundem Lebergewebe.

Das Ziel ist – wenn immer es geht – die komplette Entfernung des Tumors unter Beachtung der Lymphknoten bis hin zu den zentralen Blutgefäßen des Bauchraums.

Häufiger als die primären bösartigen Lebertumore sind jedoch Lebermetastasen, also sekundäre Tumore.

Welche Verfahren gibt es und was ist neu hinzugekommen?

Zielgröße bei der Behandlung von bösartigen Tumoren, ob nun primär oder sekundär, ist die komplette operative Entfernung. Dabei gilt es zu beachten, dass nach einer Leberteilentfernung noch ausreichend funktionierendes Lebergewebe zur Verfügung steht. Man versucht deshalb, gewebsparend zu operieren. Die Leber ist anatomisch in Segmente unterteilt und so orientieren wir uns bei Operationen an diesen Segmenten (Lebersektoren) der rechten oder linken Leberhälfte bis hin zu einer dreiviertel Entfernung der Leber. Für uns ist es bereits bei der Planung einer Operation entscheidend, genau zu ermitteln, ob das Lebervolumen nach der Operation noch ausreicht, ebenso, ob das verbleibende Lebergewebe, auch von der Qualität her, die Versorgung übernehmen kann. Es gibt hier auch die Möglichkeit, durch z. B. einen Teilverschluss der lebersorgenden Pfortader, Lebergewebe vor einer Operation aufzubauen.

In der Leber siedeln sich auch Metastasen anderer Primärtumore an, z. B. bei Lungen-, Brust-, Gebärmutter- oder Prostatakrebs. Wie therapiert man diese Metastasen?

Die häufigsten Metastasen, die sich in der Leber finden, sind Absiedelungen von Dick- und Enddarmtumoren. Das liegt an der speziellen Art der Blutversorgung der Leber durch die Pfortader, die das Blut aus dem Magen-Darmtrakt in die Leber transportiert. Die komplette Entfernung dieser Metastasen ist zielführend. Es ergibt sich nach Metastasenentfernung beim kolorektalen Karzinom eine Fünf-Jahres-Prognose von > 50 Prozent. Die Metastasen des Pankreaskarzinoms und auch das Pankreaskarzinom selbst sind deutlich aggressiver.

Wir besprechen für alle Patienten ihren Krankheitsverlauf und die verschiedenen Therapiemöglichkeiten immer interdisziplinär. Bei diesen Tumorboards sind Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, wie Onkologen, Gastroenterologen, Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten, Pathologen und Chirurgen beteiligt. Neben Operationen werden

auch systemische Therapieansätze, Bestrahlungstechniken, Ablations- („Verödungs“)verfahren und andere lokale Verfahren, wie z. B. Kathetertechniken erwogen. Je nach Tumorsituation können eine Transarterielle Chemoembolisation (TACE) oder die Selektive interne Radiotherapie (SIRT) für die Patienten von Vorteil sein.

Wie beurteilen Sie die Kältetherapie? Ethanol/Essig-Injektion? Chemoembolisation?

Mit Ethanol wurde vor Jahren/Jahrzehnten angefangen, lokal-ablativ zu behandeln. Dieses Verfahren wird wegen seiner zumeist reduzierten Wirksamkeit selten angewendet, hat teilweise eine Berechtigung bei sehr kleinen Tumoren. Die Kryotherapie kann z. B. Einsatz bei oberflächennahen Lebermetastasen finden, hat sich aber in der Breite nicht so durchgesetzt wie die Mikrowellenablation oder die Radiofrequenzablation.

Der Ansatz der embolisierenden Verfahren (TAE/TACE) beruht auf dem gezielten Aufsuchen der Tumore oder Metastasen durch dünne Katheter, die über die Bein- oder Armschlagader bis direkt vor den Tumor geführt werden. Hiermit können die den Tumor versorgenden Blutgefäße verschlossen werden und/oder eine Chemotherapie direkt vor Ort appliziert werden.

Pankreaskarzinome sind tückisch, sie werden meist zu spät erkannt, weil es keine Symptome gibt. Was sind die häufigsten Symptome, bevor die Betroffenen die Diagnose erhalten?

Die Mehrzahl der Pankreaskarzinome fällt leider nicht durch Frühsymptome auf. Wenn sich diese Tumore jedoch in der Nähe des Gallenganges befinden werden die Patienten schmerzlos gelb (Ikterus), das ist ein Warnzeichen. Eine schmerzhafte Gelbverfärbung der Haut wird dagegen eher mit Steinleiden oder Entzündungen assoziiert.

Unspezifisch hinweisen können eine ungewollte Gewichtsabnahme, die Entstehung eines Diabetes mellitus, unklare Abdominalschmerzen oder manchmal zeitlich weit vorausgehende Beschwerden, die

man zunächst gar nicht in Zusammenhang mit einem Pankreaskarzinom bringt, z. B. Beinvenenthrombosen.

Kann man ein frühzeitig entdecktes Pankreaskarzinom heilen?

Je kleiner der Tumor, desto größer ist die Heilungschance. Fortgeschrittene Pankreaskarzinome sind ausgesprochen schwer zu heilen. Im Frühstadium besteht immer die beste Prognose. Denn: je kleiner, desto weniger hat der Tumor gestreut, desto weniger sind Lymphknoten betroffen. Man weiß, dass es zystische Vorstufen des Pankreaskarzinoms gibt, die operiert hervorragende Prognosen haben.

Wer kann operiert werden und wie?

Letztendlich entscheidet die Situation des Patienten. Wir versuchen, eine bestmögliche und auch individuelle Behandlung zu ermöglichen. Das beginnt mit der Diagnostik in Form von Bildgebung, innerem Ultraschall (Endosonografie) und Gewebeprobe zur Sicherung der Diagnose und Einschätzung des Ausmaßes der Erkrankung, z. B. in Bezug zu den Gefäßstrukturen im Bauchraum. Komplexer wird es, wenn Gefäße betroffen sind. Es existieren mittlerweile valide wissenschaftliche Daten, die einen Überlebensvorteil für Patienten darstellen, die eine Therapiesequenz aus systemischer Therapie gefolgt von einer lokalen Tumorablation am Pankreas (Irreversible Elektroporation = IRE, Radiofrequenzablation = RFA) erhalten.

Was sind die Hauptursachen für Leber- und Pankreaskarzinome?

Hauptursache (Nährboden) für ein Leberkarzinom ist eine Schädigung des Lebergewebes, z. B. eine Leberzirrhose. Das beobachtet man u. a. auch in Asien, wo es eine hohe Rate an Virus-Hepatitis mit daraus entstehender Zirrhose und Leberzellkarzinom gibt.

Beim Pankreaskarzinom werden verschiedene Ursachen diskutiert: genetische Dispositionen, eine chronische Entzündung der Bauchspeicheldrüse, Adipositas, hoher Tabak- und Alkoholkonsum.



Ihre Fragen zum nächsten Thema unseres Podcasts 3/2021 „Was kann man machen, wenn die Schulter schmerzt?“ mit Prof. Dr. med. Olaf Kilian, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, können Sie unter presse@zentralklinik.de stellen.

Die Antworten hören/lesen Sie dann im nächsten Gesundheitspodcast Ende März.