Minimal-invasive Onkologie



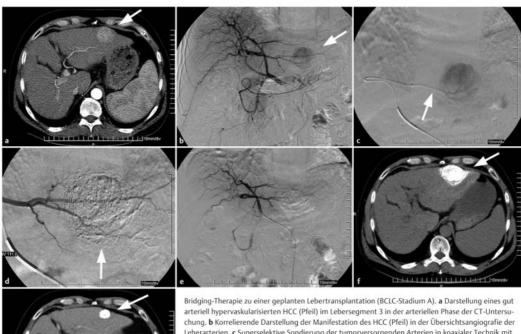
Sheth RA, Patel MS, Koottappillil B et al. Role of Locoregional Therapy and Predictors for Dropout in Patients with Hepatocellular Carcinoma Listed for Liver Transplantation. J Vasc Interv Radiol 2015; 26: 1761 – 1768

Bedeutung von Überbrückungstherapien bei Transplantationspatienten mit irresektablen HCCs

Orthotope Lebertransplantationen (OLTx) gelten als bestgeeignete kurative Behandlungsoption bei nicht resektablen, hepatozellulären Karzinomen (HCC). Die innerhalb eines Jahres nach Listung ermittelte Abmeldungsrate wird dennoch mit 15–30% angegeben, bedingt durch das latente Risiko einer intra- und/oder extrahepatischen Tumorprogression/-manifestation im Rahmen

der Wartezeit (6–24 Monate, je nach Blutgruppe und Priorität). Eine am Massachusetts General Hospital (MGH) durchgeführte Studie untersuchte in den Jahren 2004–2012, unter welchen Bedingungen lokoregionäre Überbrückungstherapien (LRT) wie die perkutane/intraarterielle Thermoablation (TA, mikrowellenoder radiofrequenzinduziert) und die transarterielle Drug-Eluting-Bead-Chemoembolisation (DEB-TACE), das Abmeldungsrisiko minimieren und die Transplantationswahrscheinlichkeit bei Hochrisikopatienten erhöhen können.

Es erfolgte eine monozentrische, retrospektive Kohortenanalyse an 177 transplantationspflichtigen HCC-Patienten. Deren Therapieform (DB-TACE n=66; TA n=149) und Tumorsymptomatik (uni/multifokal n≤3; max. Tumorgröße: median 10−60 mm; Ursachen Zirrhose: HCV 68%, ETOH 14%, HBV 6,2%) wurden zum Zeitpunkt der Listung als auch im weiteren Krankheitsverlauf bis zur ggf. Abmeldung (Tumorprogression/Aggravation/Mortalität: n=31/7/14), auf Basis der demografischen, serologischen, histologischen und bildgebenden Datenlage (CT, MRT und/oder Biopsie) bewertet. Zur Beurteilung der Transplantationsdringlichkeit bzw. der Überlebensprognose aller Studienteilnehmer



Bridging-Therapie zu einer geplanten Lebertransplantation (BCLC-Stadium A). a Darstellung eines gut arteriell hypervaskularisierten HCC (Pfeil) im Lebersegment 3 in der arteriellen Phase der CT-Untersuchung. b Korrelierende Darstellung der Manifestation des HCC (Pfeil) in der Übersichtsangiografie der Leberarterien. c Superselektive Sondierung der tumorversorgenden Arterien in koaxialer Technik mit einem 2,5-F-Mikrokatheter (Pfeil) und direkte Darstellung des gesamten Leberknotens. d, e Nach durchgeführter TACE mit 6 ml einer Chemotherapeutikum-Lipiodol-Emulsion vollständige Embolisation des HCC-Knotens (Pfeil in d) unter Erhalt der regulären Lebersegmentarterien. f Die postinterventionelle, native CT-Kontrolle am Folgetag zeigt eine sehr gute Einlagerung des Embolisats in dem Tumorknoten (Pfeil) unter höchstmöglicher Schonung des gesunden Leberparenchyms. g In der Verlaufskontrolle nach 3 Monaten Dokumentation eines guten Ansprechens auf die Therapie mit Schrumpfung des HCC-Knotens (Pfeil) ohne Anhalt für eine Reperfusion oder Bildung von Satellitenmetastasen (Bild: Pech M, Mohnike K. Behandlungsstrategien bei Intermediate-Stage-HCC. Interventionelle Radiologie Scan 2013; 01: 39 – 57).