

Chirurg 2018 · 89:640  
<https://doi.org/10.1007/s00104-018-0683-5>  
 Online publiziert: 20. Juli 2018  
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
 Springer Nature 2018



M. Gampe · F. Rauchfuß · U. Settmacher

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

# Leberteilresektion vs. transarterielle Chemoembolisation bei hepatozellulären Karzinomen jenseits der Mailand-Kriterien und portalem Hypertonus

## Originalpublikation

Yang J, Yang JY, Yan LN et al (2018) Hepatic resection vs. transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma beyond the Milan criteria with portal hypertension. *Dig Liver Dis* 50(7):713–719

**Hintergrund.** Ziel der Studie war es, die Bedeutung von Leberteilresektionen im Vergleich mit der transarteriellen Chemoembolisation (TACE) bei Patienten mit hepatozellulären Karzinomen jenseits der Milan-Kriterien mit klinisch relevantem portalem Hypertonus zu evaluieren.

Gemäß aktueller Richtlinien werden besagte Patienten primär lokoregionären Maßnahmen zugeführt, da ein portaler Hypertonus immer noch als relative Kontraindikation für eine Leberteilresektion angesehen wird.

**Methodik.** Es wurde retrospektiv eine Gesamtanzahl von 363 Patienten in die Studie eingeschlossen, welche entweder einer Leberteilresektion ( $n=102$ ) oder einer TACE ( $n=261$ ) zugeführt worden waren. Diese erfüllten jeweils die Kriterien eines klinisch relevanten portalen Hypertonus und eines die Mailand-Kriterien überschreitenden hepatozellulären Karzinoms (ein Tumorknoten  $>5$  cm oder insgesamt  $\leq 3$  Tumorknoten mit einem Durchmesser von  $>3$  cm bzw. einem multifokalen Befall).

Eine Makrogefäßinvasion wurde im Vorfeld bildmorphologisch ausgeschlossen

und der Grad der portalen Hypertension entweder anhand gastroscopisch festgestellter Ösophagusvarizen oder einer mit einer Thrombozytopenie vergesellschafteten Splenomegalie abgeschätzt.

Grundvoraussetzung für beide Gruppen war eine stabile Leberfunktion (maximal Child-Stadium B), fehlendem Aszites und Ausschluss einer Pfortaderthrombose. Im Falle einer TACE wurde diese in regelmäßigen Intervallen von insgesamt 1,5 bis 3 Monaten wiederholt für 2 bis 6 Zyklen.

**Ergebnisse.** Insgesamt zeigten sich vergleichbare Ergebnisse hinsichtlich postoperativer bzw. postinterventioneller Komplikationen sowie 30-Tages-Mortalität für beide Gruppen.

Es zeigte sich ein signifikanter Überlebensvorteil zugunsten der Leberteilresektion nach 1, 2, 3 und 5 Jahren, welcher sich auch in der Propensity Score Analyse bestätigte (Leberteilresektion [LR]: 80 %, 63,3 %, 48,8 % und 21,7 % vs. TACE: 74 %, 56,5 %, 26,5 % und 13,6 %).

Im Vergleich der beiden Gruppenpopulationen zeigte sich bei den TACE-Patienten häufiger ein bilobärer Befall. Zudem waren die Patienten signifikant älter, wobei der prozentuale Anteil der über 60-jährigen keinen relevanten Unterschied aufwies.

Auffällig war eine höhere Mortalitätsrate von 37,5 % vs. 2,5 % ( $p=0,012$ ) in der Gruppe der Child-B-Patienten, welche leberteilreseziert worden waren (insgesamt 8).

Als unabhängige prognostische Faktoren wurden in der multivariaten Analyse die Behandlungsmethode,  $\alpha$ -Fetoprotein, Child-Klassifikation, Anzahl der Tumorknoten und das Krankheitsstadium identifiziert. Nach Matching verblieb die Anzahl der Tumorknoten als unabhängiger Risikofaktor.

**Fazit.** Diese Studie legt nahe, dass nach sorgfältiger Selektion einer Patientengruppe mit Nachweis eines hepatozellulären Karzinoms jenseits der Mailand-Kriterien bei klinisch relevantem portalem Hypertonus eine Leberteilresektion ähnlich sicher einer transarteriellen Chemoembolisation erscheint mit einem deutlichen Überlebensbenefit zugunsten der Leberteilresektion. Grundvoraussetzung hierfür ist ein singularer Tumorknoten sowie eine stabile Leberfunktion (Child A). Ob diese sehr guten asiatischen Daten direkt auf die mitteleuropäische Patientenkollektive übertragen werden können, bleibt zweifelhaft. Kernpunkt ist sicher die Auswahl geeigneter Patienten.

## Korrespondenzadresse

M. Gampe

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena  
 Am Klinikum 1, 07747 Jena, Deutschland  
 Maria.Gampe@med.uni-jena.de

**Interessenkonflikt.** M. Gampe, F. Rauchfuß und U. Settmacher geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.