



Nachsorge des Leberkarzinoms

Univ.-Prof. Dr. Heinz Bacher

Klinische Abteilung für Allgemein Chirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie, Graz

Das Ziel der Nachsorge bei kurativ operierten Patienten mit Leberkarzinom ist die frühzeitige Diagnose eines Rezidivs. Am häufigsten (45-70%) zeigt sich dieses Tumorrezidiv intrahepatisch. Dieses Leberrezidiv tritt bei etwa 85% der Patienten in den ersten 2 Jahren auf. In diesen Fällen kann eine erneute



Univ.-Prof.
Dr. Heinz Bacher

Leberresektion (10-20%) oder eine Palliativtherapie mittels Chemoembolisation, perkutaner Alkoholinjektion oder lokale Tumorzerstörung mittels Thermo- oder Kryotherapie diskutiert werden. Eine systemische Chemotherapie des metastasierenden HCC ist bisher leider weitgehend ineffektiv. Carr hat eine Kombination aus Cisplatin und Adriamycin vorgeschlagen und Remissionsraten bis zu 50% bei

der regionalen transarteriellen Chemotherapie beschrieben.

Häufige extrahepatische Metastasenlokalisationen finden sich in der Lunge, Zwerchfell, Skelett, Nebennieren, ZNS und im Peritoneum.

Die Nachsorge von Patienten mit inoperablem HCC besteht nach Abschluß der Initialbehandlung darin, symptomatische Krankheitsprogression zu entdecken und die bestmögliche Symptombehandlung durchzuführen.

Als Todesursachen stehen die Tumorkachexie und das Leberversagen an erster Stelle, seltener führen gastrointestinale Blutungen oder eine Tumorruptur zum Tod.

Blutabnahme und klinische Untersuchung

Patienten nach kurativer Therapie sollten innerhalb der ersten beiden Jahre alle 3 Monate einer Leberfunktionsprobe und der Bestimmung des Tumormarkers Alpha-Fetoprotein unterzogen werden. Spezielle Leberfunktionstests wie der Lidocain-Test (MegX)

Tabelle 1

Nachsorgeschema beim Leberkarzinom

1. Jahr 3mtl.	2. Jahr 3mtl.	3. Jahr 6mtl.	4. Jahr 6mtl.	5. Jahr 6mtl.	danach 12mtl.
Klinische Untersuchung					
Blutbild					
Leberfunktion					
AFP					
Sonographie/CT					

liefern zusätzliche Information über die postoperative Leberregeneration. Danach bis zum 5. Jahr erfolgt die Kontrolle in 6monatlichen Abständen, schließlich jährlich. Letztlich darf in der Nachsorge eine ausreichende psychologische Betreuung der Patienten nicht fehlen.

Sonographie, Thorax-Röntgen, CT oder MRT

Es empfiehlt sich, regelmäßige Oberbauchsonographie oder CT-Kontrollen mit der klinischen Untersuchung zu kombinieren. Kleine unklare Herde sollten zusätzlich mit einer MRT oder mit einer CT-Angiographie abgeklärt werden. Ein Thorax-Röntgen sollte bei Auftreten von

Symptomen, zumindest aber einmal jährlich durchgeführt werden.

Skelettszintigramm und Gastroskopie

Die regelmäßige Durchführung dieser Untersuchungen erscheint in der Nachsorge nicht effektiv, da für Knochenmetastasen kein kurativer Therapieansatz besteht und eine palliative Therapieindikation erst mit Auftreten von Symptomen gestellt werden kann. Bei bekannten Ösophagusvarizen ist eine prophylaktische Ösophagusvarizensklerosierung zu überlegen.

