

Definition

Bösartige (maligne) Lebertumoren werden in primäre (von der Leber ausgehende) und sekundäre (Metastasen) Tumoren eingeteilt. Der häufigste primäre Lebertumor ist das hepatozelluläre Karzinom, jedoch finden sich weit häufiger Metastasen anderer Tumoren (sekundäre Tumoren) in der Leber. Die Leber stellt den häufigsten Ort für Organmetastasen dar; zudem wird die Überlebenszeit nach Entfernung vieler Tumoren durch den Leberbefall begrenzt.

Häufigkeit, Ursachen, Symptome

Das hepatozelluläre Karzinom ist in Europa insgesamt eher selten. Die häufigste Ursache stellt eine Leberzirrhose auf dem Boden einer Virusinfektion (Hepatitis B und C) der Leber dar. Ebenso ist die Schädigung der Leber durch Alkoholkonsum ein wichtiger Risikofaktor für die Ausbildung einer Leberzirrhose und des Karzinoms. Symptome treten häufig erst im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung auf und sind eher unspezifisch (z. B. Gewichtsabnahme, Schmerzen im Oberbauch). Weitaus häufiger kommen sekundäre Tumoren der Leber vor. Hier sind an erster Stelle Metastasen des kolorektalen Karzinoms (Dickdarmkrebs) zu nennen. Nahezu 30-40% aller Patienten mit einem kolorektalen Karzinom bilden im Verlauf der Erkrankung

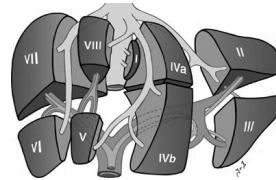


Abb. 1: Anatomie: Lebersegmente

Leberkrebs

Hepatozelluläres Karzinom <C 22>
Lebermetastasen des kolorektalen
Karzinoms <C78.7>

Lebermetastasen aus. Die Symptome sind in diesen Fällen jedoch ebenfalls unspezifisch.

Diagnostik

Zur Beurteilung der Leberfunktion ist die laborchemische Bestimmung von Albumin, Cholinesterase, Transaminasen, Cholestaseparameter und des Gerinnungsstatus notwendig. Leberspezifische Tumormarker richten sich nach dem zugrundeliegenden Primärtumor; die

Bestimmung des CEA sollte in jedem Fall erfolgen. Im Rahmen einer tumorspezifischen Diagnostik sollen sowohl der lokale Leberbefund beurteilt wie auch Tumoren außerhalb der Leber ausgeschlossen werden können. Die bildgebende Basisdiagnostik beinhaltet die Ultraschalluntersuchung (Sonographie) und die Computertomographie (CT) des Oberbauches. Die Magnetresonanztomographie (MRT), nuklearmedizinische Techniken

(Szintigraphie, Positronenemissionstomographie) und die Angiographie sind speziellen Indikationen vorbehalten.

Therapie

Bei bösartigen Lebertumoren ist grundsätzlich eine Teilentfernung der Leber unter Mitnahme des bösartigen Prozesses erforderlich. Auch gutartige Lebertumoren oder Leberzysten müssen bei entsprechender Symptomatik oder bei Gefahr einer bösartigen Entartung entfernt werden. Die klassische topographische Anatomie unterteilt die Leber in einen rechten und linken Leberlappen. Für die chirurgische Therapie besser geeignet ist aber die funktionelle Gliederung der Leber in einzelne, voneinander unabhängige Untereinheiten (Segmente), basierend auf der portalen Aufzweigungscharakteristik (Pfortader). Jeder Ast der Pfortader hat sein eigenes Versorgungsgebiet, welches einem Lebersegment entspricht. Somit ergeben sich 8 Segmente: (siehe Abb.1.). Jedes Lebersegment ist hinsichtlich Blutzufuhr (Arteria hepatica, Pfortader) und Galleabfluss von den anderen Segmenten unabhängig und kann, ohne die Funktion der restlichen Leber zu gefährden, operativ entfernt werden. Der Standardzugang für die Leber-OP ist die rechtsbetonte horizontale Oberbauchlaparotomie. Zur Beurteilung (Inspektion, bimanuelle



Abb. 2: Leberoperation

Palpation und intraoperativer Ultraschall) wie auch zur Resektion ist eine komplette Mobilisation der Leber notwendig. Grundsätzlich unterschieden werden einerseits die befundorientierte Leberresektion als lokale Exzision (<5 cm Gewebe) oder atypische Resektion (>5 cm), beide ohne Berücksichtigung der Lebergefäßarchitektur. Die anatomische Resektion orientiert sich an den Segmenten. Entscheidend für die Prognose des Patienten ist die komplette Entfernung des Tumors (R0-Resektion). Dabei gilt es bei der Resektion maligner Tumoren einen tumorfreien Saum von 1 cm einzuhalten. Bei nicht vorgeschädigter Leber mit normaler Synthese- und Exkretionsfunktion sollten bei einer Resektion mindestens 25-30 Prozent des funktionellen Lebervolumens belassen werden, um die Gefahr eines Leberversagens zu minimieren. Die chirurgische Entfernung des betroffenen Lebersegments stellt somit die Standardbehandlung bei Tumoren dar. In speziellen Fällen kommen jedoch auch ablativ Verfahren wie die Radiofrequenzablation (RFA), die den Tumor lokal zerstört in Betracht.

Transplantation

Die Indikation zu einer Lebertransplantation besteht bei einem hepatozellulären Karzinom, bei einer schweren Leberfunktionsstörung (z. B. Leberzirrhose) sowie bei Metastasen neuroendokriner Tumoren, die auf die Leber begrenzt sind.

Allgemeinchirurgische Sprechstunde
Mo bis Fr: 8.30 - 11.30 Uhr
Sprechstunde zur Chirurgie von Leber-,
Gallen- und Bauchspeicheldrüsenkrankungen:
Mo und Do 8.30 - 11.30 Uhr
Lebertransplantation: Mo 8.30 - 11.30 Uhr
Notfälle jederzeit, Tel. (06841) 16-22619

