

## **Konsenspapier zur Behandlung von Patienten mit Lebermetastasen beim kolorektalen Karzinom**

### Grundlage:

S3-Leitlinien Kolorektales Karzinom (Version Juni 2013)

Z. Gastroentrol 2013; 51: 753-854

Kommentar: aufgrund der diesjährigen Aktualisierung der „S3-Leitlinien Kolorektales Karzinom“ (KRK) und der Komplexität der diagnostischen und insbesondere therapeutischen Optionen bei Patienten mit synchroner oder metachroner hepatischer Metastasierung soll ein interdisziplinäres Konsenspapier entstehen, das als Entscheidungshilfe verstanden werden soll. Die Empfehlungen sind den S3-Leitlinien entnommen und können in den klinischen Alltag im Darmzentrum Kempten-Allgäu integriert werden.

### Konsens durch:

Klinik für Chirurgie

Klinik für Gastroenterologie

Klinik für Hämatologie und Onkologie

Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin

### Kooperationspartner:

Zentrum für Strahlentherapie Kempten

Zentrum für Pathologie Kempten-Allgäu

### **Präambel**

- ⊙ Alle Patienten mit hepatisch metastasiertem KRK sollten nach Diagnosestellung oder zur Reevaluation für die Festlegung des Therapiekonzeptes in einem interdisziplinären Tumorboard vorgestellt werden. [7.1 - 2013]
  
- ⊙ Im Rahmen der Erstellung des Therapiekonzeptes sollte immer zuerst die Resektabilität nach folgenden Kriterien geprüft werden:
  - keine extrahepatische Metastasierung
  - befallenes Leberparenchym < 70%
  - Befall weniger als 3 Lebervenen und weniger als 7 Segmente
  - keine Leberinsuffizienz CHILD B/C
  - keine hohe Anzahl von Komorbidität[9.2 / 9.3- 2008]
  
- ⊙ Zur Beurteilung der Langzeitprognose nach R0-Resektion bezogen auf den Primärtumor kann der Score nach Fong berechnet werden. Jedes unten aufgelistete Kriterium hat einen Punktwert nach Fong: [9.3 - 2008]
  - Nodal positiver Primärtumor
  - Krankheitsfreies Intervall < 12 Monate
  - Größe der Lebermetastasen > 5 cm
  - Anzahl der Lebermetastasen > 1
  - CEA präoperativ > 200 ng/dl→ gutes Langzeitüberleben (5-JÜR > 50%) bei Fong <3

## **Empfohlene Einteilung der Patienten mit metastasiertem KRK in klinische Subgruppen:**

1. primär resektabel Lebermetastasen
2. Indikation zur intensivierten systemischen Therapie
  1. potentiell resektabel nach neoadjuvanter Therapie
  2. Tumorsymptome, rascher Progress, Organkomplikationen
3. Indikation zur weniger intensiven Therapie
  - a. nicht operabel oder asymptomatisch

### **1. Patienten mit primär resektablen Lebermetasen**

- ⊙ Patienten mit synchronen oder metachronen Lebermetastasen sind potentiell heilbar, wenn eine R0-Situation erzielt werden kann und Operabilität gegeben ist. [9.2 - 2008]
- ⊙ Bei Resektabilität und Fong > 2 kann ein PET-CT erfolgen, um eine möglicherweise unnötige Laparotomie zu vermeiden. [9.4 - 2013]  
*Kommentar: Das PET-CT kann möglicherweise weitere Tumorherde detektieren, die die Indikation zu einer Laparotomie in R0-Intention ggf. in Frage stellen. Die Datenlage hierfür ist noch nicht eindeutig.*
- ⊙ Eine neoadjuvante, systemische Chemotherapie bei primär resektablen Befunden kann im Einzelfall erwogen werden. Bei primär nicht resektablen Befund sollte diese erfolgen mit der Option der sekundären Resektion (→ siehe klinische Gruppe 2.1) [9.6 - 2008]
- ⊙ Eine adjuvante, systemische Chemotherapie nach R0-Resektion (bezieht sich auf das Gesamt-Tumorergebnis) kann erwogen werden. [9.7 - 2008]  
*Kommentar: nur 30% Rezidivfreiheit bei R0-Situation im UICC-Stadium IV.*
- ⊙ Bei Indikation zur systemischen Therapie kann der Primärtumor belassen werden, außer dieser ist symptomatisch (Ileus, Hb-wirksame Blutung). [9.10 - 2008]

### **2. Patienten mit einer Indikation für eine intensivierte systemische Therapie**

#### **2.1. Patienten mit potentiell resektablen Metastasen**

- ⊙ Wenn primär eine Irresektabilität besteht, sollte eine systemische Therapie erfolgen. Wichtig ist die regelmäßige Reevaluation mit der Frage nach sekundärer Resektabilität. [9.12 / 9.13 - 2008]  
→ empfohlene Therapieregime:
  - Bei K-Ras-Mutation: FOLFOXIRI
  - Bei K-Ras Wildtyp: FOLFIRI + Cetuximab
- ⊙ Die Hepatotoxizität der angewendeten systemischen Therapie sollte bei der Beurteilung der Resektabilität berücksichtigt werden. [9.14 - 2008]
- ⊙ Die Radiofrequenzablation (RFA) sollte erwogen werden, wenn irresektable Metastasen vorliegen oder keine Operabilität des Patienten gegeben ist. [9.16 – 2013] Bei der Nähe zu Blutgefäßen ist eine verminderte Effektivität der Methode zu erwarten.

- ⊙ Die Radiochirurgie (stereotaktische Strahlentherapie) sollte erwogen werden, wenn irresektable Metastasen vorliegen oder keine Operabilität des Patienten gegeben ist. Metastasen am medialen/kaudalen Rand der Leber sind wegen der möglichen Mitbestrahlung des Darmes nicht geeignet. Metastasen an arteriellen oder venösen Gefäßen sind kein Problem für die Radiochirurgie.
- ⊙ Eine Selective Internal Radiation Therapy (SIRT, syn.: Radioembolisation) bei disseminierter Lebermetastasierung sollte dann in Erwägung gezogen werden, wenn keine weiteren Therapieoptionen mehr bestehen.  
Die Durchführung sollte in klinischen Studien erfolgen. [9.17 – 2013]
- ⊙ Eine Laserinduzierte interstitielle Thermotherapie (LITT) sollte nur innerhalb klinischer Studien durchgeführt werden. [9.18 – 2013]

## **2. Patienten mit einer Indikation für eine intensivierte systemische Therapie**

### **2.2. Patienten mit einer Indikation für eine intensivierte palliative Therapie**

- ⊙ Die Empfehlungen entsprechen im wesentlichen denen der Patientengruppe 2.1
- ⊙ Bei tumorbedingten Symptomen, Organkomplikationen oder raschem Progress sollte unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes eine möglichst effektive Kombinationstherapie erfolgen. [9.19 - 2008]

## **3. Patienten mit der Möglichkeit für eine weniger intensive Therapie**

- ⊙ Die Indikation zur Monotherapie ist bei Patienten mit multiplen, nicht resektablen Metastasen ohne tumorbedingte Symptome oder Organkomplikationen gegeben und kann hier auch als Erstlinientherapie eingesetzt werden. [9.20 – 2008]