

## Einführung

Das kolorektale Karzinom ist in Deutschland bei beiden Geschlechtern die zweithäufigste Tumorerkrankung und tumorbedingte Todesursache. Bei 15 - 20% der Patienten liegen zum Zeitpunkt der Erstdiagnose bereits Lebermetastasen im Sinne einer synchronen Metastasierung vor. Bei 44% der kurativ operierten Patienten kommt es im Intervall zu einem Rezidiv. Typischerweise manifestiert sich dieses Rezidiv als Lebermetastasierung im Sinne einer metachronen Metastasierung. Die Entscheidung über die Behandlung des kolorektalen Karzinoms sollte im interdisziplinären Tumorkoncil getroffen werden, sie ist bezüglich eines kurativen oder palliativen Behandlungsansatzes wegweisend für die Therapie. Auch bei ausgedehnter Lebermetastasierung kann mit neoadjuvanten Therapiekonzepten unter Einsatz monoklonaler Antikörper im Verlauf eine Resektabilität der Lebermetastasen erreicht werden. Im Rahmen von Zwischenstaging-Untersuchungen sollte entsprechend das Therapiekonzept auch immer wieder kritisch überdacht werden.

## Fallbeispiel: 73-jähriger männlicher Patient mit synchroner Lebermetastasierung

Anamnese: bis 07/2011: Gewichtsverlust 10 kg  
unregelmäßiger Stuhlgang mit Blutauflagerungen

Begleiterkrankungen: chron. Alkoholabusus  
Kachexie  
Lungenfibrose

### Primäres Staging 07/2011:

stenosierendes hepatisch metastasiertes Rektumkarzinom  
Klass. n. TNM: cT3C3 cN1C2 cM1C2, UICC-Stadium IVA  
Histologie: mäßig diff. Adeno-Karzinom  
MRT-Abdomen (18.07.2011): u.a. Lebermet. caudaler Leberrand  
(d<sub>max</sub> 4 cm)

21.07.2011: Anlage eines doppelläufigen Sigmoidostomas und  
Port-Implantation

09/2011-10/2011: neoadj. Radio-Chemotherapie 5-FU (1000 mg/m<sup>2</sup>)  
Tag 1-5, Woche 1 und 5

09.12.2011: anteriore Rektumresektion und simultaner Appendektomie und  
Deszendorektostomie u. Anus praeter-Verschluss  
intraoperativ: palpatorisch große Lebermet.

TNM-Klass. nach OP: ypT4aC4 pN0(0/6)C4 pM1C4 (Per., Hep.) L0 V0 Pn0

### Therapieentscheidung im interdisziplinären Konsil:

- KRAS-Nachbestimmung (Ergebnis: keine Punkt-Mutation in den Kodons 12 u. 13)
- Durchführung der Erbitux/FOLFOX4-KT

01/2012-07/2012: 12 Zyklen Erbitux/FOLFOX4-KT (FOLFOX - 75% der Dosis)  
alle 14 die

### Abschluss-Staging:

CT Thorax Abdomen (25.07.2012): solitäre Lebermet. d max: 2,6 x 1,5 cm  
MRT-Abdomen (03.08.2012): Lebermet. d<sub>max</sub>: 2,5 x 1,7 cm  
Koloskopie (23.08.2012): Normalbefund

### Therapieentscheidung im interdisziplinären Konsil:

- Resektion der solitären Lebermetastase

10.09.2012: Exzision der Lebermetastase mit Nachresektion Zwerchfell

### Therapieentscheidung im interdisziplinären Konsil:

- regelmäßige Nachsorge

Nachsorgeuntersuchungen 12/2012 und 02/2013: Patient tumorfrei

## Risikofaktoren und deren Auswirkung auf die Überlebenschancen nach Resektion kolorektaler Lebermetastasen (Fong-Score)

- prognostisch ungünstige Kriterien	Score	5-Jahres-Überleben
- nodal positiver Primärtumor	0	60%
- krankheitsfreies Intervall < 12 Monate	1	44%
- Metastasengröße > 5 cm	2	40%
- mehr als 1 Metastase	3	20%
- CEA präoperativ > 200 ng/dl	4	25%
	5	14%

## Kontaktaufnahme

<sup>1</sup> Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH, Klinik für Innere Medizin III  
08060 Zwickau, Karl-Keil-Str. 35  
Telefon: 0375 / 512333 Mail: ime3@hbk-zwickau.de

## Literatur

"Aktuelle Therapieansätze bei kolorektalen Lebermetastasen"  
(Trojan/Gog/Wullstein/Bechstein)

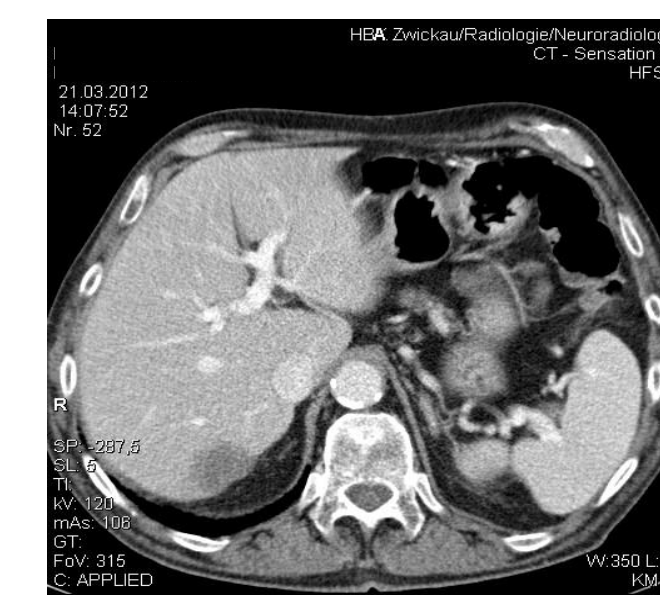
MRT-Abdomen (18.07.2011)  
1 Lebermetastase d<sub>max</sub> (cm) 4



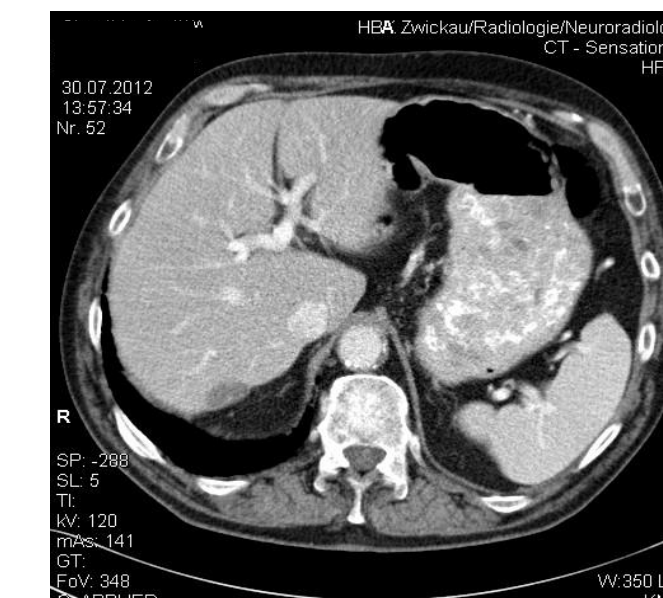
CT-Abdomen (24.01.2012)  
d<sub>max</sub> (cm) 3 x 4,7 x 4,5



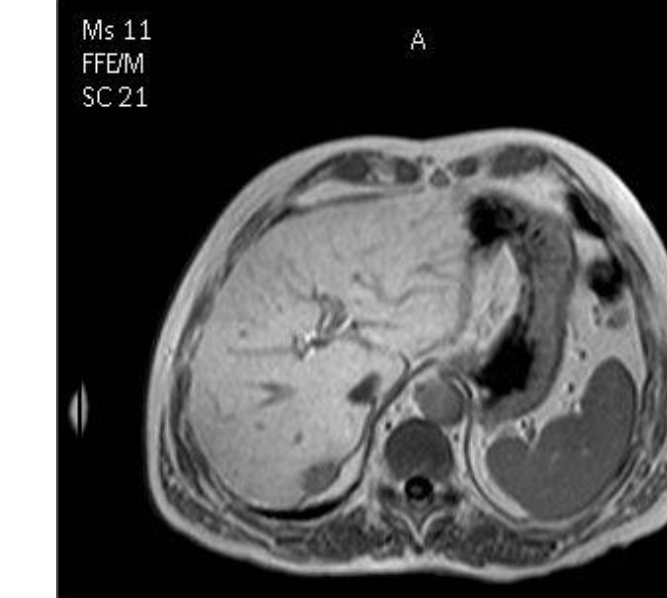
CT-Abdomen (21.03.2012)  
d<sub>max</sub> (cm) 3,9 x 2,5



CT-Abdomen (30.07.2012)  
d<sub>max</sub> (cm) 2,6 x 1,5



MRT-Abdomen (03.08.2012)



11.09.2012: Exzision der Lebermetastase mit Nachresektion Zwerchfell



nach OP 12/2012

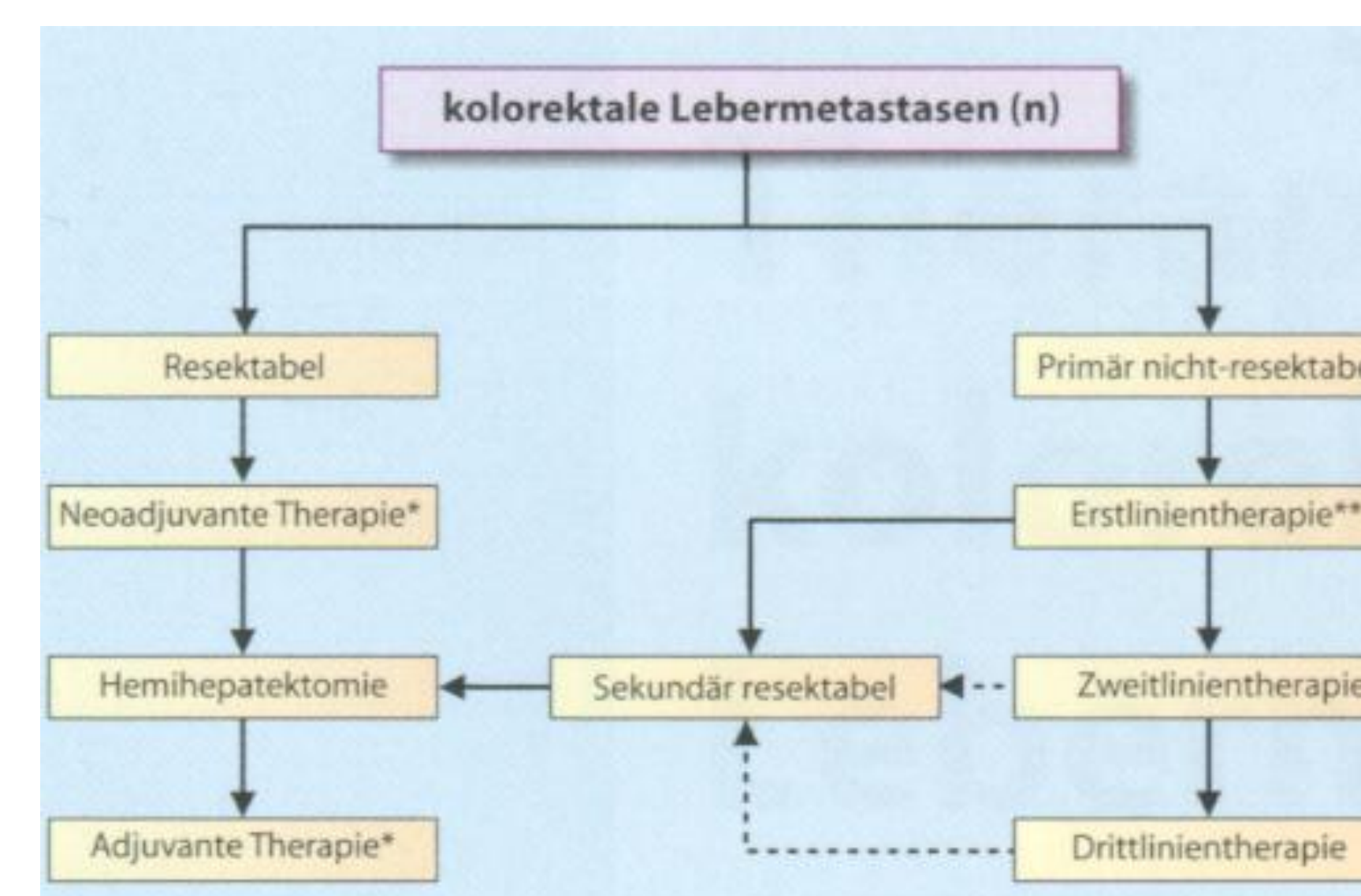


nach OP 02/2013



## Kontraindikation für Leberresektion kolorektaler Lebermetastasen

- nicht resektable extrahepatische Metastasierung
- ausgedehnte Leberbeteiligung mit über 6 Segmenten, über 70% Leberparenchym oder alle 3 Lebervenen mit einbezogen
- schwere Leberinsuffizienz
- Patient allgemein nicht operationsfähig
- Patient lehnt Operation ab



Behandlungsalgorithmus bei kolorektalen Lebermetastasen (modif. nach Kopetz)

**Auch nach mehreren Therapielinien sollte jeweils im interdisziplinären Konsil das Therapiekonzept neu diskutiert werden, um die optimale Behandlung für den einzelnen Patienten festzulegen.**