

# WISSEN AKTUELL

Hausarzt-Fortbildung von Interdigest, Zürich

## Graubereiche der viszeralen Medizin

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe für Gastroenterologie, INTERDIGEST, bestehend aus Chirurgen, Gastroenterologen, Radiologen, Onkologen und Pathologen, hat einmal mehr zu einer Fortbildung für Hausärzte geladen, welche Gelegenheit gab, das Thema «Graubereiche der viszeralen Medizin» aus verschiedenen Perspektiven vertieft zu beleuchten und zu diskutieren.

### «Koliken: sollen Gallensteine gesucht und behandelt werden?»

Unter diesem Thema präsentierte **Dr. med. Beat Helbling**, Zürich, sinnvolle Strategien im Umgang mit Fällen, bei denen unklar ist, ob Ihre klinischen Symptome einen Zusammenhang mit Gallensteinen hätten. Eine solche Situation kann sich sowohl bei asymptomatischen wie auch symptomatischen Trägern von Gallensteinen ergeben. Bezüglich Diagnostik muss festgehalten werden, dass ohne technische Untersuchungen keine Gallensteine festgestellt werden können. Dabei werden Gallenblasensteine in CT und MRI in ca. 20% der Fälle verpasst, die Sonografie schneidet besser ab, aber auch hier können die Steine in 5–10% der bildlichen Darstellung entgehen. Die Prävalenz von Gallensteinen ist altersabhängig, bei den Frauen ist um 50 ein sprunghaftes Ansteigen zu beobachten und bei Männern im Intervall zwischen 50 und 70 Jahren, im Alter liegt die Prävalenz bei rund 40–50%. Bei Patienten, bei welchen Gallenblasensteine als Zufallsbefund festgestellt wurden, entwickeln sich Symptome nach 5 Jahren bei rund 10%, nach 10 Jahren bei 15% und nach 20 Jahren bei 18%. Die Präsentation von Gallenblasensteinen kann vielfältig sein, manchmal wird lediglich über Völlegefühl, Nausea und Druck im Oberbauch berichtet, gelegentlich treten klassische Koliken auf, häufig ist die Symptomatik aber kaum von einer funktionellen Dyspep-



Dr. med.  
Beat Helbling

sie zu unterscheiden, wenn auch die Differenzialdiagnose letztlich klinisch geklärt werden muss, da Leberwerte bei Gallenblasensteinen immer normal sind. Ganz anders präsentieren sich Gallengangssteine, hier sind in 80% Koliken vorhanden, jedoch ist die Diagnose von Gallengangssteinen oft schwierig. Wenn sich auch typischerweise bildgebend ein erweiterter Choledochus darstellen lässt und Leberwerte häufig erhöht sind, ist nichts obligat. Wenn die klinische Wahrscheinlichkeit für Gallengangsstein a priori tief ist empfiehlt Doktor Helbling, keine Diagnostik zu betreiben. Bei sehr hoher Wahrscheinlichkeit, insbesondere beim Vorliegen einer Cholangitis, stark erhöhtem Bilirubin, deutlich dilatiertem Gallengang oder gar Steinnachweis im Ultraschall ist als primäre Diagnostik mit gleichzeitig therapeutischer Option ein ERCP empfohlen. Bei den verbleibenden Fällen mit mittlerem Risiko empfiehlt sich, primär eine Endosonographie oder eine Cholangiographie mittels Magnetresonanztomografie durchzuführen. Zusammenfassend besteht bei asymptomatischen Trägern von Gallenblasensteinen keine Therapieindikation, Gallengangssteine hingegen müssen entfernt werden. Gallenblasensteine mit Koliken werden mittels Cholezystektomie behandelt. Gallengangssteine sollen gesucht werden bei Koliken, erhöhten Leberwerten und insbesondere erweiterten Gallengängen, wenn gleichzeitig eine Therapie angestrebt wird mittels ERCP, ansonsten mittels Endosonographie.

### Soll eine Lebermetastase operiert werden?

**Prof. Dr. med. Pierre-Alain Clavien**, Zürich, lotete die Grau- und Grenzzonen der Chirurgie hepatischer kolorektaler Metastasen aus. Das 5-Jahresüberleben nach Resektion von Lebermetastasen hat innert der letzten 30 Jahre von gut 20 auf nahezu 60% zugenommen. Neben besserer Selektion, besserer interdisziplinärer Betreuung und besserer adjuvanter Chemotherapie spielen die verbesserten chirurgischen Techniken eine wesentliche Rolle an dieser Erfolgsgeschichte.



Prof. Dr. med.  
Pierre-Alain  
Clavien

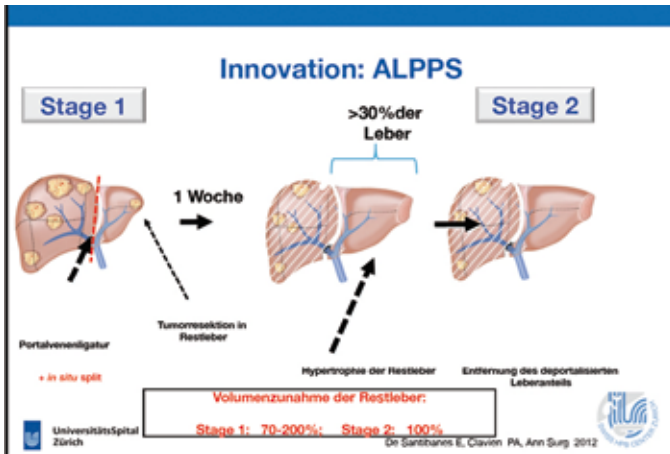


Abb. 1.: Assoziation von Leberaufteilung und Portalvenenligatur im Hinblick auf eine mehrstufige Leberteilresektion

Dabei ist es zu einem eigentlichen Paradigmenwechsel gekommen: Früher wurde beurteilt, was entfernt wird (Anzahl Metastasen  $< 4$ , Grösse  $< 5$  cm), heute zählt, was bleibt (adäquate Restleber nach kompletter RO-Resektion). Entsprechend hat sich das Spektrum der Kontraindikationen gewandelt, wozu früher extrahepatische Metastasen, einzelne Peritonealmetastasen, hiläre Lymphknotenmetastasen und kolorektale Lokalrezidive gezählt wurden. Heute liegt eine Kontraindikation vor, wenn keine RO-Resektion möglich ist, Lungenmetastasen ohne Kurationsmöglichkeit und eine diffuse Peritonealcarcinomatosis bestehen. Zwei Massnahmen helfen, dem Ziel der Resezierbarkeit näher zu kommen, einerseits die Möglichkeit, das Volumen des Tumors durch lokale oder systemische Chemotherapie zu verkleinern, so dass eine parenchymsparende Tumorchirurgie möglich wird, und andererseits, das Volumen der Restleber zu vergrössern. Die Technik, eine Volumenzunahme der Restleber mittels Portalvenenembolisation oder -ligatur zu induzieren, wird seit Mitte der 90er Jahre angewandt.

Ein Durchbruch konnte mit der Weiterentwicklung dieser Methode zur «ALPPS» (Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy) erreicht werden, die 2012 an der Universität Regensburg erstmals beschrieben und heute am Universitätsspital Zürich und weiteren 256 Zentren bereits 868-mal durchgeführt worden ist. In einem ersten Eingriff wird das kranke vom gesunden Lebergewebe mit einem Schnitt getrennt, gleichzeitig wird die Blutzufuhr zum vom Tumor befallenen Teil der Leber gekappt. Dadurch wird der intakte Teil der Leber stärker durchblutet und wächst innerhalb einer Woche um 70–200%. Zwei Wochen nach der ersten Operation wird der kranke Leberteil entfernt. Da der noch funktionierende Teil der Leber zu diesem Zeitpunkt gewachsen ist, können bis zu zwei Drittel des Lebertumens entfernt werden – mehr, als dies mit herkömmlichen Operationsverfahren möglich war (Abb. 1).

Eine weitere Innovation ist das Molekül Myo-Inositol Trispyrophosphat (ITPP) OXY111A, welches den Sauerstoffgehalt in den Karzinomzellen erhöht und über veränderte Signalwege in der Leber zu Apoptose der Karzinomzellen führt sowie eine verbesserte Vaskularisation bewirkt. Diese Substanz wird gegenwärtig in einer klinischen Phase IIA-Studie an 48 Patienten geprüft.

Zur Frage nach dem Prozedere bei einem synchron hepatisch metastasierten Kolorektalkarzinom werden drei Strategien besprochen, bei einzelnen Metastasen können Primärtumor und Lebermetastase in einer kombinierten Operation entfernt werden, bei extensiven Metastasen kommt eine Standard Strategie (Kolonoperation  $\rightarrow$  Chemotherapie  $\rightarrow$  Leberoperation) oder eine reverse Strategie (Leber (evtl. Lunge)  $\rightarrow$  Chemotherapie  $\rightarrow$  Kolonoperation) in Frage. Wichtig dabei sind für den Referenten der interdisziplinäre Ansatz, Kollaboration verschiedener Disziplinen, Behandlung komplexer Fälle im spezialisierten Zentrum, das sich auch in der Forschung und der Transplantationschirurgie engagiert.

Quelle: 9. Hausarzt-Fortbildung Interdigest vom 16. März 2017, Zürich