

Lebertransplantation bei HCC – ein Follow-up am Ordensklinikum Linz in Hinblick auf Transplantationskriterien und Outcome

V. Reiter¹, R. Schöfl², S. Hametner-Schreil²

¹ Salzkammergut Klinikum Vöcklabruck

² Interne 4, Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Endokrinologie und Stoffwechsel, Ordensklinikum Barmherzige Schwestern Linz

Einleitung

Die Lebertransplantation (LTX) stellt eine kurative Therapieoption des hepatozellulären Karzinoms (HCC) dar. Das Barcelona-Schema stellt bei HCC-Patienten/Patientinnen mit Zirrhose ein wichtiges Instrument zur stadiengerechten Therapieentscheidungen, sowie zur Prognoseabschätzung dar. Meist werden die Mailand Kriterien zur Entscheidung für/gegen eine LTX verwendet. Auf Basis der Mailand Kriterien liegen das 5-Jahres-Überleben bei ca. 75% und das Lokalzidivrisiko bei ca. 15%.

Ziel der Arbeit ist es, zu erheben, ob die Entscheidung zur OLTX anhand der Barcelona Clinic Liver Cancer Classification (BCLC) nachvollziehbar ist, wie viele Patienten/Patientinnen tatsächlich entsprechend der Mailand-Kriterien transplantiert wurden und ob die Rezidivrate und Mortalität mit der Literatur übereinstimmen. Diskrepanzen (zB.: unterschiedliches Staging vor OLTX und in der Explantleber) bzw. ein Abweichen von Transplantkriterien sollen dargestellt werden.

Ergebnisse

Von initial 30 Patienten/Patientinnen wurden nur 15 Patienten in die Datenauswertung aufgenommen; 15 erfüllten die Einschlusskriterien nicht (Abb. 1). Alle Patienten waren männlich; das durchschnittliche Alter bei HCC-Erstdiagnose war 58 Jahre, bei Transplantation 59 Jahre.

Alle Patienten hatten eine Leberzirrhose, die Ätiologie der Zirrhose zeigt Abbildung 2. Verteilung des Child-Pugh Stadiums bei Diagnosestellung: CPS A: 10 Patienten, CPS B: 3 Patienten und CPS C: 2 Patienten.

Der Mittelwert des MELD-Scores bei Diagnosestellung lag bei 11,9 (8,5-22). Bei allen Patienten bestand eine portale Hypertension (HVPG \geq 10mmHg und/oder Ösophagusvarizen und /oder Aszites).

Initiales BCLC Stadium bei Diagnosestellung: BCLC 0 n=2, BCLC A n=10, BCLC B n= 3.

Lokalablative Verfahren (TACE, RFA, perkutane Ethanolinjektionen oder eine Kombinationstherapie) als Bridging-to-transplant Strategie oder downstaging Therapie erhielten 14 Patienten.

Von 15 Patienten wurden 13 Patienten innerhalb der Mailand-Kriterien transplantiert (bei Erstdiagnose innerhalb Mailand n=11, durch downstaging Verfahren innerhalb Mailand n=2). Zwei Patienten wurden außerhalb der Mailand-Kriterien transplantiert, was sich jedoch erst retrospektiv in der Explanthistologie zeigte (erfolgloses downstaging n=1, understaging in der Bildgebung n=1). Es ergaben sich bei 4 Patienten diskrepante Befunde vor LTX im Vergleich zur Explanthistologie: Biopsie vor LTX HCC vs. Misch tumor HCC/CCC in der Explanthistologie n=2. Ein „understaging“ in der prä-LTX Bildgebung wurde bei zwei Patienten erhoben.

Medianes follow-up betrug 59 Monate. Die 1-Jahres-Überlebensrate beträgt in unserem Kollektiv 93,4% (siehe Abbildung 3).

3 Patienten (20%) entwickelten ein HCC Rezidiv: n=1 initial außerhalb der Mailand-Kriterien transplantiert aber durch erfolgreiches downstaging in Explantleber kein Tumornachweis; n=2 außerhalb der Mailand-Kriterien transplantiert (Fehl einschätzung in der prä-LTX Bildgebung).

3 Patienten (20%) verstarben: n=1 (Myokardinfarkt 1 Monat nach LTX), n=1 (HCC Progress 2,3 Jahre nach LTX), n=1 (chronische Transplantabstoßung 1,5 Jahre nach LTX).

Zusammenfassung

Beinahe alle Patienten wurden innerhalb der Mailand-Kriterien transplantiert. Die Rezidiv- und Überlebensraten decken sich mit der Literatur. Auf ein „understaging“ in der Bildgebung bzw. Fehl einschätzung des Bridging/Downstaging-Erfolges gehört geachtet, engmaschige Untersuchungen sind individuell sinnvoll.

Methodik

Es handelt sich um eine retrospektive, deskriptive Datenanalyse von Patienten/Patientinnen, welche wegen eines HCCs am Ordensklinikum Linz behandelt wurden und zwischen 01.01.2008 bis 31.12.2018 transplantiert wurden (an den Unikliniken in Graz, Innsbruck oder Wien). Das Follow-up wurde bis Mai 2020 durchgeführt.

Deskriptive Daten zu Geschlecht, Alter, Ätiologie der Lebererkrankung, Stadium der Lebererkrankung (Child-Pugh-Score, MELD-score, Aszites, hepatische Enzephalopathie, portale Hypertension, Varizen/Blutung), Tumorerkrankung (Diagnosezeitpunkt, Anzahl und Größe der Tumorherde, AFP, BCLC Stadium) und Therapie wurden erhoben.

Diese Arbeit ist Teil einer Masterarbeit an der Medizinischen Fakultät JKU.

Abbildung 1: Flow-Chart der eingeschlossenen Patienten

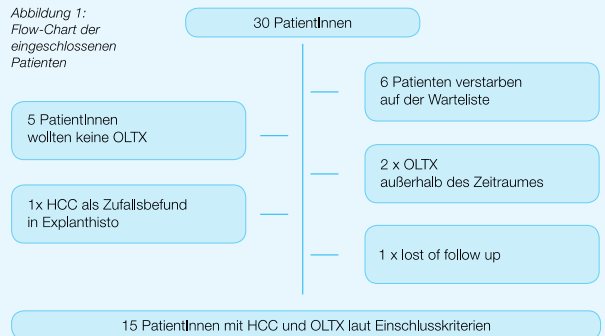


Abbildung 2: Aufteilung der Ätiologie der Leberzirrhose des Patientenkollektivs; HCV Hepatitis C Virus, HBV Hepatitis B Virus, NAFLD nicht-alkoholische Fettleber

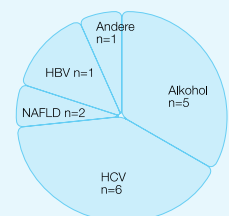


Abbildung 3: Überlebensfunktion anhand der Zeiträume zwischen OLTX und Ende des Follow-Up bzw. Tod in Jahren. x-Achse: Follow-Up in Jahren, y-Achse: Überleben in %

