

SEMINAR

Sonografie

Leberkrebs-Diagnose geht auch ohne Biopsie

B. Schellhaas

Nicht wenige Patienten in der Hausarztpraxis haben ein erhöhtes Risiko, an einem hepatozellulären Karzinom zu erkranken. Diese sollten identifiziert und halbjährlich per Ultraschall gescreent werden. Dabei ist heutzutage eine sichere Diagnose auch ohne Biopsie möglich – dank kontrastverstärkter Bildgebung.

—Das hepatozelluläre Karzinom (HCC), der primäre Leberzellkrebs, ist die sechsthäufigste Tumorentität weltweit mit etwa 768.000 Neuerkrankungen pro Jahr [1, 2, 3]. Die Inzidenz zeigt in den letzten Jahrzehnten eine steigende Tendenz, unter anderem bedingt durch die steigende Prävalenz der chronischen Hepatitis C sowie des metabolischen Syndroms und der nicht-alkoholischen Fettleberhepatitis (NASH) in der westlichen Welt [4, 5, 6].

Ein Großteil der HCCs entsteht auf dem Boden einer chronischen Leberschädigung. Hauptrisikofaktor ist nach wie vor die Leberzirrhose, aber auch chronische Lebererkrankungen ohne zirrhotischen Umbau können die Ent-

stehung von Leberkrebs begünstigen (Tab. 1).

Da eine kurative Therapie des HCC nur in frühen Stadien möglich ist, ist die Früherkennung für die Prognose des Patienten entscheidend. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) empfehlen daher bei allen HCC-Risikopatienten als Screening eine Abdomensonografie alle sechs Monate [7]. Jede solide Raumforderung in einer zirrhotischen Leber ist primär malignitätssuspekt und sollte weiter abgeklärt werden.

Die Diagnose eines HCC kann bei Hochrisikopatienten heutzutage auch nicht-invasiv, also ohne Gewebeentnahme gestellt werden. Dafür müssen typische Kriterien in der kontrastverstärkten Bildgebung erfüllt sein. Zur Verfügung stehen die kontrastverstärkten Verfahren Ultraschall (CEUS), Computertomografie (CE-CT) und Magnetresonanztomografie (CE-MRT), die als gleichwertig für die nicht-invasive Diagnose eines HCC gelten [7].

HCCs sind arteriell hypervaskularisierte Tumoren. In der kontrastverstärkten Bildgebung zeigt sich daher ein arterielles Kontrastmittel-Hyperenhancement, gefolgt von einem Hypoenhance-



Dr. med.
Barbara Schellhaas
Medizinische Klinik 1
Ulmenweg 18
D-91054 Erlangen

MMW-Fortbildungsinitiative:
Gastroenterologie für den Hausarzt
Regelmäßiger Sonderteil der
MMW-Fortschritte der Medizin.



Herausgeber:
Gesellschaft für Gastroenterologie
in Bayern e. V.; Tassilostr. 2, D-85540 Haar
Tel.: 089/3265-3672
E-Mail: info@gfgb.org
Internet: www.gfgb.org

Redaktion:
Prof. Dr. med. W. Scheppach, Würzburg
Prof. Dr. med. R. M. Strauch, München
Prof. Dr. med. D. Strobel, Erlangen
Prof. Dr. med. H. S. Fießl, München

ment in der portalvenösen und/oder der Spätphase (Abb. 2) [8–10]. Bei einem solchen „HCC-typischen“ Kontrastmittelverhalten gilt die Diagnose eines HCC als gesichert (Abb. 3). Findet sich hingegen kein derartiger Vaskularisationsbefund, ist eine weitere kontrastver-

Tab. 1 Risikofaktoren für die Entwicklung eines HCC

• Leberzirrhose jeglicher Ätiologie
• chronische Virushepatitis B
• chronische Virushepatitis C mit fortgeschrittenen fibrotischen Veränderungen
• nicht-alkoholische Steatohepatitis (NASH)
• Hämochromatose



Abb. 1 Sonografischer HCC-Befund: kontrastverstärkt (l.) und B-Bild (r.). Oben ist die arterielle Phase, unten die venöse Phase dargestellt.

stärkte Bildgebung oder eine Gewebentnahme erforderlich [7].

Ist das HCC einmal diagnostiziert, erfolgt die Stadieneinteilung – üblicherweise anhand der Klassifikation der Barcelona Clinic for Liver Cancer (BCLC).

Hier gehen neben der Tumorausdehnung auch die Leberfunktion gemäß dem Child-Pugh-Score sowie der Allgemeinzustand des Patienten gemäß dem Index der Eastern Cooperative of Oncology Group (ECOG) ein [11].

Aus der Stadieneinteilung des HCC leitet sich eine unmittelbare Therapieempfehlung ab (Abb. 3). Wichtig ist, dass die Therapieentscheidung keinem starren Schema folgen kann, sondern stets eine Einzelfallentscheidung sein muss. Jeder Patient mit einem HCC sollte daher in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden, im Rahmen derer Experten auf den Gebieten der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Radiologie, der Strahlentherapie und der Pathologie auf der Basis von Tumorgegebenheiten, Leberfunktion, Komorbiditäten und Präferenzen des jeweiligen Patienten das optimale Therapiekonzept erarbeiten.

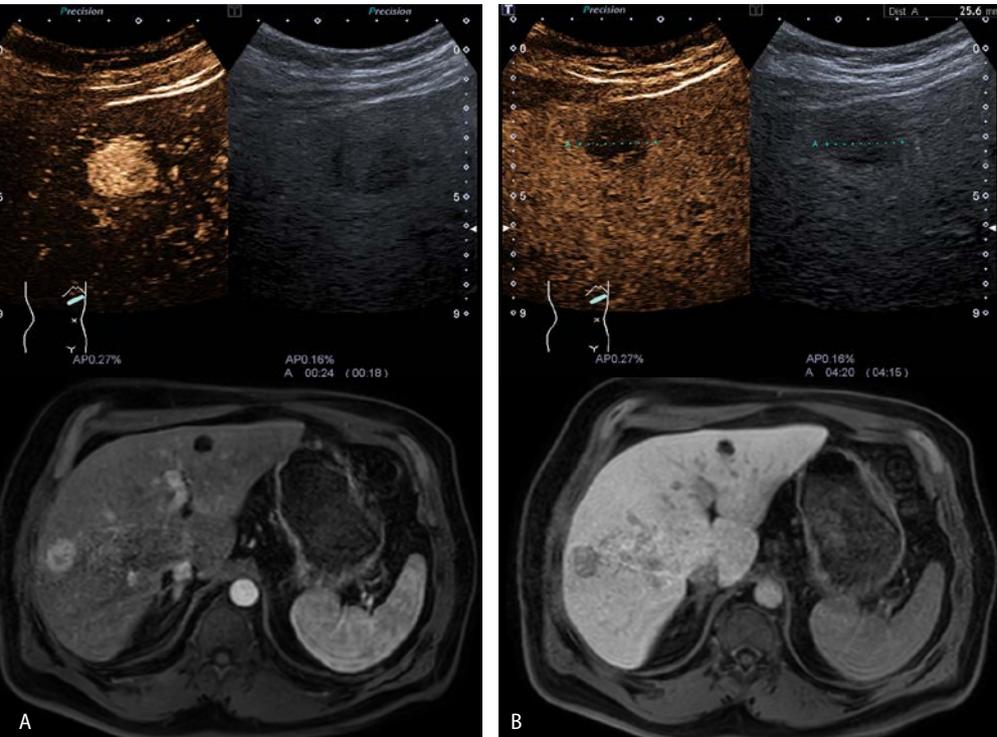
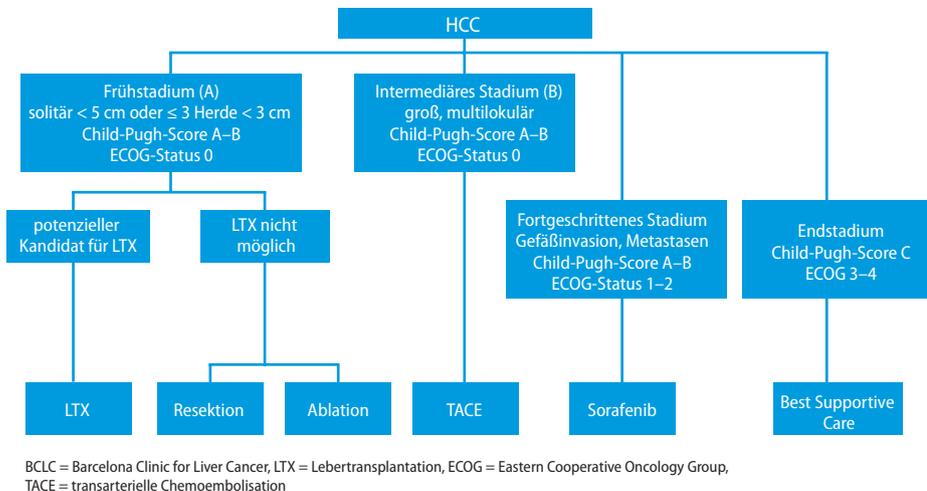


Abb. 2 Deutliches Hyperenhancement in der arteriellen Phase (A) und Hypoenhancement in der Spätphase (B), jeweils oben im CEUS und unten im CE-MRT. Damit ist die Diagnose gesichert, eine Biopsie ist nicht erforderlich.

Abb. 3 Therapeutischer Algorithmus beim hepatozellulären Karzinom, basierend auf den BCLC-Stadien



→ Literatur: springermedizin.de/mmw

→ Title and Keywords: Non-invasive diagnosis of hepatocellular carcinoma
Hepatocellular carcinoma / contrast enhanced ultrasound / liver cirrhosis

→ Dr. med. Barbara Schellhaas
Medizinische Klinik 1,
Ulmenweg 18, D-91054 Erlangen
E-Mail: barbara.schellhaas@uk-erlangen.de

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Da die Früherkennung entscheidend ist, müssen alle HCC-Risikopatienten in ein Screening eingeschlossen werden (Abdomensonografie alle sechs Monate).
2. Das HCC kann bei Risikopatienten nicht-invasiv in kontrastverstärkter Bildgebung (CEUS, CE-CT, CE-MRT) diagnostiziert werden, wenn ein typisches Vaskularisationsmuster vorliegt.
3. Die Stadieneinteilung des HCC nach der BCLC-Klassifikation berücksichtigt neben der Tumorausdehnung auch die Leberfunktion und den Allgemeinzustand des Patienten.
4. Jeder HCC-Patient sollte in einer interdisziplinären Lebertumorkonferenz vorgestellt werden. Die Therapieentscheidung muss immer individuell erfolgen.