

Levermetastaser fra kreft i tykktarm eller endetarm kan fjernes med kirurgiske metoder, men pasientsелеksjonen er krevende

Kirurgi ved levermetastaser

Årlig påvises 3 500 nye tilfeller av kolorektal kreft i Norge. Halvparten av pasientene får metastaser til leveren. Dette nummer av Tidsskriftet inneholder tre artikler om behandling av levermetastaser (1–3). Søreide og medarbeidere har ut fra nærmere definerte kriterier gjennomgått de siste ti års publikasjoner om reseksjon av levermetastaser (1). Frich (og medarbeidere) omtaler nyere metoder som ablasjonsbehandling i en oversiktsartikkel (2) og presenterer et materiale med pasienter behandlet med termisk destruksjon av levermetastaser primært bedømt inoperable (3). Til tross for at det ikke finnes noen randomiserte kontrollerte studier av disse metodene, konkluderer Søreide og medarbeidere med at leverreseksjon er all annen terapi overlegen (1). Femårsoverlevelsen er 30–50 %, og resultatene er særlig gode ved sykehus der mange pasienter behandles (4).

I 2006 ble det i Norge utført omkring 200 reseksjoner av levermetastaser etter kolorektal kreft; rundt to tredeler av disse ved Rikshospitalet eller Ullevål universitetssykehus. Levermetastaser er til stede hos 25 % av pasientene på operasjonstidspunktet for kolorektal kreft, men med dagens bildediagnostikk er det ikke nødvendig å ta biopsi av en suspekt leverlesjon. Biopsitaking kan gi økt risiko for spredning og dermed lavere overlevelseshastighet. Er det mistanke om spredning til lever, bør lesjonen være i fred eller pasienten henvises videre. Er man i tvil om pasienten kan profitte på reseksjon av levermetastaser, bør pasienten henvises til sykehus med særskilt kompetanse innen leverkirurgi.

Økende erfaring med metastasekirurgi har medført at tidligere kontraindikasjoner mot reseksjon av levermetastaser ikke gjelder lenger. Behandlingen er nå mer aggressiv, multimodal og basert på samarbeid mellom flere spesialiteter, særlig innen kirurgi, onkologi og radiologi. Leverreseksjon kan utføres som standard åpen eller laparoskopisk prosedyre. Det er mulig å fjerne vanskelig tilgjengelige tumorer med avanserte teknikker, slik som rekonstruksjon av kar og autotransplantasjon. I tillegg er det innført ablasjonsteknikker hvor tumor kan drepes ved frysing (kryokirurgi) eller termisk radiofrekvensablasjon. Også bruk av kjemoterapi er blitt vanligere (5). Metastaser til begge leverlapper og ekstrahepatisk spredning til diafragma, hilusglandler eller lunge er heller ikke absolutte kontraindikasjoner.

Hvilke pasienter bør så tilbys kirurgisk behandling av levermetastaser? Det er enighet om at det ikke eksisterer entydige kriterier, men det arbeides nå for å oppnå konsensus både i Norge og internasjonalt. Prognostiske faktorer har vist seg å være lite egnet ved utvelgelse av pasienter (6). Pasientsелеksjonen er følgelig en krevende oppgave, der praksis kan variere noe. En pasient kan bli bedømt inoperabel ved ett sykehus, mens et annet sykehus vil tilby operasjon. Preoperative faktorer kan si noe om prognosen, men bør generelt ikke brukes for å ekskludere pasienter fra kirurgisk behandling.

Utvelgelsen av pasientene skjer på bakgrunn av klinisk vurdering og bildediagnostikk. Ved Rikshospitalet benyttes multidetektor-CT eller -MR, eventuelt supplert med ultralydundersøkelse med kontrast. I internasjonale studier ser positronemisjonstomografi (PET) ut til å være bedre til å påvise ekstrahepatisk metastasering. Nytt ved kartlegging av intrahepatisk metastasering er mer usikker.

Om det er tilstrekkelig restlever, er avgjørende for om reseksjon av levermetastaser kan gjøres. For pasienter som primært blir bedømt inoperable, er det derfor viktig å få vurdert om det er mulig å øke den friske leverens volum for derved å kunne gjennomføre en radikal reseksjon. Økning av leverens restvolum kan gjøres ved å embolisere den mest affiserte sides portvenegren. Alternativt kan det gjøres en tottrins kirurgisk reseksjon. Begge prosedyrer kan kombineres med kjemoterapi og/eller ablasjonsmetoder. Selv ved metastasering til samtlige leversegmenter vil det kunne være mulig å oppnå radikal fjerning av svulstvevet og bedre langtidsoverlevelsen. For selekterte pasienter har Rikshospitalet tilbud om levertransplantasjon som utprøvende behandling.

Hyppigheten av metastaseresidiv er relativt høy både etter reseksjon og ablasjon, og pasientene må derfor følges opp regelmessig. Billediagnostikken må utføres på adekvat måte. Ved metastaseresidiv kan det være fullt mulig å gjenta prosedyren, og resultatene etter slik rereseksjon er like gode som etter førstegangs reseksjon. Det er også mulig å utføre en tredje reseksjon med samme resultat.

Kirurgisk behandling av levermetastaser etter kolorektalkirurgi har gjennomgått en rivende utvikling de siste årene og er blitt et etablert behandlingstilbud internasjonalt. Ved Rikshospitalet utføres nå om lag en firedel av alle leverreseksjoner laparoskopisk, og den samme utviklingen skjer i andre land (7). Hvilken rolle levertransplantasjon kan få, er uavklart. Multimodale behandlingsopplegg, inkludert kjemoterapi som kan øke langtidsoverlevelsen ytterligere og føre til at flere pasienter kan tilbys kirurgi, testes nå ut i kontrollerte, randomiserte studier. Det er grunn til behersket optimisme med tanke på å bedre prognosen for pasienter som rammes av levermetastaser etter operasjon for kolorektal kreft.

Øystein Mathisen

oystein.mathisen@rikshospitalet.no

Bjørn Atle Bjørnbeth

babj@uus.no

Øystein Mathisen (f. 1954) og Bjørn Atle Bjørnbeth (f. 1962) er seksjonsoverleger ved henholdsvis Kirurgisk klinikk, Rikshospitalet, og Kirurgisk avdeling, Ullevål universitetssykehus, Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Søreide JA, Eiriksson K, Sandvik O et al. Kirurgisk behandling av levermetastaser fra kolorektal kreft. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 50–3.
2. Frich L, Brabrand K, Aaløkken TM et al. Radiofrekvensablasjon av kolorektale levermetastaser. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 57–60.
3. Frich L. Lokal ablasjon av kolorektale levermetastaser – en systematisk oversikt. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 54–6.
4. Fong Y, Gonen M, Rubin D et al. Long-term survival is superior after resection for cancer in high-volume centers. Ann Surg 2005; 242: 540–4.
5. Nordlinger B, Benoist S. Benefits and risks of neoadjuvant therapy for liver metastases. J Clin Oncol 2006; 24: 4954–5.
6. Zakaria S, Donohue JH, Florencio G et al. Hepatic resection for colorectal metastases – value for risk scoring systems? Ann Surg 2007; 246: 183–91.
7. Koffron A, Geller D, Gamblin C et al. Laparoscopic surgery: shifting the management of liver tumors. Hepatology 2006; 44: 1694–700.