

## RÖKO-PRESSEMITTEILUNG

### **Radioembolisation: Beim Leberkrebs mehr als nur eine Alternative!**

*Bei Patienten mit nicht operierbarem Leberzellkrebs steht mit der Radioembolisation eine radiologisch-nuklearmedizinische Therapie zur Verfügung, die auch im fortgeschrittenen Stadium sicher und effektiv ist. Im Vergleich zu anderen Therapien wird die Behandlung von den Patienten gut vertragen und sollte deswegen bei dafür geeigneten Patienten in der Behandlungsplanung möglichst mit erwogen werden.*

Patienten mit primärem Leberzellkrebs (HCC) werden gemäß internationaler Übereinkunft anhand der Barcelona-Kriterien in die Stadien A bis C eingeteilt. Während im Stadium A, wenn möglich, operiert werden oder eine Radiofrequenzablation mit dem Ziel erfolgen sollte, die Patienten dauerhaft zu heilen, geht es ab dem Stadium B darum, den Patienten bei guter Lebensqualität ein möglichst langes Leben zu ermöglichen. Im Stadium B kommt dabei als Lokalthherapie oft ein TACE genanntes Verfahren zum Einsatz, bei dem Chemotherapeutika mit einem Katheter vor Ort in die Lebergefäße injiziert werden, die den Tumor versorgen. Im Stadium C erhalten Patienten oft eine, allerdings schlecht verträgliche, systemische Chemotherapie mit Sorafenib.

### **Radioembolisation beim HCC: Auch Mehrfachtherapien sind möglich**



Dr. Claus Christian Pieper

Dr. Claus Christian Pieper vom Universitätsklinikum Bonn berichtet beim 98. Deutschen Röntgenkongress / 8. Gemeinsamer Kongress der DRG und ÖRG (24.-27. Mai 2017, Leipzig), von Erfahrungen mit insgesamt 115 Patienten mit fortgeschrittenem Leberkrebs in den Stadien B und C, die er mit der Methode der Radioembolisation behandelt hat. Dabei handelt es sich um eine spezielle Form der Strahlentherapie. Mit Strahlenquellen beladene Teilchen, so genannte Mikrosphären, werden per Katheter in die Leber eingebracht. Sie verlegen die Blutgefäße, die den Tumor versorgen und setzen vor Ort ionisierende Strahlung frei, die den Tumor zusätzlich schädigt.

Die Radioembolisation ist bei Patienten mit Lebertumoren ein mittlerweile etabliertes Verfahren, das von den Patienten sehr gut toleriert wird. Beim primären Leberkrebs gibt es zwar zunehmende Erfahrungen, große Patientenserien, wie die von Dr. Pieper sind aber selten. Bei 115 Patienten wurden insgesamt 158 Radioembolisationen durchgeführt. „Das zeigt bereits, dass es sich um ein Verfahren handelt, das auch mehrfach angewandt werden kann“, so Pieper. Die Wirksamkeit der Behandlung bewertet der Radiologe als gut: Der Anteil der Patienten, bei denen der Tumor zeitweise unter Kontrolle gebracht werden konnte, betrug 76,7 Prozent. Etwas mehr als jeder dritte Patient sprach auf die Behandlung objektiv an, das heißt der Tumor wurde kleiner. „Vor allem wenn man berücksichtigt, dass wir auch Patienten im Stadium C



therapiert haben, sind das gute Quoten. Die Radioembolisation muss sich nicht verstecken.“ Die Patienten im Stadium B überlebten nach der Therapie im Median 373 Tage, bei Patienten im Stadium C waren es 183 Tage.

### **Verträglichkeit ist deutlich besser als bei Chemotherapie**

Als großen Vorteil der Radioembolisation beim HCC betrachtet Pieper die vergleichsweise gute Verträglichkeit der Methode: „Bei der TACE treten beispielsweise häufig Schmerzen oder Übelkeit auf. Das gibt es bei der Radioembolisation seltener.“ Auch im Vergleich zur systemischen Chemotherapie mit Sorafenib sieht Pieper klare Vorteile: „Sorafenib ist im Stadium C der Leitlinienstandard. Aber es ist kein guter Standard. Das Überleben der Patienten wird nur marginal verbessert, und der Preis, den die Patienten dafür bezahlen, ist hoch.“

Die schlechte Verträglichkeit der Chemotherapie führt unter anderem dazu, dass nur selten mit jenen Dosierungen behandelt wird, die in den Zulassungsstudien eingesetzt wurden. „Der Nutzen ist deswegen in Wirklichkeit wahrscheinlich sogar geringer als in den Studien“, so Pieper. Auch vor diesem Hintergrund sollte die Radioembolisation nicht nur im Stadium B, sondern auch im Stadium C als legitime Therapieoption betrachtet werden. „Entscheidend ist, dass die Patienten gut ausgewählt werden“, betont der Experte. Am besten geeignet seien Patienten, die noch eine ausreichende Leberfunktion haben und die ihre Erkrankung noch nicht zu stark in Mitleidenschaft gezogen hat.

#### **PRESSEKONTAKT**

Deutsche Röntgengesellschaft e.V.  
Pressestelle, Anne-Katrin Hennig  
Ernst-Reuter-Platz 10 / D-10587 Berlin  
Fon: +49 (0)30 916 070 -26 / Fax: -22  
Mail: [hennig@drq.de](mailto:hennig@drq.de)

## GALERIE

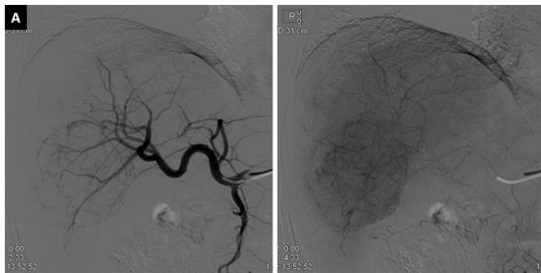


Abb. 1a

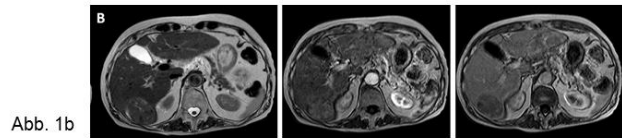


Abb. 1b

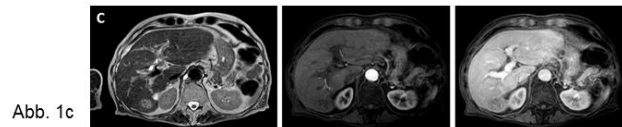


Abb. 1c



Abb. 2a



Abb. 2b

**Abbildung 1.** 79-jähriger Patient mit HCC (Stadium BCLC B) auf dem Boden einer äthyltoxischen Leberzirrhose. (A) zeigt die Katheterangiographie der Leberarterie während der Radioembolisation in der angiographischen (links) und in der Parenchymphase (rechts) mit pathologischen Tumorgefäßen im rechten Leberlappen. (B) zeigt die Bilder der MRT-Untersuchung vor Radioembolisation (links: T2-Wichtung, Mitte: T1-Wichtung in arterieller Kontrastmittelfase, rechts: T1-Wichtung in der venösen Phase) mit HCC-Herd im dorsalen rechten Leberlappen. (C) zeigt die MRT-Verlaufskontrolle 14 Monate nach Radioembolisation (links: T2-Wichtung, Mitte: T1-Wichtung in arterieller Kontrastmittelfase, rechts: T1-Wichtung in der venösen Phase). Der Tumor ist deutlich kleiner und reichert kein Kontrastmittel mehr an. Der Patient verstarb 18 Monate nach der Radioembolisation auf Grund anderer Ursachen.

**Abbildung 2.** Computertomographie (CT) in arterieller Kontrastmittelfase eines 60-jährigen Patienten mit großem, zentral gelegenem HCC mit mehreren Satellitenherden (Stadium BCLC C) unmittelbar vor (A) und 24 Monate nach Radioembolisation (B). Der Tumor war nach einmaliger Therapie deutlich größenrückläufig und im Verlauf über mehr als zwei Jahre stabil.