

Endoskopieunterstützte Radiofrequenzablation: Warum nicht auch im Gallengang?

Das zentrale Gallengangskarzinom ist eine besondere Erkrankung: Wenn es nicht durch operative Entfernung kurierbar ist, stirbt der Patient selten am Tumor selbst, sondern an den Komplikationen der Cholestase, die vom Tumor ausgelöst werden.

Die Krankheit ist mit einer Inzidenz von 1,1/100.000 und Jahr selten, sie fällt entweder als Zufallsbefund im Labor oder in einem bildgebenden Verfahren auf oder äußert sich durch schmerzlosen Ikterus, manchmal kompliziert durch Cholangitis oder Juckreiz. Die Diagnose wird dann durch ein MR mit MRCP bestätigt. Prognose und Planung einer Resektion hängen davon ab, wie weit der Tumor nach hepatal zu die Gallengangsaufzweigungen erreicht. Dabei bezeichnet das Bismuthstadium I einen Tumor unterhalb der Gabel, II den Befall der Aufzweigung ohne die Segmentäste zu erfassen, III die einseitige und IV die beidseitige Infiltration der Segmentaufzweigungen. Die Einteilung nach Bismuth orientiert sich am Cholangiogramm, lässt aber unberücksichtigt, dass die Tumore manchmal ohne Lumeneinengung tapetenartig entlang der Mukosa leberwärts wachsen, weiter als am Cholangiogramm erkennbar ist. Das bräuchte eine perkutane Cholangioskopie mit Biopsie, um es zu entdecken, ist aber in Europa im Unterschied zu Asien wenig gebräuchlich. Das Bismuth-Stadium ist deshalb so wichtig, weil es die handwerkliche Realisierbarkeit der Anastomose und das Ausmaß der zu erwartenden Gefäßinfiltration besser als TNM vorhersagt. Vielleicht wird da in Zukunft die intraduktale Sonogra-

phie während ERCP oder PTC diese Information noch akkurater liefern.

Wenn es um die histologisch/zytologische Sicherung der Diagnose geht, stehen EUS-FNA, Zangenbiopsie und Bürstenabstrich bei einer ERCP oder PTC zur Auswahl. Häufig greift man zur ERCP, weil es der einfacheren ubiquitär verfügbare Zugang ist, allerdings um den Preis eines erheblichen Cholangitisrisikos in den Stadien Bismuth II-IV.

Die einzige Heilungschance ist die chirurgische Resektion, entweder als einzige Modalität oder eingebettet in neoadjuvante, adjuvante oder mit Augmentation oder Lebertransplantation gekoppelte multimodale Konzepte. Details wie die Frage, wann und in welchem Ausmaß die Leber mitreseziert werden muss, werden von Chirurgen kontrovers diskutiert. Die Prognose nach Resektion ließ sich durch Verfeinerung der Auswahl, Technik und medikamentösen Begleitbehandlung von ca. 20 auf ca. 60% 5-J-ÜLR anheben.

Aber wenn der Tumor weit fortgeschritten ist (Bismuth IV) oder die meist alten Patienten durch Allgemeinzustand und Multimorbidität einfach nicht operabel sind, ist die palliative Behandlung gefordert. Es geht darum, die Cholangitis, die meist die lebenslimitorende Komplikation wird, solange wie möglich hintanzuhalten. Um Stenosen und Verschlüsse wieder zu eröffnen, braucht es zuerst mechanische Methoden wie Dehnung und Stentimplantation, andererseits können ergänzend lokalablative Verfahren wie die

Brachytherapie, photodynamische Therapie oder das hier für den Gallengang neu und erstmals beschriebene Verfahren der Radiofrequenzablation eingesetzt werden.

Um die beste Art des Stentings herrscht nach wie vor kein Konsens. Die Fragen, ob die Stents endoskopisch oder perkutan eingesetzt werden sollen, ob man Plastik oder Metall den Vorzug geben soll und ob einseitiges Stenting ausreicht oder eine Ableitung beider Leberlappen angestrebt werden soll, sind nach wie vor umstritten. Es kristallisiert sich allmählich heraus, dass dem endoskopischen Zugang wegen der Einfachheit und der Komplikationsarmut zuerst einmal Vorrang eingeräumt werden soll, dass das Füllen beider Seiten mit dann nur einseitiger Drainage gefährlich ist (Cholangitis im undrainierten Teil der Leber), beidseitige Stenteinlagen schwieriger und komplikationsträchtiger sind, aber etwas bessere Ergebnisse liefern, wenn sie funktionieren und Metall zwar länger durchgängig ist, für die zusätzliche ablative Lokalbehandlung aber ein Hindernis darstellt und nur nach ihrem Abschluss günstig sein dürfte - aber über all dies lässt sich nach wie vor trefflich streiten.

Während die biliäre Brachytherapie nie einen Überlebensvorteil beweisen konnte, hat die palliative photodynamische Therapie am Gallengang in zwei unabhängigen deutschen randomisierten Studien das geschafft. Allerdings ist der Aufwand erheblich (Laser, Photosensibilisator, Lichtschutz etc.). Daher scheint es attraktiv, eine wirksame, aber

weniger aufwändige Alternative in die Hand zu bekommen. Die Radiofrequenzablation könnte das sein. Bislang gibt es aber nur diese eine Pilotstudie, die mehr die Machbarkeit als die Wirksamkeit belegt.

Wie funktioniert's:

Einführungsdrähtergängiger (0,035") 8F-Katheter trägt am Ende zwei Elektroden, die distale 5 mm vom Katheterende entfernt und die proximale 8 mm von der distalen. Strom fließt zwischen den beiden Elektroden und schafft eine hitze- und strominduzierte annähernd zylinderförmige Nekrosezone von etwa 25 mm Länge und mir unbekannter Tiefe. Die Stromapplikation erfolgt über einen Generator, der dafür 400 kHz Wechselstrom mit 7-10 W liefert und dauert etwa 120" mit 60" Abkühlphase, ein überlappungsfreies Anstücken ist möglich. Typischerweise warnen die Patienten mit einer Plastikpro-

these zuvor versorgt worden und nach der RFA wurden ein oder zwei Metallstents eingesetzt.

Im Rahmen der hier besprochenen Pilotstudie, die erste am Menschen, wurden 22 Patienten, davon 6 hiläre Cholangiokarzinome, eines davon beidseitig, behandelt. Als wesentliche akute Komplikationen wurden eine akute Pankreatitis und zwei akute Cholezystitiden registriert, letztere bedurften einer interventionellen Therapie. Innerhalb von 90 Tagen wurden unter den 22 ein technisches Versagen, ein primäres klinisches Versagen und drei Stentverschlüsse im Verlauf beobachtet.

Ich habe noch keine persönlichen Erfahrungen mit der Methode, erste Anwendungen fanden in Österreich, in Salzburg und in Wiener Zentren, statt (siehe Kommentar von C. Madl, Seite 9)

Steel et al. haben in ihrer Arbeit die Machbarkeit und Komplikationsarmut der Methode gezeigt. Wir warten mit Spannung auf eine randomisierte Vergleichsstudie zur alleinigen Metallstent-Drainage, in der die Methode ihre Wirksamkeit nachweisen muss, d. h., ob dadurch die Durchgängigkeit der anschließend eingesetzten Metallstents verbessert werden kann. Bis dahin handelt es sich um ein interessantes, vielversprechendes, aber experimentelles Verfahren.

Werden wir es für Österreich schaffen, die Pilotanwendungen prospektiv in einem gemeinsamen Register zu erfassen?

Prim. Univ. Doz. Dr. Rainer Schöfl

4. Interne Abteilung
Krankenhaus der Elisabethinen
Linz

rainer.schoefl@elisabethinen.or.at