

# Hepatocellulært karcinom og andre levertumorer

## Dansk Selskab for Hepatologi (DASL)

Afdelingslæge Henning Grønbaek &  
Levertumorgruppen Århus Sygehus\*

Hepatocellulært karcinom (HCC) er i Danmark den hyppigste primære leverkræft efterfulgt af cholangiokarcinom. HCC optræder ved cirrose (> 85%) og uagtet ætiologi. Cirrosepatienter anbefales screenet med  $\alpha$ -fötoprotein (AFP) og ultralyd af leveren hver 6.-12. måned. Påvisning af levertumor > 2 cm hos en cirrosepatient er med 95% sandsynlighed HCC uanset AFP-niveau. AFP > 400 ng/ml eller stigende AFP er oftest diagnostisk. 10-20% af HCC'er producerer ikke AFP. Ved mistanke om HCC vurderes tumoren med computertomografi/magnetisk resonans-skanning, og ved en hypervaskulær proces bekræftes diagnosen. Den billeddiagnostiske stadiinddeling er vejledende for behandlingsmulighederne. Leverbiopsi anvendes i tvivlstilfælde, ikke primært pga. risiko for tumorspredning i stikkanalen (3-4%) [1].

### Behandling

Prognosen for HCC bestemmes af tumorens karakteristika (TNM-stadiet) og graden af cirrose (Child-Pugh-klasse) [2]. Behandlingen af HCC (**Figur 1**) er 1) kirurgisk, 2) perkutan, 3) transarteriel og 4) farmakologisk. Potentielt kurativ behandling omfatter 1) og 2), mens 3) og 4) kan forlænge overlevelsen. Kombination af behandlingsmodaliteterne er ofte optimal.

Levertransplantation overvejes ved én tumor < 5 cm eller tre tumorer < 3 cm eller lidt større. Resektion er mulig for de mest leversyge patienter (Child A) med få og små tumorer. Mere leversyge (Child A og Child B) med større tumorer (< 5-6 cm) kan tilbydes radiofrekvensablation (RFA) eller ste-

reotaktisk strålebehandling. Tumorer > 5-6 cm kemoemboliseres. Ved endnu større tumorer, kan tilbydes systemisk kemoterapi eksperimentelt. For de mest leversyge (Child C) med udbredt HCC (> 50% af levervævet) er muligheden palliation.

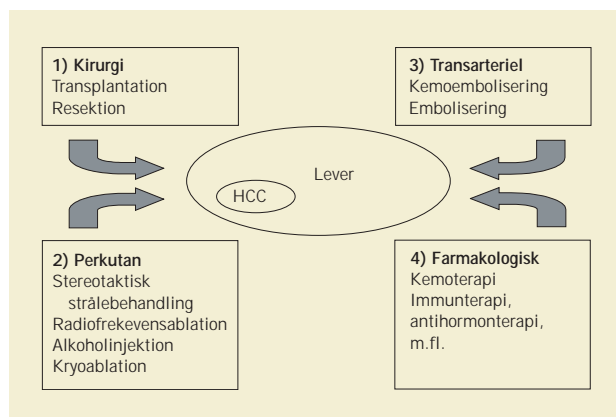
Fordelen ved en centraliseret multimodal vurdering er, at forskellige behandlinger kan kombineres bl.a. i form af kemoembolisering, så patienten fra at være inoperabel kan tilbydes potentielt kurativ lokalbehandling. En anden hyppigt anvendt mulighed er kombination af kirurgisk resektion og peroperativ RFA-behandling. Med disse behandlingsmodaliteter opnår man for de potentielt kurative behandlinger 50-75% femårsoverlevelse, for lokal behandling af mere udbredt sygdom 40-50% treårsoverlevelse, mens etårsoverlevelsen er < 10% for de mest leversyge med størst tumorbyrde.

### Andre levertumorer

Behandlingsprincipperne for HCC kan overføres til andre primære levertumorer og levermetastaser. Patienter med levermetastaser fra kolorektale tumorer, men uden ekstrahepatisk spredning kan potentielt helbredes, hvis levermetastaserne fjernes. Disse patienter bør henvises og vurderes på samme måde som patienter med HCC. Det samme gælder for patienter med neuroendokrine tumorer, hvor den multimodale tilgang har vist sig at være meget nyttig.

### Konklusion

Optimal behandling af leverkræft er multimodal og tilrettet den enkelte patient. Det varetages i centre, som er bemandet med leverkirurger, onkologer, invasive radiologer og hepatologer, der arbejder tæt sammen. Patienter med primær leverkræft eller levermetastaser fra radikalt behandlet kolorektal tumor bør tilbydes vurdering af en sådan levertumorgruppe, som er etableret i Århus og København.



Figur 1. Behandlingsprincipper ved leverkræft. HCC: hepatocellulært karcinom.

Korrespondance: Henning Grønbaek, Medicinsk Afdeling V, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, DK-8000 Århus. E-mail: henning.gronbaek@dadlnet.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet

Artiklen bygger på en større litteraturgennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

\*) Levertumorgruppen: Lone B. Astrup, Peter Ott, Morten Høyer, Flemming Hansen, Dennis T. Nielsen, Sten M. Sørensen, Susanne Keiding, Mogens Rokkjær & Frank Mortensen.

Dansk Selskab for Hepatologi (DASL): Søren Møller (fmd.), Otto Clemmesen, Troels Havelund, Andre Wettergren, Ulrick Becker & Ole Hamberg.

### Litteratur

- Ryder SD, British Society of Gastroenterology. Guidelines for the diagnosis and treatment of hepatocellular carcinoma (HCC) in adults. GUT 2003;52:(suppl 3)iii1-8.
- Sala M, Forner A, Varela M et al. Prognostic prediction in patients with hepatocellular carcinoma. Semin Liver Dis 2005;25:171-80.