

7.1.4.

Primair lever-carcinoom: HCC

1. TNM Classificatie (8^e editie)

Primaire tumor (T)

Tx Tumor niet evalueerbaar

T0 Geen evidentie voor primaire tumor

T1a Solitaire tumor ≤ 2cm met of zonder vasculaire invasie

T1b Solitaire tumor > 2cm zonder vasculaire invasie

T2 Solitaire tumor met vasculaire invasie > 2cm of multipele tumoren, dewelke ≤ 5cm

T3 Multipele tumoren > 5cm

T4 Tumor(en) invadeert een grote tak van de vena porta of vena hepatica met directe invasie in omliggende organen (inclusief het diafragma), behalve de galblaas of met perforatie van het visceraal peritoneum

Regionale lymfeklieren (N)

NX Regionale klierstreken niet evalueerbaar

N0 Geen regionale lymfeklieren aangetast

N1 Metastasen in regionale lymfeklieren

Metastasen op afstand (M)

M0 Geen metastasen op afstand

M1 Metastasen op afstand

2. Risicofactoren

- mannelijk geslacht, mannen hebben een drie- tot achtmaal hoger risico
- cirrose
- Hemochromatose
- alcoholgebruik
- chronische hepatitis B of C
- hepatoxinen, zoals aflatoxine.

Prognose

- In sommige geselecteerde patiëntengroepen zijn na chirurgische resectie 5-jaars overlevingscijfers van 10 tot 39% gerapporteerd.
- Overall prognose slecht: mediane overlevingsduur ongeveer 3 tot 6 maanden.

Prognostisch ongunstige factoren zijn onder andere

- grote tumoren (groter dan 5 cm)
- slecht gedifferentieerde tumoren

- multifocaliteit
- vaso-invasieve groei
- ernstige cirrose

3. Screening

Regelmatige controle van patiënten met hepatitis en/of cirrose op het bestaan van focale leverpathologie, met behulp van echografie (eventueel CT-scan) en alfa-foetoproteïne bepaling.

Wie komt in aanmerking voor screening?

- Voorwaarde is een goede levensverwachting, geen actief ethylisme, en geen contra-indicatie voor heekunde:
 - Alle patiënten met cirrose ongeacht de etiologie
 - Hepatitis B ook zonder cirrose: mannen vanaf 40 j, vrouwen vanaf 50 j
 - Hepatitis C igv gevorderde fibrose vanaf metavir F3

Hoe screenen?

- Bepaling alfa-foetoproteïne en echografie (of evt. KST) 1x per 4-6 maand
- als alfa-FP > 20 dan interval 1x/3maand

4. Diagnostiek

klinische verschijnselen

- verhoogd alfa-foetoproteïne, hepatitis B surface antigen, Hepatitis C antilichamen, levertesten, stolling, albumine.

- NB. Alfa-foetoproteïne:

- Slechts verhoogd bij 60 % van de HCC's
- Waarde > 50 is meestal diagnostisch
- Echter bij 40 % van de hepatitis C patiënten vals verhoogd (tot 100)

Beeldvormend onderzoek

Echografie (zonodig duplex)

CT lever, vierfasen CT van de lever

NMR

Histologisch punctieonderzoek: niet als mogelijke kandidaat voor curatieve resectie of kandidaat levertransplantatie. Wanneer de leverlaesies in de cirrotische lever bij een normaal a-foetoproteïne moeilijk te classificeren zijn: opvolgen: < 1 cm: echo/3maand, als > 1 cm dan KST. Punctie kan worden uitgevoerd als patiënt niet in aanmerking komt voor curatieve resectie. Bij een verhoogd alfa-foetoproteïne is geen punctie nodig.

CT van de thorax en abdomen, alsmede een botscan, wanneer extra-hepatische tumoractiviteit moeten worden uitgesloten.

5. Behandeling

AANPAK VOLGENS BCLC STAGING SYSTEM (Barcelona Clinic Liver Cancer)

- Indien mogelijk chirurgische resectie in het geval van unifocale tumoren kleiner dan 5 cm (dan wel multifocale tumoren kleiner dan 5 cm, beperkt tot één leverlob) bij patiënten die geen kandidaat zijn voor transplantatie doch wel een acceptabele functionele lever reservecapaciteit hebben.

- Voor kleine HCC's < 3 cm kan RFA als gelijkwaardige behandeling met chirurgie worden beschouwd.
- Levertransplantatie moet overwogen worden bij patiënten met beperkte leverfunctie, met 1 letsel < 5 cm of maximum 3 letsels < 3 cm, zonder metastasen (= MILAAN-criteria OLTX)
- Indien heelkunde, RFA of transplantatie niet mogelijk, en het HCC niet gemetastaseerd is, kan SIRS of TACE worden uitgevoerd. SIRS is mogelijk ingeval van Vena porta trombose.
- SBRT (stereotactic body RT) is een mogelijke behandeling indien patient niet in aanmerking komt voor één van hierboven vermelde technieken, of salvage na deze technieken, of adjuvant aan RFA of TACE, of als 'Bridge to OLTX'
- Indien ook dit niet mogelijk is, is er een palliatieve behandelingsmogelijkheid met Sorafenib, een tyrosine kinase remmer (SHARP-trial, OS 46 weken versus 34 weken). Sorafenib is enkel terugbetaald bij gevorderd HCC, bioptisch bewezen, met hoogstens een cirrose-stadium CHILD A bij een patiënt die niet in aanmerking komt voor levertransplantatie.

BCLC stadium	Stage	
0	Very early stage	1 HCC <2cm
A	Early stage	1 letsel (<5cm) of 3 letsels (allen <3cm)
B	Intermediate stage	Multinodulaire ziekte (stadium B is dus heterogene groep)
C	Advanced stage	V porta invasie of N+ of M+
D	Terminal stage	Terminaal, Child C, M+, slechte toestand

