

Multimodale Therapie des HCC

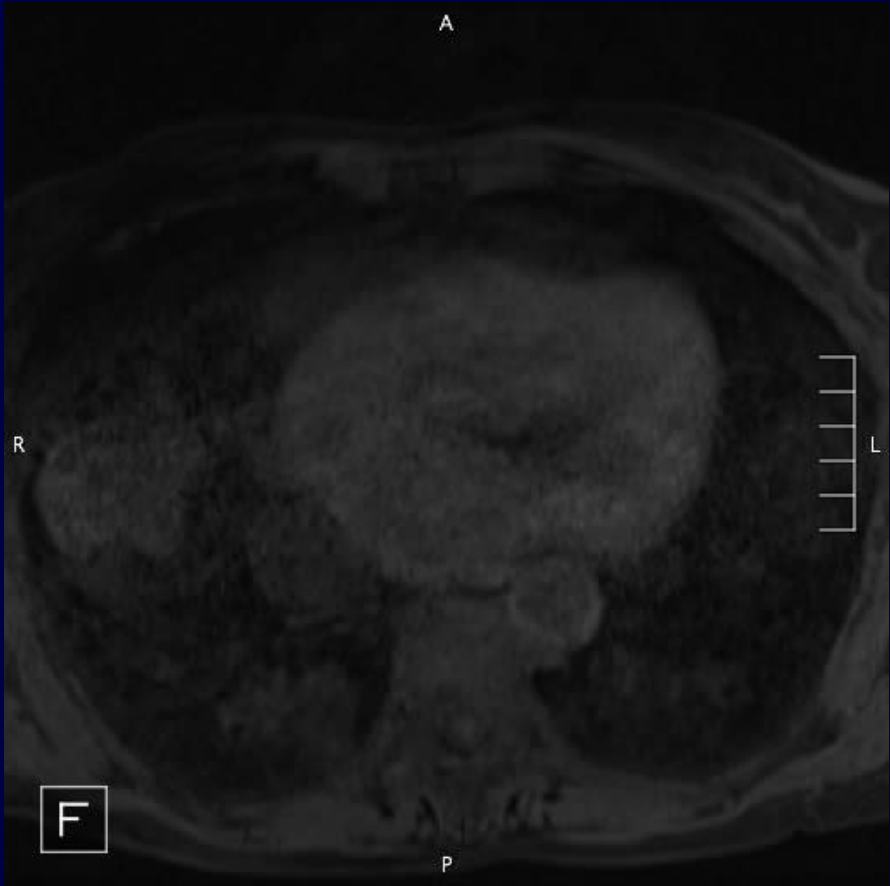
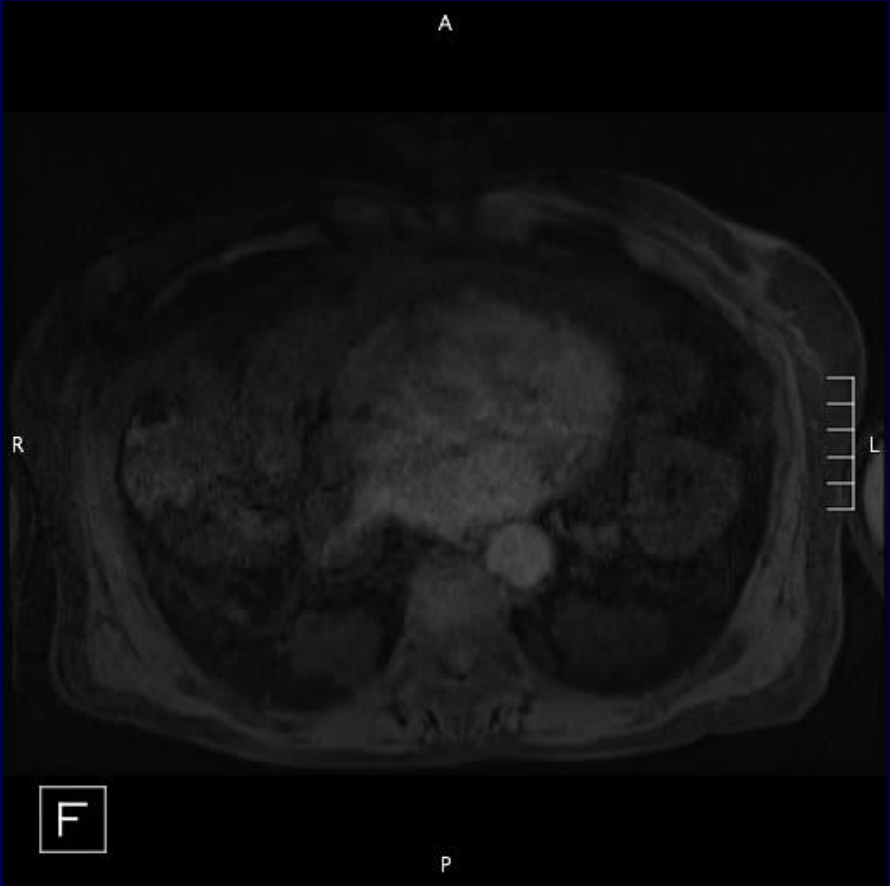
Bernhard Gebauer
Klinik für Strahlenheilkunde
Charité
Berlin, DE



1. Patientin I. R. (66 Jahre)

- Zirrhose (CHILD C) Std. in chron. HCV-Inf. (Seronegativität seit 02/15 bei Z.n. Therapie mit Peg-IFN und Riba) und nutr.-tox. Komponente
- 02/2015 HCC mit Tumorthrombus in die rechte PV (AFP 144.500 ng/ml)
- ND:
 - Antrum-dominante erosive Gastritis, Bulbitis
 - Rektumvarizen
 - Z.n. subakutem ST-hebungsinfarkt 02/15
 - Zweigefäß-KHK
 - PCI der RCA und Impl. DES 02/2015
 - Re-coro PCI und DE-Stent-Impl. med. RCA 04/2015
 - aHTN

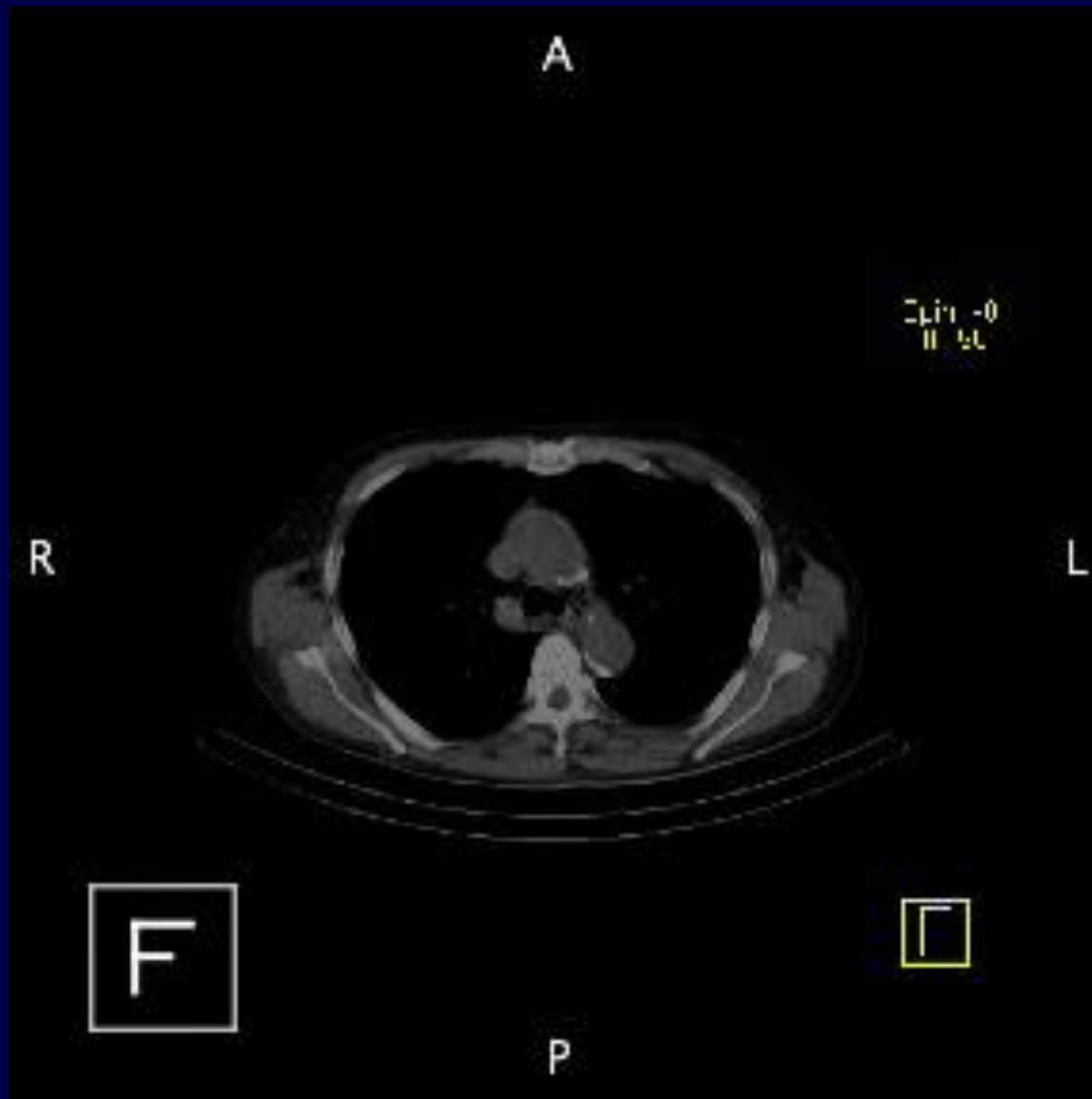
MRT 02.09.2015



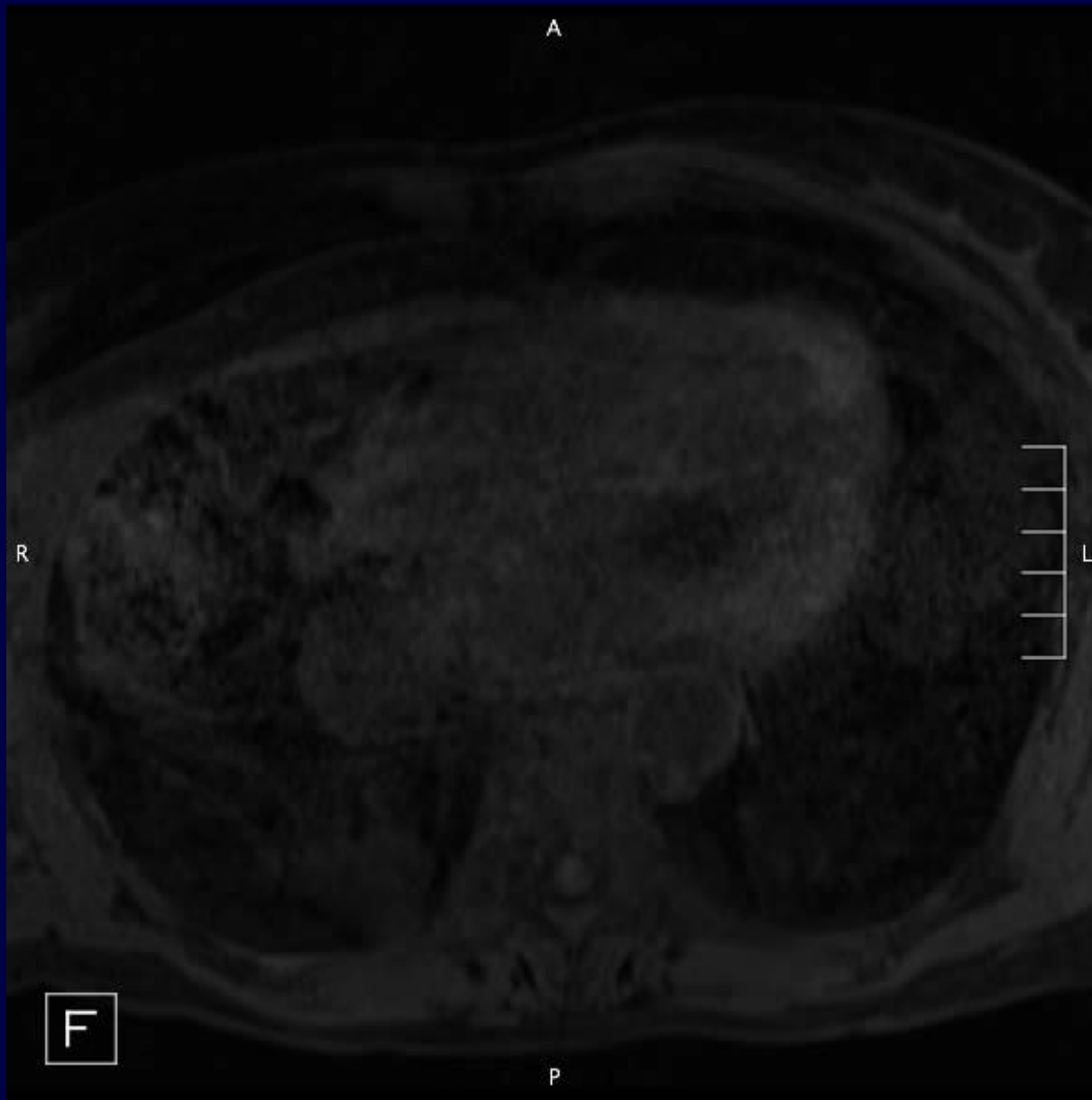
SIRT rechts mit 0,9 GBq 07.10.2015



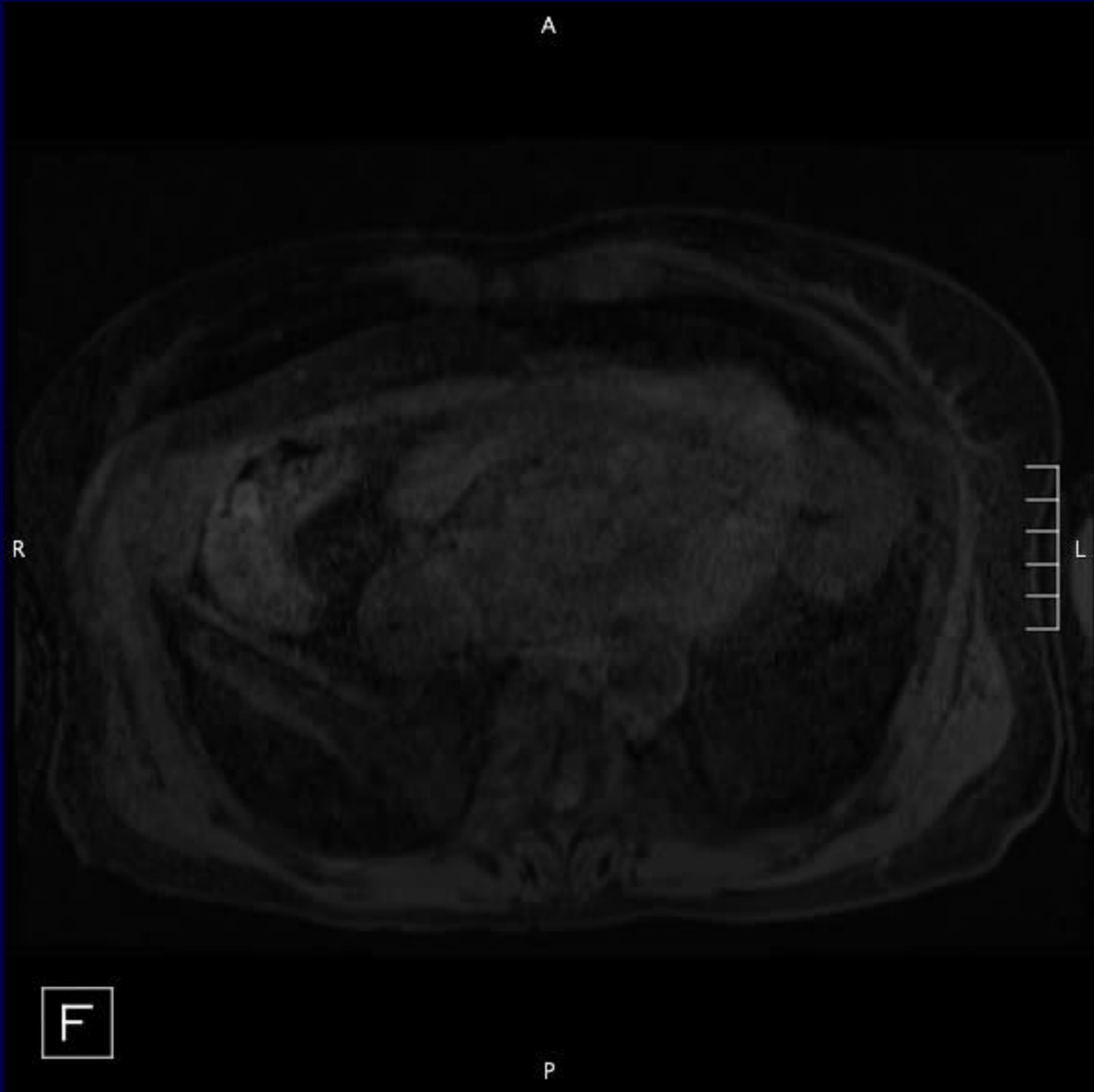
SIRT rechts mit 09 GBq 07.10.2015



MRT 01.09.2016



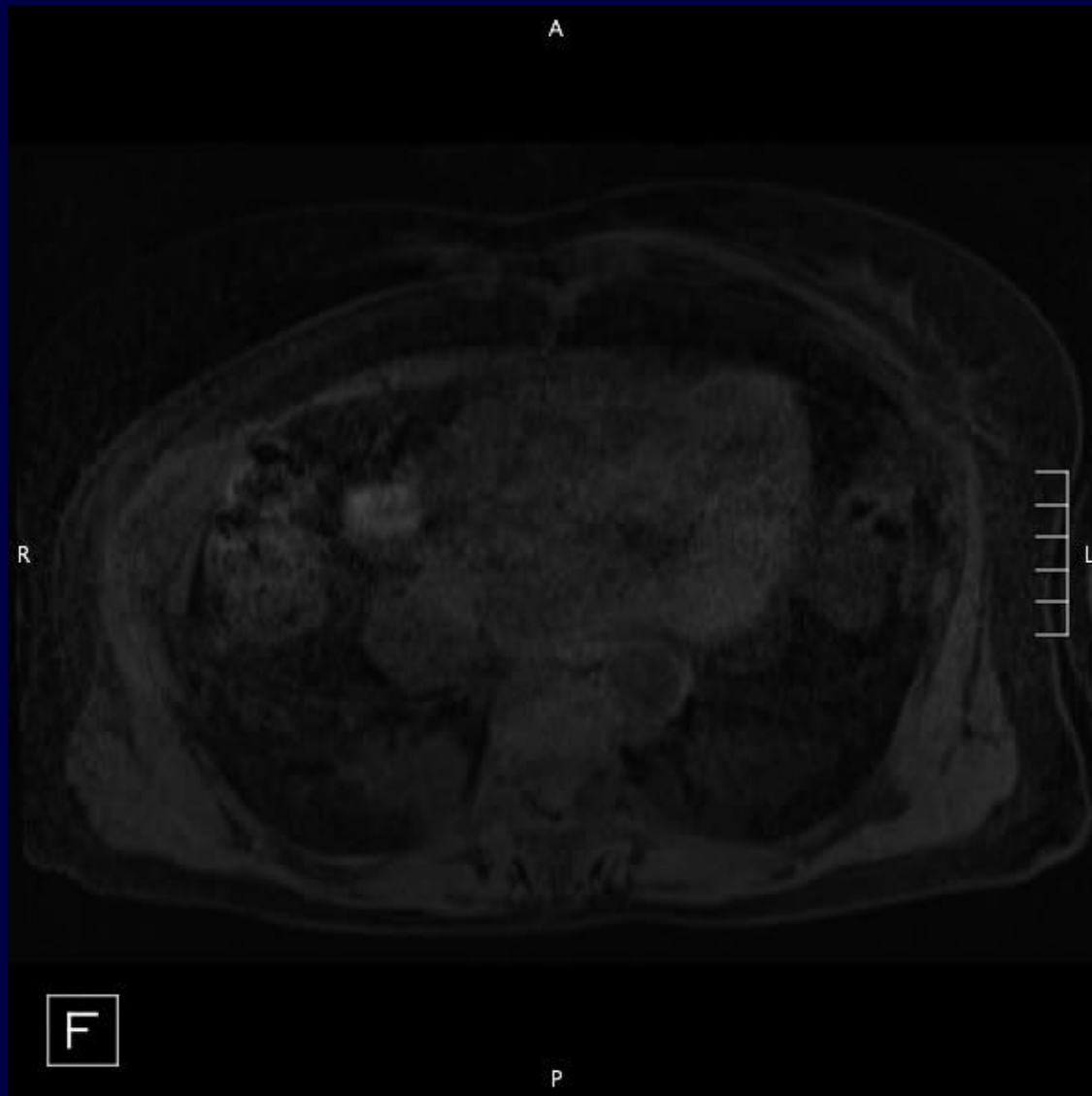
MRT 07.06.2017



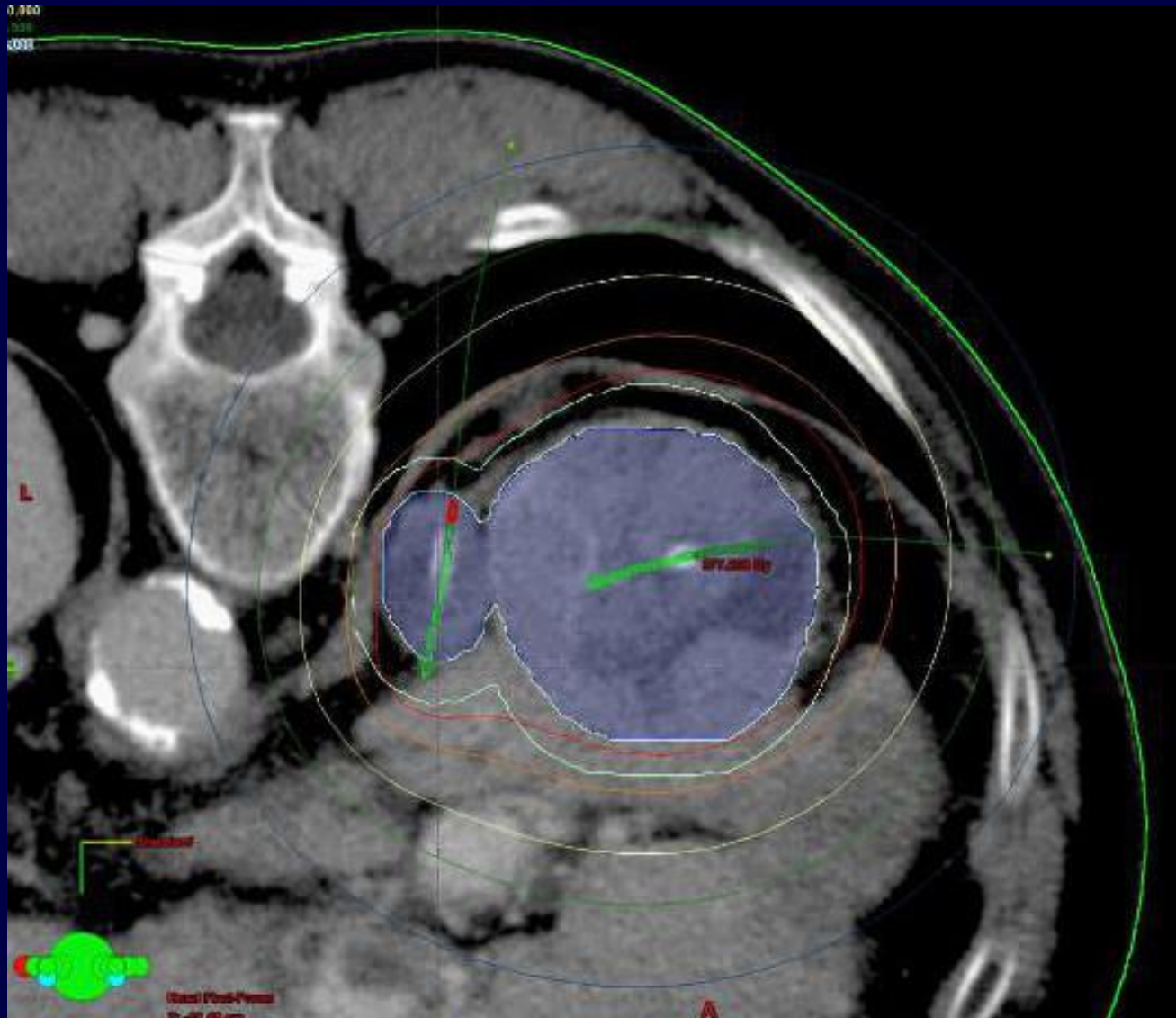
Tumorboard Juni 2017

- Therapie mit Sorafenib
- Abbruch nach 14 Tagen bei Unverträglichkeit
- Zunächst weitere MRT-Verlaufskontrollen

MRT 07.12.2017



Afterloading 19.01.2018



2. Patient D. K. (22 Jahre)

- 10/2016 rechtseitiger OB-Schmerz, Abklärung auf Nierenstein, schließlich mit Diagnose chronischer Obstipation entlassen
- Bei persistierenden intermittierenden Schmerzen BE durch HA und Leberwerterhöhung
- externes MRT 15.12.2016 -> V.a. HCC mit Tumorthrombus V. portae
- B-Symptomatik: Seit 4 Monaten 8kg Gewichtsverlust, leichter Leistungsknick, kein Nachtschweiß

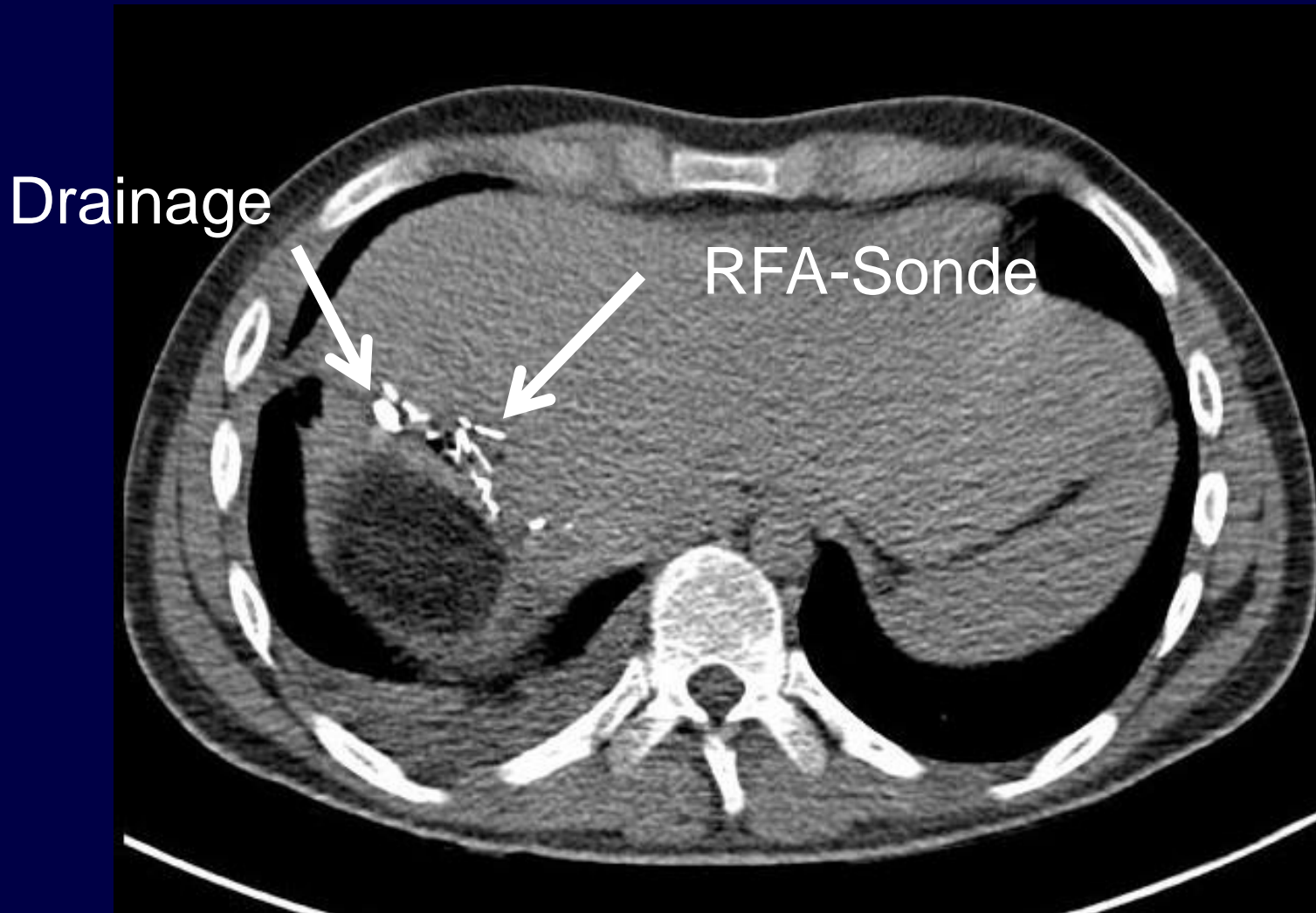
MRT 15.12.2016



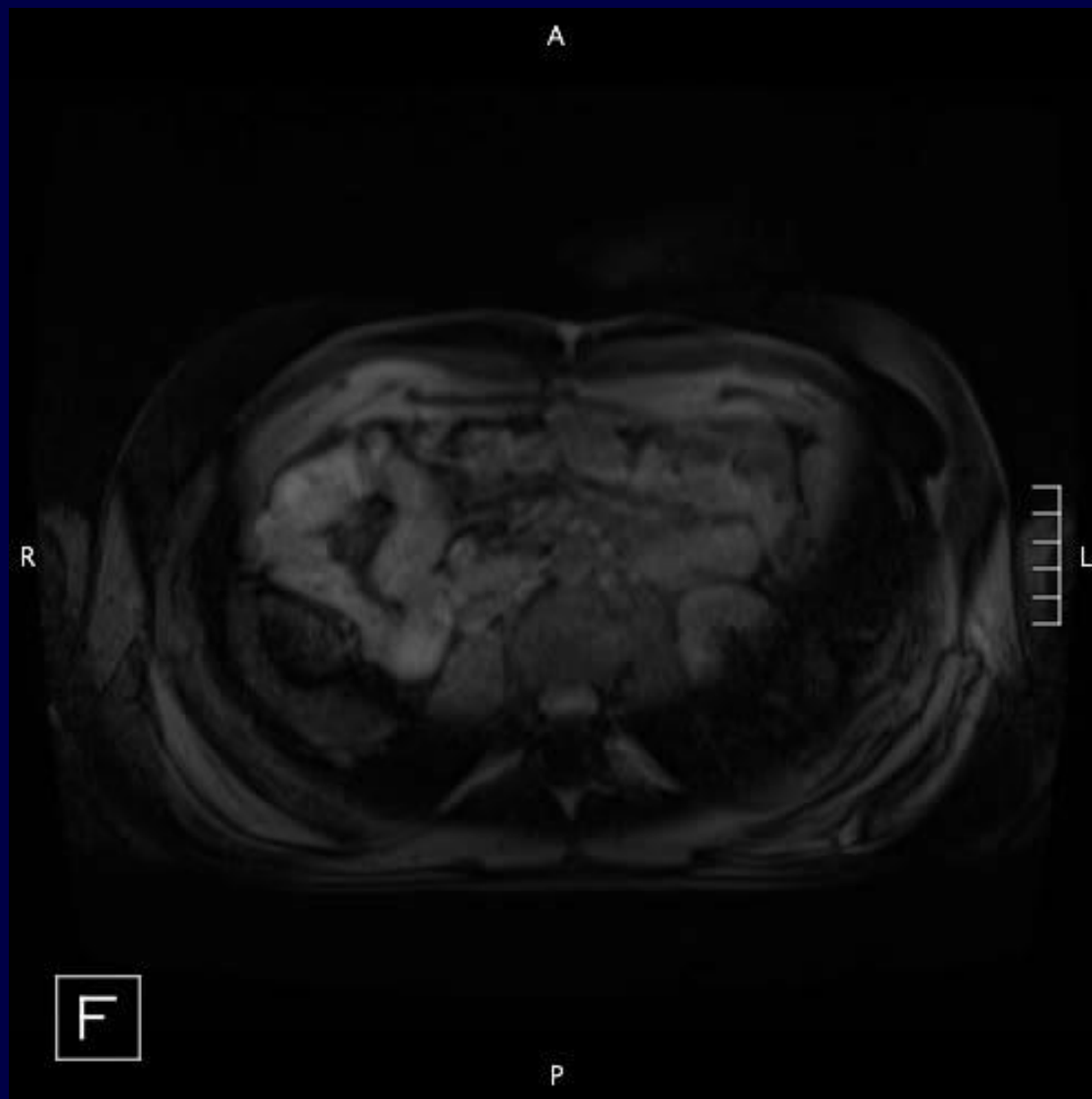
2. Patient D. K. (22 Jahre)

- 21.12.2016 Hemihepatektomie rechts und Tumorthrombektomie der V. portae
- Histologie HCC mit 20% Proliferationsanteil
- Rezidivierende Verhalte an der Resektionsfläche mit CT-Drainageanlagen Ursache vermutlich Gallefistel

RFA an der Lokalisation der Gallefistel 22.03.2017



MRT 11.04.2017



2. Patient D. K. (23 Jahre)

- 11.04.2017 Diffuses HCC-Rezidiv in der Restleber
- 02.05.2017 Tumorboard: Vorstellung zur SIRT
- 26.05.2017 Evaluation zur SIRT
- 14.06.2017 Dosisreduzierte SIRT 0,77 GBq

SIRT 14.06.2017



2. Patient D. K. (23 Jahre)

- 27.07.2017 Progress im MRT -> Sorafenib
- 06.08.2017 Beginn Sorafenib
- 11.08.2017 Pausierung Sorafenib bei reduziertem AZ, beg. Nieren- und Leberversagen -> Umstellung auf Nivolumab geplant
- 17.09.2017 Start Nivolumab (insgesamt 2 Dosen)
- 03.11.2017 weiterer Progress im CT, multiple Vorstellungen in der Rettungsstelle mit Analgetika-resistenten Schmerzen und cholangiogener Sepsis
- Dezember 2017 Patient verstirbt

Thank you

Bernhard Gebauer
bernhard.gebauer@charite.de

