

Metastázy jater

Metastázy jater tvoří širokou problematiku a mohou se vyskytovat u celé řady tumorů v důsledku šíření hematogenního, či lymfogenního. Původně nepříznivá prognóza pacientů s tímto stádiem onemocnění se výrazně zlepšila díky zlepšení onkologické péče a zavedení nových terapeutických metod. Nejčastějším tumorem způsobujícím jaterní metastázy je bezkonkurenčně kolorektální karcinom.

Metastázy kolorektálního karcinomu

Jsou-li diagnostikovány současně s primárním tumorem, mluvíme o **synchronních** metastázách, zatímco pozdější nález se označuje jako **metachronní**. Kurativní zákrok metastáz je pouze chirurgický s odstraněním okolního lemu zdravé tkáně.

Před vlastním zákrokem je nutné zhodnocení rozsahu onemocnění, v ideálním případě PET/CT, v praxi však spíše UZ a CT břicha + RTG, nebo CT hrudníku. Průběh onemocnění je vhodné sledovat pomocí tumor markerů (CEA, CA 19-9). Biopsie metastázy není doporučena a provádí se pouze při diagnostické nejistotě.

V terapii je možno využít metody onkologické, chirurgické a intervenční radiologie. Primárně by měl být zvažován chirurgický přístup, který je jediný potenciálně kurativní a výrazně zlepšuje 5leté přežití. Primárně resekalibilní metastázy jsou asi u 1/4 pacientů, neoadjuvantní léčbou je však možno sekundární resekalibilitu zvýšit.

K posouzení resekalibility je nutno zhodnotit počet a lokalizaci ložisek, stav jaterního parenchymu a celkový zdravotní stav pacienta. V moderní době již není důležitý počet a velikost ložisek jako takových, zásadní je jejich vztah k anatomickým strukturám. Okraj zdravé jaterní tkáně okolo ložiska by měl být minimálně 5 milimetrů. Pacient se zcela zdravými játra může ztratit až 70% funkčního parenchymu bez zásadního narušení jaterních funkcí. Celkový stav pacienta se hodnotí podle skórujících systémů, např. ASA.

Vlastní resekce může být anatomická, ovšem častěji se provádí neanatomická resekce jakožto parenchym šetřící zákrok. U zdravých jater stačí ponechat 20-30% funkčního parenchymu.

a) Primárně resekalibilní nález

U metachronních metastáz se volí resekce, u synchronních záleží na lokalizaci a rozsahu primárního tumoru. U pravostranného kolorektálního tumoru se volí jednorázová resekce, v případě levostranného tumoru se nejprve volí CHT, následně resekce primárního tumoru a poté chirurgická resekce jaterních metastáz s odstupem 4-6 týdnů.

b) Primárně neresekabilní nález s možností sekundární resektability

Vhodnou terapií lze pro sekundární resektabilitu získat až 30% pacientů primárně neresekabilních. Léčba se zahajuje chemoterapií (Folfox, Xelox), případně biologickou léčbou. Chemoterapie může způsobit hemoragické nekrózy (oxaliplatin), či akutní steatohepatitidu (irinotecan). Biologická terapie obsahující anti-VEGF protilátky mohou narušit regeneraci jater a následně způsobit jaterní selhání po resekcčním zákroku. Dalším rizikem je dočasná radiologická remise, kdy chemoterapie způsobí vymizení metastáz na zobrazovacích metodách a pacient nemůže být operován.

c) Neresekabilní nález

V takovém případě se volí jiné možnosti terapie včetně terapie ryze paliativního charakteru, či přímo terapie symptomatologické. Rozhodnutí je opět dáno celkovým stavem pacienta a celkovým rozsahem onemocnění.

Pozn: Sekundární nádory jater nejsou většinou důvodem k transplantaci jater, na rozdíl od nádorů primárních. Významnou výjimkou jsou např. metastázy **neuroendokrinních tumorů pankreatu**.