

Seltenere Indikationen (Beispiele)

- Primär sklerosierende Cholangitis auch ohne zirrhotischen Umbau, wenn es zu rezidivierenden konservativ nicht therapierbaren Cholangitiden kommt, oder wenn es zu einer katabolen Situation mit Reduktion des BMI von mind. 10% in 12 Monaten kommt.
- Zystenleber: Z.B. wenn aufgrund der raumfordernden Wirkung der Leberzysten eine katabole Ernährungssituation auftritt, bei Auftreten von Aszites oder Varizenblutungen oder bei massiver Kompression der Lebervenen mit Abflussbehinderung.
- Unter bestimmten Voraussetzungen bei nicht resezierbaren Lebermetastasen von gastroenteropankreatischen neuro-endokrinen Tumoren ohne weitere extrahepatische Filiae: Der Primärtumor muss dabei im Pfortadergebiet liegen. Der Befund muss für mind. 6 Monate nach Entfernung des Primärtumors stabil sein.
- Primäre Hyperoxalurie Typ 1
- Zystische Fibrose mit ausgeprägter Leberbeteiligung, ggf. zusammen mit Lungentransplantation
- Familiäre amyloidotische Polyneuropathie
- Sekundär sklerosierende Cholangitis
- In engen Grenzen Gallengangskarzinome: < 3 cm Größe, nicht resektabel, keine Filiae

Welche Kontraindikationen gibt es?

- Nicht kurativ behandelte Malignome außerhalb der Leber
- Gravierende Begleiterkrankungen
- Fehlende Operabilität
- Unkontrollierte Infektionskrankheiten
- Unkontrollierte Suchterkrankung (Bei alkoholischer Leberzirrhose mind. 6 Monate Alkoholabstinenz!)
- Kontraindikationen können reversibel sein

Literatur

Deutsches Ärzteblatt | DOI:

10.3238/arztebl.2017.rili_baek_OrgaWI0vLeberTx20170616

Ein Patienteninformationsfilm zur Lebertransplantation kann unter Tel. 089 4400-73978 angefordert werden.

Kontakt für Ärzte

Transplantationszentrum München TXM

am LMU Klinikum

Tel. 089 4400-73970

Hepatologische Ambulanz

Tel. 089 4400-73003

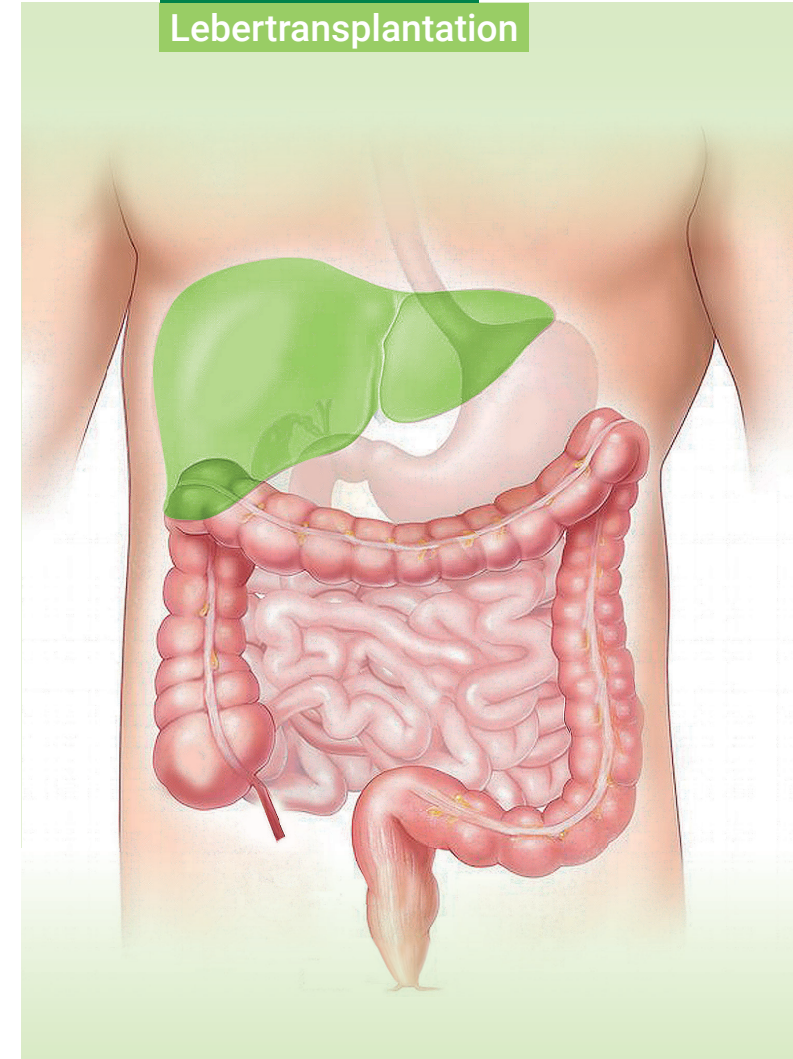
Diensthabender Hepatologe

Tel. 01525 484 8539 (8:00 -16.30 Uhr)

Tel. 01525 484 8768

(außerhalb der regulären Dienstzeit über Dienstarzt)

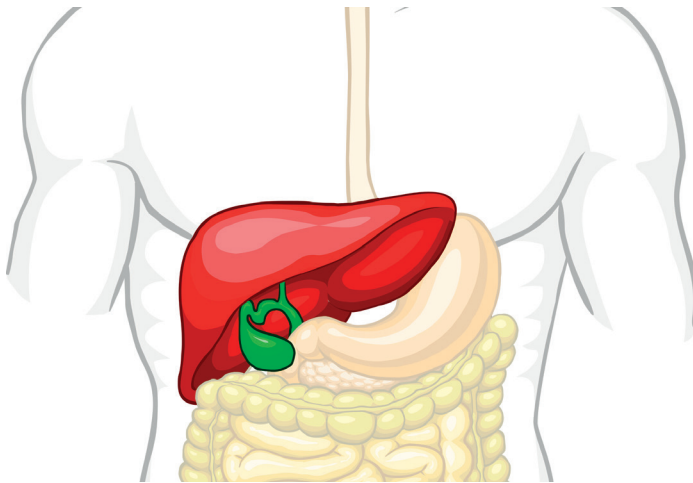
Informationen zur Lebertransplantation



Wann ist eine Lebertransplantation bei meinem Patienten sinnvoll ?

Eine Lebertransplantation ist für viele Patienten mit sonst nicht therapierbaren Lebererkrankungen eine Chance für eine kurative Therapie. Aber auch seltene Stoffwechselerkrankungen mit Enzymdefekt in der Leber können bisweilen durch eine Lebertransplantation geheilt werden.

Am LMU Klinikum besteht seit mehr als 30 Jahren ein etabliertes Lebertransplantationsprogramm, das zu den führenden in Deutschland zählt. Im Jahr werden hier mehr als 60 Lebertransplantationen durchgeführt. Das durchschnittliche 1-Jahres-Überleben beträgt >70% und gehört damit zu den besten in Deutschland. Bei der Bewertung der Überlebensrate ist zu bedenken, dass es sich dabei meist um Patienten mit ansonsten infauster Prognose handelt. Ein Patient mit einem MELD-Score von 30 Punkten, d. h. einem Punktwerte, bei dem derzeit mit einem Organangebot gerechnet werden kann, verstirbt mit einer Wahrscheinlichkeit von 50% innerhalb der nächsten drei Monate.



Wann kommt eine Lebertransplantation in Frage ?

Bei einer Leberzirrhose

- MELD-Score ≥ 15 , da hier ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis zu Gunsten der Transplantation besteht

Rechner für MELD-Score:

http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Leberzentrum/de/meld_score_rechner/index.html

oder bei

- unkontrollierten zirrrose-assoziierten Problemen:
V. a. refraktärer Aszites, rezidivierende hepatische Enzephalopathien oder Varizenblutungen

Bei auf die Leber beschränktem hepatozellulären Karzinom

Hier gibt es unter bestimmten Voraussetzungen (Mailand-Kriterien) Zusatzpunkte für den MELD-Score. D. h. auch Patienten mit guter Leberfunktion und einem daher niedrigen MELD-Score haben eine Chance, ein Organ zu erhalten.

Mailand-Kriterien

- 1 Läsion ≥ 2 cm bis max. 5 cm
- oder 2 bis 3 Läsionen ≥ 1 cm bis max. 3 cm

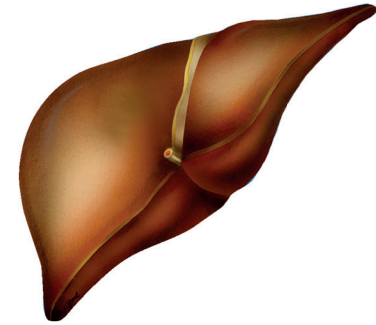
Cave: Keine ablativen Therapien vor Vorstellung, da sonst die Gefahr besteht, dass die Patienten auf Grund inkompletter Tumordokumentation keine Zusatzpunkte bekommen können.

Es besteht auch die Möglichkeit, Patienten mit auf die Leber begrenztem hepatozellulären Karzinom außerhalb der Mailand-Kriterien zu transplantieren, diese Möglichkeit sollte jedoch individuell am Zentrum beurteilt werden. In diesen Fällen können keine Zusatzpunkte für den MELD-Score (Standard exception, SE-Punkte) vergeben werden.

Im Vergleich zu konservativ behandelten Patienten kann durch die Lebertransplantation ein deutlich besseres Langzeitüberleben erreicht werden.

Akutes Leberversagen

Eine aus völliger Gesundheit eintretende Verschlechterung der Leberfunktion, klassischerweise mit hepatischer Enzephalopathie, ohne dass eine Lebererkrankung vorbekannt ist. Sonderfall ist der M. Wilson, der von Geburt an besteht und dennoch einen fulminanten Verlauf nehmen kann.



Beim akuten Leberversagen ist eine zeitnahe Verlegung in ein Zentrum mit der Möglichkeit einer Lebertransplantation wichtig.

Zur Bewertung der Dringlichkeit einer Transplantation werden bei Virushepatitis die Clichy-Kriterien, bei anderer Ätiologie die Kings-College-Kriterien angewendet.

Clichy-Kriterien

- Hepatische Enzephalopathie Grad III – IV UND
- Faktor V < 30% (Patienten > 30 Jahre) oder Faktor V < 20% (Patienten < 30 Jahre)

Kings-College-Kriterien

Paracetamol-induziertes akutes Leberversagen:

- Arterieller pH < 7,3 ODER
- Alle 3 der folgenden: INR > 6,7, Krea > 3,4 mg/dl, hepatische Enzephalopathie Grad III – IV

Nicht durch Paracetamol induziertes akutes Leberversagen:

- INR > 6,7 ODER
- 3 aus 5: Alter < 10 Jahre oder > 40 Jahre; Ätiologie: kryptogen, Halothan, Idiosynkrasie; Auftreten der Enzephalopathie > 7 Tage nach Beginn des Ikterus, INR > 4, Bilirubin > 17,5 mg/dl