

Metastasen bei Kopf-Hals-Malignomen und deren Behandlung

Der folgende Beitrag beinhaltet eine Zusammenfassung des im Rahmen des 2. Jahreskongresses des Dachverbands onkologisch tätiger Fachgesellschaften Österreichs (DONKO) 2015 in Wien gehaltenen Vortrags zum Thema „Therapiemethoden bei Kopf-Hals-Malignomen“ und umfasst Optionen der Bildgebung, der chirurgischen Verfahren bis hin zur Therapie von Fernmetastasen und zur Behandlung des CUP-Syndroms.



M. Burian, Linz

Unter dem Begriff Kopf-Hals-Tumoren versteht man bösartige Gewebsneubildungen im Bereich der Lippen, der Mundhöhle, des Rachens (Naso-, Oro- und Hypopharynx) und des Kehlkopfes. Über 90% dieser Tumoren sind Plattenepithelkarzinome. Während Inzidenz und Mortalität bei den männlichen Patienten in Österreich in den letzten 15 Jahren leicht rückläufig war, sind beide Parameter bei den weiblichen Patienten gering angestiegen (Daten: Statistik Austria, 2014).

Die lokoregionäre Metastasierung in die Lymphknoten der Halsweichteile kommt bereits bei Diagnosestellung häufig vor und erfolgt über die ableitenden Lymphwege. Fernmetastasierungen finden sich vergleichsweise selten, sind hämatogen bedingt und vor allem in Lunge, Mediastinum, Leber und Knochen angesiedelt. Der bei Diagnose vorliegende Lymphknotenstatus wird mittels TNM-System beschrieben; man unterscheidet die Metastasierung in einen, in mehrere, in ipsi- oder kontralaterale Lymphknoten sowie nach der Größe der befallenen Knoten. Liegt bei der Erstuntersuchung bereits eine lokoregionäre Metastasierung vor, so verschlechtert sich die Prognose hinsichtlich des Gesamtüberlebens beträchtlich.

Zurückgehend auf die Beschreibung von Robbins werden die Halslymphknoten einer Halsseite in 6 Gruppen

unterteilt (Level I–VI). Die Lokalisation des Primärherdes beeinflusst die Wahrscheinlichkeit der Metastasierung in die einzelnen ipsi- oder kontralateralen Lymphknotengruppen. So ist zum Beispiel die Wahrscheinlichkeit einer (okkulten) Metastasierung eines Mundbodenkarzinoms in die Gruppe I und II wesentlich höher als in die Gruppe IV, die Absiedelung eines Hypopharynxkarzinoms erfolgt hingegen eher in Gruppe III oder IV als in Gruppe I (Abb. 1). Darüber hinaus hilft die Kategorisierung in die einzelnen Gruppen bei der Beschreibung der chirurgischen Sanierung (siehe unten).

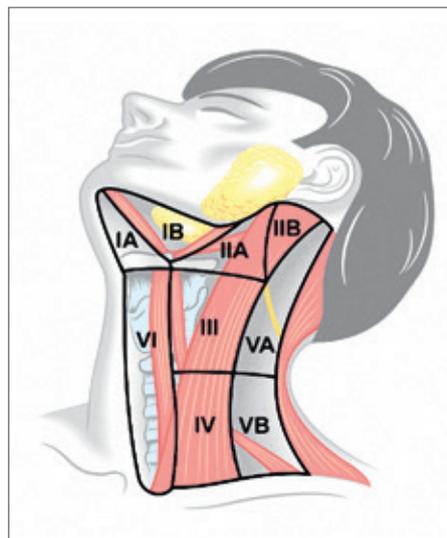


Abb. 1: Einteilung der zervikalen Lymphknotengruppen¹

Generelle therapeutische Empfehlungen

Wird der Primärherd chirurgisch behandelt, sollte auch der Hals operativ versorgt werden. Wird eine primäre Radio- oder Radiochemotherapie gewählt, wird auch der Hals einer Strahlentherapie unterzogen. In einzelnen Fällen kann bei einer kompletten Remission des Primärs und einer in der Bildgebung unklaren Remission primär positiver Halslymphknoten eine posttherapeutische chirurgische Sanierung der Halslymphknoten angestrebt werden.

Bildgebung

Den Goldstandard stellt die MRT oder die CT mit Kontrastmittel dar. Die Sonografie kann als zusätzliche Untersuchungsmethode ebenfalls wertvolle Hinweise auf die Dignität vergrößerter Lymphknoten bringen.

Die Halslymphknotenausräumung („neck dissection“)

Als ergänzender Therapieschritt zur chirurgischen Resektion des Primärherdes hat sich die Entfernung der ableitenden Lymphstationen etabliert. Besonders hervorzuheben ist, dass nicht nur bei hochgradigem Verdacht auf eine Halslymphknotenmetastasierung eine „neck dissection“ durchge-

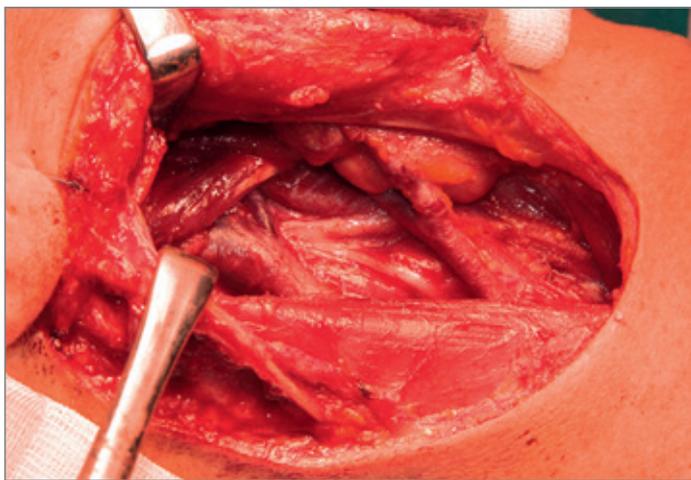


Abb. 2: Selektive „neck dissection“ rechts, Level II und III

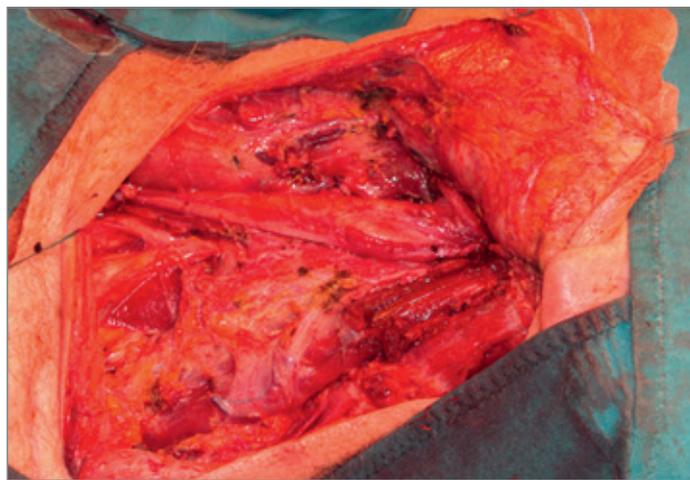


Abb. 3: Radikale „neck dissection“ links, Level I–V (mit Resektion von Vena jugularis interna, Musculus sternocleidomastoideus und Nervus accessorius)

führt wird, sondern auch bei klinisch unauffällig erscheinendem Hals. Die Rationale dafür besteht einerseits in der bei manchen Primärherden (z.B. einem Karzinom des Sinus piriformis) hohen okkulten Metastasierungsrate und andererseits in der Beeinflussung weiterer Therapieschritte.

Aus chirurgischer Sicht lässt sich eine radikale von einer selektiven „neck dissection“ unterscheiden. Im Falle einer radikalen „neck dissection“ werden Musculus sternocleidomastoideus, Vena jugularis interna und Nervus accessorius in das Resektionspräparat mit einbezogen. Die Entfernung von einzelnen Lymphknotenstationen unter Schonung der vorgenannten Gebilde wird als selektive „neck dissection“ bezeichnet. Die Lokalisation des Primärherdes bestimmt jene Level, die im Rahmen der „neck dissection“ reseziert werden. Aufgrund der zur Gegenseite kreuzenden Lymphbahnen besteht vor allem bei Karzinomen des Nasopharynx, des weichen Gaumens oder des Zungengrundes eine hohe bilaterale Metastasierungsrate, weswegen in diesen Fällen immer an die Mitbehandlung der kontralateralen Seite gedacht werden soll.

Der Sonderfall CUP-Syndrom

Das Vorliegen einer Lymphknotenmetastase bei unbekanntem Primärherd wird als CUP („cancer of unknown primary“) bezeichnet. Differenzialdiagnostisch kommt im Bereich des Halses das Auftreten eines Karzinoms in einer lateralen Halszyste infrage, dessen Existenz jedoch histologisch nicht einwandfrei geklärt ist. Bei einem CUP-Syndrom hat sich in den letzten Jahren das FDG-PET-CT als Diagnostikum der ersten Wahl durchgesetzt. Sollte auch im PET-CT kein Hinweis auf einen Primärherd gefunden werden, so wird die Diagnostik durch großzügige Biopsien im Bereich des Waldeyer'schen Rachenringes und eine Tonsillektomie vervollständigt. Kann das Primum auch dann nicht gefunden werden, ist eine ipsilaterale „neck dissection“ mit adjuvanter Bestrahlung als Therapie empfehlenswert.

Fernmetastasen

Das Vorliegen von Fernmetastasen bei Diagnosestellung beeinflusst meist die Therapiewahl. Eine ablativ chirurgi-

sche Therapie des Primums erscheint nur dann sinnvoll, wenn solitäre Fernmetastasen vorliegen, die ebenfalls chirurgisch saniert werden können. In allen anderen Fällen wird in der Regel eine konservative – und damit organerhaltende – Therapieform gewählt. ■

Literatur:

¹ Teymoortash A, Werner JA: Current advances in diagnosis and surgical treatment of lymph node metastasis in head and neck cancer. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2012; 11: Doc04. doi: 10.3205/cto000086

Autor:
Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Burian
Leiter der Abteilung für
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Linz
E-Mail: martin.burian@bhs.at
■1511