

Stavroula Andrianopoulou

Dr. med.

Diagnostik und Therapie der bösartigen Tumoren der Glandula parotis: Eine retrospektive Analyse von 8 Jahren aus der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie in Heilbronn im Vergleich zur aktuellen Literatur

Fach/Einrichtung: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Doktorvater: Prof. Dr. med. Olcay Cem Bulut

Die bösartigen Tumoren der Glandula parotis stellen weltweit eine geringe Inzidenz dar. Die klinischen Beschwerden sind jedoch denen von gutartigen Tumoren sehr ähnlich. Die Unterscheidung zwischen bösartigen und gutartigen Tumoren in der präoperativen Diagnostik ist dadurch deutlich erschwert. Die korrekte Diagnose wird in der Regel erst nach der Exstirpation des Tumors durch die histologische Untersuchung gestellt. Hinsichtlich der Therapie existieren aktuell in Deutschland keine Leitlinien, sondern es wird den Empfehlungen der englischen und amerikanischen Leitlinien gefolgt. Über die Diagnose, die Therapie, den Outcome und die prognostischen Faktoren der Parotiskarzinome finden sich zahlreiche Publikationen in der Literatur. In dieser Studie erfolgte eine retrospektive Datenanalyse von Patienten mit primären Parotiskarzinom, die in der Hals-Nasen-Ohren Klinik in Heilbronn im Zeitraum 2010 bis 2018 diagnostiziert und behandelt wurden, in Bezug auf die epidemiologischen Daten, präoperative Diagnostik, Therapie und den Outcome. Das Ziel der Studie war die Ergebnisse mit denen von ähnlichen publizierten Studien aus größeren Kliniken sowie multizentrischen Studien aus der deutschen und internationalen Literatur zu vergleichen.

Das Patientenkollektiv bestand aus 45 Patienten. Männer waren 1,5 Mal häufiger betroffen als Frauen. Das durchschnittliche Alter bei der Diagnosestellung betrug 61,3 Jahre. Die häufigste histologische Tumorentitäten waren die Mukoepidermoidkarzinome und die Plattenepithelkarzinome, die seltenste waren die myoepitheliale und die lymphoepitheliale Karzinome. Hinsichtlich des Malignitätsgrads überwogen die low grade Tumoren und traten vor allem bei den jüngeren Patienten des Kollektivs auf. Die häufigsten klinischen Symptome waren eine palpable Raumforderung, Schmerzen und ein schnelles Wachstum (<3 Monaten). Eine Fazialisparese fand sich in 11,1% der Patienten, in 40% davon als House-Brackmann Grad II. Die am häufigsten angewendete diagnostische Methode war die Sonographie in 97,8% der Fälle. Die höchste Sensitivität fand sich bei der intraoperativen Schnellschnittuntersuchung mit 88,9% und die niedrigste bei der Feinnadelpunktionzytologie mit 11,1%. Eine Grobnadelbiopsie wurde nicht durchgeführt. Die präoperative

Verdachtsdiagnose eines malignen Parotistumors wurde bei 31,1% der Patienten gestellt, während sich bei der Mehrzahl der Fälle (51,1%) der Verdacht auf einen benignen Parotistumor stellte. Das Kollektiv bestand größtenteils aus Patienten mit Tumoren niedriger Stadien T1/T2 ohne Lymphknotenmetastasierung. Häufigere Lymphknotenmetastasen fanden sich bei Tumoren des Stadiums T3. Die häufigste Lokalisation der Lymphknotenmetastasen war intraparotideal und im Level II. Eine pulmonale Fernmetastasierung fand sich nur bei einem Patienten des Gesamtkollektivs. Bei der Mehrheit der Patienten wurde eine totale oder subtotale Parotidektomie durchgeführt. Kleine Tumoren T1/T2 N0 Stadium wurden mittels lateraler oder partieller Parotidektomie behandelt. Bei Infiltration des N. facialis erfolgte eine radikale Parotidektomie mit primärer Fazialisrekonstruktion mit Nerveninterponat. Bei 56% der Patienten konnten tumorfreie Resektionsränder erreicht werden. Dies war bei den kleineren Tumorstadien T1/T2 häufiger der Fall. Ein zweizeitiges Vorgehen erfolgte in 29% der Fälle, in denen bei initialem Verdacht auf einen benignen Parotistumor eine laterale oder partielle Parotidektomie und nach Erhalt der Histologie bei positiven oder unsicheren Resektionsränder eine totale oder subtotale Parotidektomie durchgeführt wurde. Die häufigste postoperative Komplikation der totalen/subtotalen Parotidektomie war die temporäre Fazialisparese, während nach lateraler/partiellen Parotidektomie häufiger Serome und Speichelfisteln auftraten. Eine Neck Dissection wurde bei 67% der Patienten durchgeführt, 50% davon hatten den klinischen Verdacht auf Lymphknotenmetastasen. Prophylaktisch wurde die Neck Dissection vorwiegend bei Tumoren high grade und Stadium T3/T4 durchgeführt, wobei sich in 20% davon okkulte Lymphknotenmetastasen fanden. Eine perineurale Invasion zeigte sich in 37,8% der Fälle, vor allem bei high grade Tumoren, unabhängig von einer präoperativ vorhandenen Fazialisparese. Eine postoperative Radiatio erhielten 38% der Patienten. Die Hauptindikationen waren high grade Tumoren, Stadium T3/T4, Lymphknotenmetastasen, perineurale Invasion und positive oder unsichere Resektionsränder. Eine Radiochemotherapie erhielten nur vier Fälle mit Plattenepithelkarzinom und lymphoepitheliales Karzinom. Ein Rezidiv trat bei 22% der Patienten auf. Die rezidivfreie 3-Jahres-Überlebensrate betrug 72,1%, die tumorspezifische 3-Jahres-Überlebensrate 91,9% und die 3-Jahres-Gesamtüberlebensrate 87,5%. Die Rezidive und die Todesfälle traten in den ersten drei Jahren nach der Diagnosestellung auf, so dass die 5-Jahres-Überlebensraten im untersuchten Patientenkollektiv identisch waren. Signifikanter Einfluss auf die rezidivfreie Überlebenszeit zeigte die präoperative Fazialisparese, das T-Stadium, die Resektionsränder und die perineurale Invasion. Daher ist es sehr wichtig mittels geeigneter Diagnostik die Parotiskarzinome in einem niedrigem T-Stadium zu diagnostizieren, um tumorfreie Resektionsränder mit der operativen Therapie zu erreichen und somit eine längere rezidivfreie Überlebenszeit zu haben. Insgesamt waren die Ergebnisse dieser monozentrischen retrospektiven Studie vergleichbar mit denen aus anderen monozentrischen Kollektiven und auch mit denen aus anderen publizierten multizentrischen Studien.