

Hans-Ulrich Corzilius

Solitäre Knorpeltumoren

Verlaufsbeobachtungen von 1948 bis 1993

Geboren am 06.02.1953 in Neuwied

Reifeprüfung am 14.05.1973 in Koblenz (Karthause)

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1975 - 1979

Physikum am - siehe Anrechnung der Studienzeit in Frankreich an der Universität Caen

Klinisches Studium in Heidelberg

Praktisches Jahr in Heidelberg und Mannheim

Staatsexamen am 24.10.1983 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Orthopädie

Doktorvater: Herrn Privatdozent Dr. med. L. Bernd

Die gut- und bösartigen Knorpeltumoren des Knochens bilden unter den Knochentumoren eine wesentliche Gruppe. Erst in den letzten 60 Jahren hat sich langsam zunehmend eine systematische Klassifikation der Knochentumoren herausgebildet, wobei bis heute, insbesondere bei den Knorpeltumoren nicht in jedem Fall eine sichere Entitäts- und Dignitätszurechnung gelingt. Dieser Tatbestand fand sich in Einzelfällen auch in der vorliegenden Arbeit.

In einer retrospektiven Analyse über 25 Jahre (1948 bis 1993) werden 112 gutartige und bösartige Knochentumoren untersucht, die an der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg operativ behandelt wurden. Es handelte sich dabei um 68 Chondrome, 9 Chondromyxoidfibrome, 3 Chondroblastome und 32 Chondrosarkome. Dabei wurden diese solitären kartilaginären Tumoren hinsichtlich ihrer Häufigkeit, der Lokalisation, des klinischen Bildes und bezüglich der Diagnose und Therapie untersucht. Zudem erfolgte eine Einzelfallanalyse der Behandlungskomplikationen und des Krankheitsverlaufes. Charakteristische Fälle und Besonderheiten sind in ihrem Verlauf auch röntgenologisch dokumentiert. Das Patientengut hat im Berichtszeitraum

zahlenmäßig zugenommen, wobei dies besonders bei den Chondrosarkomen festzustellen war. Wie im Schrifttum bekannt, sind adjuvante Therapiemaßnahmen, wie eine Chemotherapie und eine Strahlentherapie sowohl bei den gutartigen als auch bei den bösartigen Knorpeltumoren wenig hilfreich. Die Operation ist bei allen Knorpeltumoren die Therapie der Wahl. Bei den gutartigen Chondromen, Chondromyxoidfibromen und Chondroblastomen ist eine subtile intraläsionale Ausräumung des Tumors in der Regel ausreichend. Eine Rezidivquote von 6 - 33 % wurde in dem untersuchten Patientengut beobachtet. Dies entspricht den Erfahrungen anderer Autoren. Bei den Chondromen konnte gezeigt werden, daß eine zusätzliche Spongiosaauffüllung des Defektes die lokale Rezidivrate senken kann. In Einzelfällen ist bei gutartigen Tumoren, insbesondere auch wenn ein Rezidiv vorliegt, eine Segmentresektion des betroffenen Knochenabschnittes angezeigt.

Bei den Chondrosarkomen muß, um ein lokales Rezidiv zu vermeiden, welches die Prognose des Patienten deutlich verschlechtert, eine primär weite Resektion angestrebt werden. Besonders problematisch und schwierig ist dies bei der häufigen Lokalisation im Becken. Nur knapp die Hälfte der Chondrosarkome konnte weit bzw. radikal reseziert werden. Sofern eine solche Resektion gelang, fand sich eine mittlere Zeitüberlebenszeit bei den weiten Resektionen von 8,2 Jahren und bei den radikalen Resektionen von 14,5 Jahren. Bei den intraläsionalen bzw. marginalen Resektionen fanden sich nahezu immer lokale Rezidive nach einem Zeitraum von 5 bis 24 Monaten. Die mittlere Überlebenszeit bei diesen Patienten lag bei nur 2,5 Jahren.

In Übereinstimmung mit der Literatur fand sich in dem aufgearbeiteten Patientengut in Einzelfällen immer wieder das Problem, histologisch eine Differenzierung zwischen gut- und bösartigen Knorpeltumoren vorzunehmen. Hier bereitet insbesondere die Abgrenzung zwischen Enchondromen und niedriggradig malignen Chondrosarkomen große Schwierigkeiten. Es konnte gezeigt werden, daß neben der histopathologischen Beurteilung auch die röntgenologische und die klinische Symptomatik zur Einordnung gut- bzw. bösartig herangezogen werden muß. Ob und inwieweit auch Chondromyxoidfibrome bzw. Chondroblastome in ihrem Verlauf sekundär maligne entarten können, läßt sich anhand des vorliegenden Krankengutes, und auch in der Literatur, nicht ganz eindeutig beantworten.

Bei dem Verdacht auf chondrogenen Tumor muß eine eindeutige Diagnose aus Klinik, Radiologie und Histopathologie angestrebt werden. Dafür ist, insbesondere aus den stammnahen Lokalisationen, meist eine Probeentnahme notwendig. Dabei muß schon hierbei eine eventuell später geplante Operation bezüglich der Schnittführung berücksichtigt werden. In Kenntnis der Diagnose sollte dann eine endgültige und adäquate operative Entfernung des Tumors erfolgen. Unter Beachtung der bekannten Behandlungsrichtlinien lassen sich dann, auch bei den bösartigen Chondrosarkomen, gute Langzeitergebnisse erreichen, wobei die Größe des Ausgangsbefundes und die Lokalisation des Tumors von besonderer prognostischer Bedeutung sind.