



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Medizinische Fakultät Mannheim
Dissertations-Kurzfassung

**Lymphknotenmapping bei Plattenepithelkarzinomen von Pharynx
und Larynx**

Autor: Anne Verena Wetzel
Institut / Klinik: Asklepios Klinikum Harburg.
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Doktorvater: Prof. Dr. T. Verse

Ziel dieser retrospektiven Arbeit war es die lymphogenen Metastasierungswege der Plattenepithelkarzinome des Pharynx und Larynx genauer darzustellen und herauszufinden, ob sich daraus neue diagnostische oder therapeutische Konsequenzen ergeben. Dafür wurden Daten von Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom des Pharynx oder Larynx, die im Zeitraum von April 2015 bis Dezember 2018 in der HNO-Klinik des Asklepios Klinikums Hamburg-Harburg eine operative onkologische Therapie erhielten, ausgewertet. Es erfolgte ein Lymphknotenmapping und im Anschluss die histopathologische Auswertung der Neck dissection-Präparate. Im Folgenden konnte bei 50 Patienten eine genaue Darstellung der Metastasierung in die zervikalen Lymphknotenlevel erfolgen. In unserem Kollektiv lag das Geschlechtsverhältnis bei 4:1 männlich, das durchschnittliche Alter betrug 63,7 Jahre. Die Tumoren des Pharynx waren mit einem Anteil von 70% häufiger vertreten als die Larynxkarzinome. Dabei wurde die Gruppe der Pharynxkarzinome größtenteils von den Oropharynxkarzinomen der Tonsille und des Zungengrundes gebildet. In der Regel wurden die Tumoren im Tumorstadium pT2 (17/50) oder pT3 diagnostiziert (15/50). Eine Metastasierung in die Halslymphknoten trat bei 56% der Patienten auf (28/50). Der Lymphknotenstatus N2b war bei den Patienten mit positiven Lymphknoten am häufigsten vertreten. Bei 58,6% (17/29) der Patienten mit einem Oropharynxkarzinom waren die Halslymphknoten von Tumorgewebe befallen. Der mit Abstand häufigste Ort für lymphogene Metastasen war das ipsilaterale Lymphknotenlevel II (15/17 LK+). Bei 23,5% (4/17) der Patienten traten die Lymphknotenmetastasen in Level II auch auf der kontralateralen Seite auf. Der zweithäufigste Ort für Lymphknotenmetastasen war das ipsilaterale Lymphknotenlevel III (5/17 LK+), gefolgt vom ipsilateralen Lymphknotenlevel V (3/17 LK+) und 2 Patienten zeigten Metastasen im ipsilateralen Level IV. Kontralaterale Lymphknotenmetastasen traten relativ selten auf. Die Patienten mit einem Hypopharynxkarzinom wiesen fast alle Lymphknotenmetastasen auf (4/5). Die Hauptorte der Metastasierung waren das ipsilaterale Lymphknotenlevel II (2/4) und III (3/4). Bei einem Patienten konnte eine ipsilaterale Metastasierung in das Lymphknotenlevel V dargestellt werden und bei einem anderen Patienten wurde das kontralaterale Lymphknotenlevel I befallen. Bei 46,7% der Patienten (7/15), die an einem Larynxkarzinom erkrankten, wurden Halslymphknotenmetastasen diagnostiziert. Die ipsilateralen Lymphknotenlevel I-V waren in ähnlichem Ausmaß von Tumorgewebe infiltriert. Eine kontralaterale Metastasierung in das Level II trat nur bei einem Patienten mit einem Glottiskarzinom auf. Zusammenfassend zeigte sich das ipsilaterale Lymphknotenlevel II unabhängig vom Primärtumor als Hauptort der lymphogenen Metastasierung. Die ipsilateralen Level III, IV und V wurden seltener, aber trotzdem regelmäßig von Tumorgewebe infiltriert. Eine Metastasierung in das ipsilaterale Level I fand kaum statt. Bei Betrachtung von Vergleichskollektiven zeigte sich eine ähnliche Metastasierung. Die Oro- und Hypopharynxkarzinome bevorzugten die Metastasierung in die ipsilateralen Halslymphknotenlevel II-IV, während die ipsilateralen Level I und V nur selten befallen waren. Die Larynxkarzinome metastasierten in die ipsilateralen Lymphknotenlevel I-VI. Zu beachten ist, dass subglottische Karzinome und fortgeschrittene Larynxkarzinome in der Regel auch eine hohe Metastasierungsfrequenz in das Level VI aufweisen. Die Neck dissection ist neben der Tumorresektion das Standardverfahren in der Tumorchirurgie bei Kopf-Hals-Tumoren mit Lymphknotenmetastasen oder einer hohen Metastasierungsfrequenz. Aufgrund der möglichen Nebenwirkungen der Neckdissection werden schonendere Verfahren

diskutiert. Nach unserem Patientenkollektiv sollte die selektive Neck dissection, aufgrund der Wahrscheinlichkeit von skip lesions, beibehalten werden