

Marcel Philipp Oehme

Dr. med.

Analyse der erzielbaren Resektionsränder bei der operativen Therapie von Mundhöhlenkarzinomen in Abhängigkeit der Tumorlokalisation und deren Auswirkung auf Krankheitsverlauf und Überleben.

Fach/Einrichtung: Mund-Zahn-Kieferheilkunde

Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Julius Moratin

Hintergrund:

Tumoren der Kopf-Hals-Region stehen auf Platz 7 der häufigsten Malignome. Von diesen bilden die Mundhöhlenkarzinome den größten Anteil. Dabei befindet sich der Chirurg aufgrund der komplexen anatomischen Verhältnisse immer in einem Spannungsfeld zwischen onkologischer Kontrolle, operationstechnischen Möglichkeiten sowie möglichen funktionellen Einschränkungen für den Patienten. Somit können schon geringe Änderungen an den Operationsvoraussetzungen entscheidende Auswirkungen für Patient und Operateur haben. Als einziger vom Operateur beeinflussbarer prognostischer Faktor kommt dem Resektionsabstand dabei eine besondere Bedeutung zu.

Zielsetzung:

Ziel dieser Untersuchung war es, herauszufinden, in wie vielen Fällen der angestrebte Resektionsabstand erreicht werden konnte, ob es diesbezüglich Unterschiede in Abhängigkeit vom Tumorstadium oder der Lokalisation gab und wie sich dies gegebenenfalls auf das Outcome der Patienten ausgewirkt hat und somit eine Auswirkung auf die künftige Therapieentscheidung haben kann. Aus den Ergebnissen kann sich möglicherweise eine Empfehlung zu verschiedenen makroskopischen Resektionsabständen herleiten, um die Therapie der Patientinnen und Patienten weiter zu individualisieren und entsprechend zu verbessern.

Methodik:

Es handelte sich um eine monozentrische, retrospektive Kohortenstudie. Nach abgeschlossener Datenerhebung und Überprüfung der Ein- sowie Ausschlusskriterien verblieb ein Kollektiv von 427 Patientinnen und Patienten. Es wurden alle relevanten Studiendaten der Patientinnen und

Patienten aus dem Krankenhausinformationssystem erfasst und anschließend mithilfe der Analysesoftware SPSS statistisch ausgewertet.

Ergebnisse:

Die Patientinnen und Patienten verteilten sich auf 240 Männer und 187 Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 64,8 Jahren bei einer Altersspanne von 19 bis 92 Jahren. Die mediane Beobachtungsdauer betrug 29 Monate und reichte von 0 bis 131 Monaten.

Im untersuchten Kollektiv konnte die prognostische Relevanz des Resektionsabstands bestätigt und untermauert werden. Dabei suggerierten die vorliegenden Daten einen wünschenswerten mikroskopischen Resektionsabstand von mindestens 4,5 mm. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass schon das initial erzielte Schnellschnittergebnis einen entscheidenden Einfluss auf die Prognose der Patientinnen und Patienten hatte – auch wenn im Verlauf noch weiter nachreseziert wurde. Die beobachteten Ergebnisse sind im Kontext des retrospektiven Studiendesigns zu interpretieren, reihen sich jedoch insgesamt in die bisher verfügbare Literatur ein.

Neben einem verbesserten chirurgischen Resektionsergebnis stellt auch die Notwendigkeit einer eventuellen adjuvanten Therapie eine weitere mögliche Stellschraube zur Verbesserung des krankheitsfreien- sowie Gesamtüberlebens dar.

Schlussfolgerungen:

Der Resektionsabstand bleibt der wichtigste beeinflussbare Faktor für das onkologische Outcome der Patientinnen und Patienten. Dabei verdeutlichen insbesondere die signifikanten Unterschiede der erzielten Resektionsabstände in Abhängigkeit vom Tumorstadium die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung der intraoperativ angestrebten Resektionsgrenzen. So sollte möglicherweise bei steigendem Tumorstadium – entgegen der Standard-Empfehlung eines klinischen Abstandes von 1 cm um den sichtbaren Tumor – ein größerer Resektionsabstand gewählt werden. Die hierdurch verursachten Defekte können im Rahmen der Rekonstruktionsleiter, insbesondere durch mikrovaskuläre freie Lappenplastiken, gut gedeckt werden. Abhängig von der Defektgröße und Lokalisation lässt sich somit meist ein funktionell gutes Ergebnis erzielen, um die Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten zu sichern. Angesichts der hohen prognostischen Relevanz der Schnellschnittuntersuchung sollte unbedingt bereits eine initiale Resektion mit freien Resektionsrändern angestrebt werden. Es muss das Ziel sein, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen dem Pathologen und Chirurgen im Rahmen der Schnellschnittanalyse weiter zu verbessern.