



Rezidivverhalten und –diagnostik des enorale Plattenepithelkarzinoms

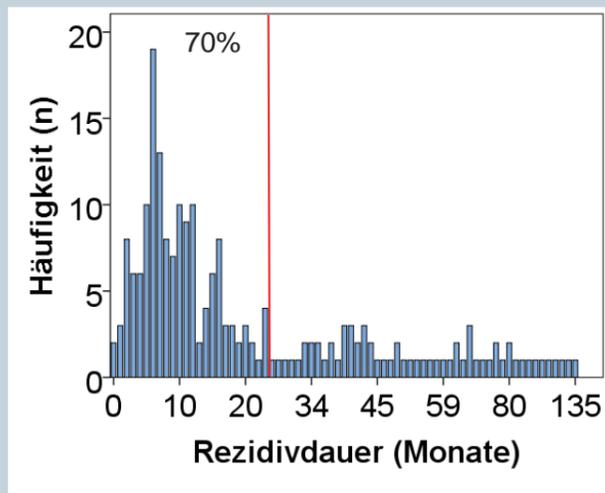


M.-C. Barth, K.Sagheb, C. Walter

EINLEITUNG: Das Rezidiv ist einer der wichtigsten Prognosefaktoren für das enorale Plattenepithelkarzinom (PECA). Die Nachsorge zur frühzeitigen Detektion von Rezidiven ist in deutschen Leitlinien allerdings mit nur niedriger Evidenz beschrieben.

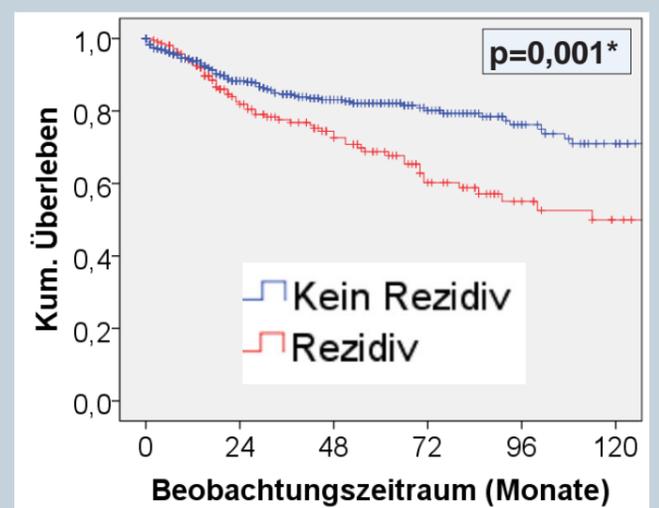
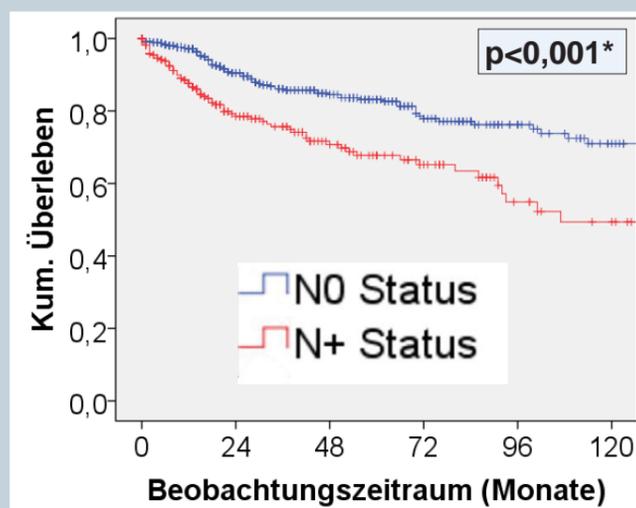
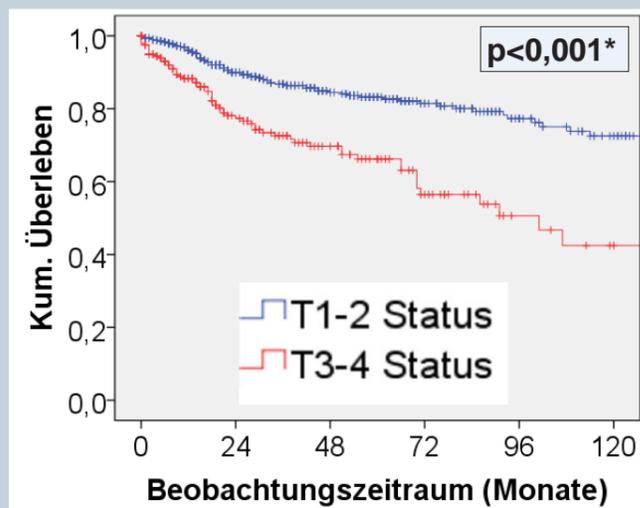
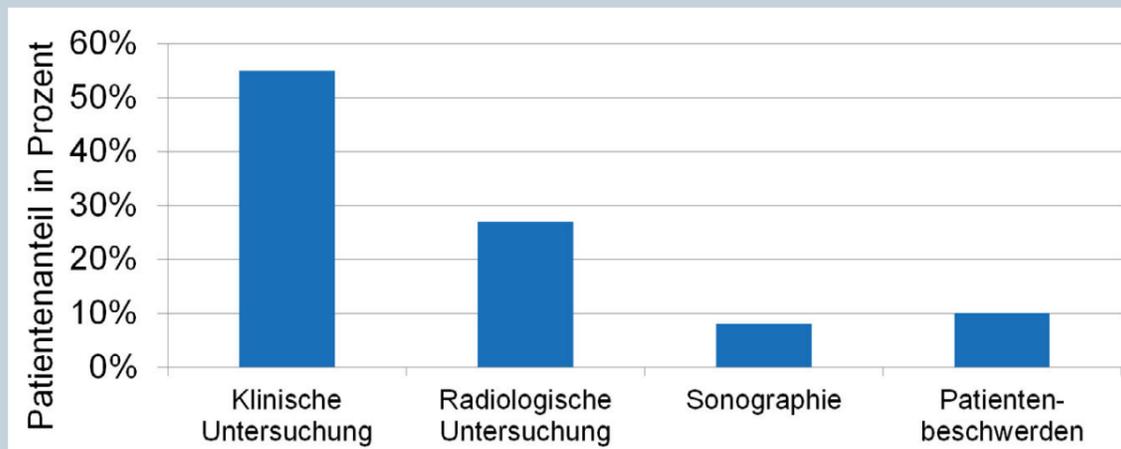
MATERIAL UND METHODEN: Es erfolgte eine Abfrage über Suchalgorithmen und per Handsuche aller Patienten, die von 2000 - 2014 an einem PECA als Primärkarzinom behandelt wurden. Neben der Untersuchung der epidemiologischen Daten, Risikofaktoren und des TNM-Status lag das Hauptaugenmerk auf dem Rezidivverhalten und -typ sowie den Einflussfaktoren und der Diagnostik.

TNM-Status	n	%
T1-T2	519	67
T3-T4	247	33
N0	486	63
N+	280	37
M0	757	99
M1	9	1



	Rezidiv		Prozentualer Anteil	P-Wert
	Ja	Nein		
N0 (n=590)	120	370	20%	p=0,01*
N+ (n=276)	95	181	34%	
G1 (n=127)	15	112	12%	p<0,001*
G2-G3 (n=639)	200	439	31%	
T1-T2 (n=508)	147	361	29%	p=0,244
T3-T4 (n=247)	65	182	26%	
R0 (n=601)	172	429	29%	p=0,611
R+ (n=109)	38	71	35%	

ERGEBNISSE: 766 Patienten (34% ♀; 66% ♂; Durchschnittsalter 62a) wurden eingeschlossen. 50% der Patienten hatten bereits ein fortgeschrittenes Tumorstadium III-IV. Dabei entwickelten 70% innerhalb der ersten 2 Jahre ein Rezidiv. Die Häufigkeit der Rezidivtypen und die Untersuchungsmethode zur Detektion der Rezidive sind in Grafik 2 bzw. 3 wiedergegeben. Das Vorliegen schlecht differenzierter Tumore und die Existenz von Lymphknotenmetastasen, gingen statistisch signifikant häufiger mit der Entwicklung eines Rezidivs einher. Sowohl die fortgeschrittene Tumorausdehnung, als auch das Vorhandensein von Lymphknotenmetastasen sowie das Rezidiv im Verlauf sind mit einem signifikant schlechteren 10-Jahresüberleben behaftet.



ZUSAMMENFASSUNG: Das PECA der Mundhöhle rezidiert häufig, insbesondere beim Vorliegen von zervikalen Metastasen und undifferenzierten Primären. Die vorliegenden Daten untermauern die absolute Notwendigkeit einer engmaschigen klinischen Nachsorge insbesondere in den ersten 2 Jahren, die über den in den Leitlinien empfohlenen 3 Monatsrhythmus hinausgehen sollte.