

Medizinischer Standard bei der Nachsorge maligner Tumoren im Kopf-Hals-Bereich in der Praxis

Autor: Prof. Dr. med. Claus Wittekindt, Universitätsklinikum Gießen, Klinikstraße 33, 35390 Gießen E-Mail: claus.wittekindt@hno.med.uni-giessen.de

Einleitung:

Die Nachsorge ist allgemein akzeptiert ein fundamentaler Bestandteil der onkologischen Versorgung. Das Erfordernis für onkologische Nachsorge wird bei Kopf-Hals-Tumorpatienten wesentlich begründet aus:

1. Evaluation des Ansprechens
2. Identifikation eines Therapieversagens
3. Identifikation von Zweitumoren
4. Management von Nebenwirkungen und Toxizität der Tumortherapie
5. Begleitung einer erfolgreichen Rehabilitation und
6. Biopsychosoziale Unterstützung für den Patienten und sein Umfeld

Struktur der Nachsorge:

Es besteht keineswegs genaue Kenntnis, ob die onkologische Nachsorge, so wie sie in Deutschland beim Kopf-Hals-Tumor aktuell praktiziert wird, dies auch jeweils sicherstellt. Es besteht jedoch Übereinstimmung für einen allgemeinen Benefit einer strukturierten Nachsorge. Die Struktur innerhalb der Nachsorge besteht aus kurzen Intervallen zu Beginn nach Beendigung der Tumortherapie (im ersten Jahr alle 1-3 Monate) und längeren Intervallen bis 5 Jahre nach der Therapie (alle 4-6 Monate im 5. Jahr). Für kürzere Nachsorgeintervalle als vorgeschlagen ist keine Reduktion von Morbidität oder Mortalität gesichert. Modifikationen der Intervalle sind möglich, wenn beispielsweise ein besonders hohes oder besonders geringes Risiko für ein Therapieversagen besteht. Eine längere Nachsorge wird häufig praktiziert, wenn beispielsweise Bedarf seitens des Patienten oder durch die Biologie der Erkrankung (z. B. Adenoidzystisches Karzinom) besteht. Der Großteil der Tumornachsorge wird von der behandelnden HNO-Klinik und der Abteilung Strahlentherapie durchgeführt, zum Anteil von Nachsorgeterminen, die in der Praxis wahrgenommen werden, liegen keine konkreten Zahlen vor. Die Wahrscheinlichkeit für ein Therapieversagen innerhalb von 5 Jahren liegt geschätzt bei 50 % der Patienten und das Auftreten eines zweiten Tumors innerhalb von 5 Jahren Nachsorge liegt annähernd bei 10 % oder 2-4 % jährlich.

Untersuchungen:

Die Erhebung eines Spiegelbefundes ist der wichtigste Bestandteil der Nachsorge, in Deutschland wird standardmäßig auch eine Sonographie der Halsweichteile durchgeführt. Beim Larynxkarzinom empfiehlt sich zusätzlich eine stroboskopische Untersuchung. Neue Untersuchungsverfahren sind beispielsweise das Narrow Band-Imaging und können ergänzend, beispielsweise nach Strahlentherapie eines Larynxkarzinoms, durchgeführt werden. Jährliche Röntgen-Thorax-Untersuchungen werden meistens nicht durchgeführt, weil keine ausreichende Sensitivität und Spezifität belegt ist. Für Screening-Schichtbildgebung (CT, MRT, PET-CT) in der Nachsorge liegen zahlreiche Publikationen vor, die den Wert in der Nachsorge belegen. Der Einsatz ist vor

allem nach definitiver Strahlentherapie (RT) oder Radiochemotherapie (RCT) belegt. Auch bei Tumorlokalisationen, die schwer einsehbar sind (Hypopharynx und Nasopharynx) ist die Durchführung akzeptiert. Für die PET-CT ist die Überlegenheit gegenüber einer elektiven Salvage-Neck-dissection bei Persistenz pathologischer Halslymphknoten 3 Monate nach der RCT prospektiv untersucht. Beim Larynxkarzinom hat sich nach tumorsanierender endoskopischer Operation die Durchführung einer Kontroll-Endoskopie in Narkose beispielsweise 3 Monate nach der Operation bewährt, sie kann jedoch auch risikoadaptiert durchgeführt werden (fragliche R0-Re-sektion, erschwerte Lupenendoskopische Sichtbarkeit, Möglichkeit für kurative Re-Operation). Auch bei Abwesenheit pathologischer Untersuchungsbefunde ist daher häufig eine weitergehende Untersuchung, beispielsweise mittels Schichtbildgebung oder Spiegelung in Narkose, angezeigt. Für die Untersuchung von Tumormarkern im Blut existiert allgemein keine Indikation. Die einzigen Ausnahmen sind Schilddrüsenkarzinome und EBV-getriebene Nasopharynxkarzinome.

Befragung zu Nebenwirkungen und Toxizität der Therapie:

Die Befragung zur allgemeinen Gesundheit und zu Nebenwirkungen der Therapie ist ein wichtiger Bestandteil des Assessments im Follow-up. Hier ist die Verwendung standardisierter Fragebogen-Instrumente empfehlenswert. Die Beschwerden mit der höchsten Spezifität für ein Therapieversagen sind Schmerzen, die Sensitivität wird mit 70 % abgeschätzt. Die Bedeutung einer umfangreichen Aufklärung über tumorspezifische Symptome muss besonders hervorgehoben werden, weil sich ein Therapieversagen in der Mehrzahl der Fälle durch krankheitsbezogene Symptome und eben nicht durch einen symptomlosen pathologischen Befund sichtbar macht. Abschließend ist der Wert einer Beratung hinsichtlich Noxen anerkannt, weil bei fortwährendem Missbrauch von Alkohol und Zigaretten das Risiko für Tumorrezidiv und Zweittumor jeweils erhöht ist.

Merksätze:

- Nachsorge ist anerkannt ein wichtiger Bestandteil der Tumorthherapie.
- Die Frequenz der Nachsorgetermine nimmt innerhalb von 5 Jahren nach der Tumorthherapie kontinuierlich ab.
- In Tumorzentren wird die Nachsorge von interdisziplinären Teams sichergestellt.
- Untersuchungsbefund und Erfassung von Symptomen sind wesentlich für die Detektion eines Rezidivs oder Zweittumors.
- Nebenwirkungen der Therapie und Einschränkungen der allgemeinen Gesundheit sollten standardisiert (z. B. mit Hilfe von Fragebögen) erfasst werden

Literatur:

1. Kothari P, et al. The follow-up of patients with head and neck cancer: an analysis of 1039 patients. Eur Arch Oto-rhinolaryngol 2011;268: 1191–200.
2. Dignonnet A, et al. Post-therapeutic surveillance strategies in head and neck squamous cell carcinoma. Eur Arch Otorhinolaryngol 2013;270:1569–80.