

Chirurgie maligner Tumoren der Speicheldrüsen

Autor: Prof. Dr. med. Orlando Guntinas-Lichius, Direktor der Univ.-HNO-Klinik Jena, Am Klinikum 1, 07747 Jena, E-Mail: orlando.guntinas@med.uni-jena.de

Einleitung

Maligne Speicheldrüsentumoren sind selten. Die Inzidenz liegt nur bei 1-3 Fällen pro 100.000 pro Jahr. Deswegen ist auch die Chirurgie von malignen Speicheldrüsentumoren selten. Das hat wiederum zur Folge, dass es wenige Studien, insbesondere wenige prospektive Studien, zur Behandlung von Speicheldrüsenmalignomen gibt. Und generell gibt es nur wenige prospektive chirurgische Studien, so auch zu Speicheldrüsenmalignomen. Dementsprechend basieren die Empfehlungen zur Chirurgie im Wesentlichen auf Expertenwissen. Die meisten Speicheldrüsenmalignome sind Parotismalignome. Zu den anderen Lokalisationen gibt es noch weniger Studien. Obwohl sich Parotismalignome anders verhalten als Malignome der Gl. submandibularis, der Gl. sublingualis oder der kleinen Speicheldrüsen, werden die meisten Therapieempfehlungen auch für die anderen Speicheldrüsen von den Erfahrungen bei Parotismalignomen abgeleitet.

Methode

Die im Vortrag gemachten Empfehlungen basieren auf der aktuellen Fachliteratur und den aktuellen Operationslehren.

Ergebnisse

Leitlinien

Es gibt keine deutsche Leitlinie zum Thema. Es gibt eine aktuelle englische Leitlinie und eine US-amerikanische NCCN Leitlinie. Die Empfehlungen basieren überwiegend auf retrospektiven Daten. Die Empfehlungen basieren zudem überwiegend auf Daten zur Gl. parotis. Im Prinzip wird in Deutschland sicherlich in etwa den dort gemachten Empfehlungen gefolgt. Für den Vortrag wurde aus den beiden Leitlinien eine Empfehlung für die Situation in Deutschland erarbeitet (Abb. 1 und Abb. 2).

Operationstechniken

Die Standardoperation bei einem Parotismalignom ist die totale Parotidektomie. Die Benutzung eines Mikroskops zum sorgfältigen Umgang mit dem Nervus facialis wird empfohlen, genauso wie ein Neuromonitoring in allen Fällen. Anders als bei gutartigen Tumoren kann eine Defektauffüllung am Ende der Operation nicht empfohlen werden. Nur wenn der Nervus facialis tumorbefallen ist, ist eine radikale Parotidektomie erforderlich. Wenn möglich, sollte in derselben Operation auch die Rekonstruktion des Nervs erfolgen. Bei sehr großen Tumoren, vor allem mit Ausdehnung im Innenlappen, kann eine erweiterte Parotidektomie erforderlich sein. Im Fall eines cN+ Halses ist eine Neck dissection zwingend erforderlich als selektive, radikal-modifizierte, oder radikale Neck dissection in Abhängigkeit von der Ausdehnung der Metastasen. Bei einem cN0 Hals ist die Ausdehnung der Neck dissection umstritten. Es sollte zumindest eine selektive Neck dissection Level I-III erfolgen. Bei Malignomen der Gl. submandibularis, der Gl. sublingualis oder der kleinen Speicheldrüsen erfolgt – soweit möglich – eine weite en-bloc Resektion und eine Neck dissection nach den oben genannten Regeln.

Bei der Operation von Tumorrezidiven ist zumeist eine radikalere Chirurgie als bei Ersteingriff notwendig und es besteht ein hohes Risiko für eine Fazialisresektion.

Adjuvante Therapie

Eine adjuvante Radiotherapie nach Operation ist indiziert bei T3-T4 Tumoren, R+, close margins, Infiltration von Knochenstrukturen, perineuralem Wachstum und bei Rezidiven. Außerhalb von Studien gibt es keine Indikation zur adjuvanten Chemotherapie.

Diskussion

Aktuelle Problemfelder werden im Vortrag diskutiert. Das sind die Ausdehnung der Operation bei T1 und T2 Tumoren der Gl. parotis und genauso die Ausdehnung der Neck dissection beim cN0 Hals. Es wird diskutiert, ob der Tumorsubtyp für die Entscheidung für oder gegen eine adjuvante Therapie eine Rolle spielen sollte oder nicht. Die besondere Situation bei Metastasen von Hauttumoren in der Gl. parotis wird beleuchtet.

Fazit

- Speicheldrüsenmalignome sind eine relativ seltene Erkrankung: es sind dringend mehr Studien notwendig!
- Gl. Parotis: Totale Parotidektomie Standard zur Primärtumorresektion
- Andere Drüse: Komplette Tumor- und Drüsenresektion
- Wenn keine Fazialisparese, dann keine Fazialisresektion anstreben
- Wenn Fazialisparese: wenn möglich primäre Rekonstruktion
- cN+: Neck dissection
- cN0: kein Standard vorgegeben, empfehle selektive Neck dissection(I)II-III
- Indikation zur postoperativen Radiatio: T3-T4, R+, close margin, Knocheninfiltration, perineurale Infiltration, Rezidiv (Lymphangiosis, Haemangiosis)
- Indikation zur postoperativen Radiochemotherapie: nur in Studiensinnvoll
- Rezidivtherapie: Individuelle Chirurgie, palliative Chirurgie

Literatur

1. Bradley P, Guntinas-Lichius O. (2011) Salivary gland disorders and diseases: diagnosis and management. Stuttgart: Thieme
2. Guntinas-Lichius O., Schaitkin BM (2016). Facial nerve disorders and diseases: diagnosis and management. Stuttgart; New York: Thieme
3. NCCN Guidelines for Head and Neck Cancers V.2.2016 (<https://www.nccn.org>) Sood S, McGurk M, Vaz F (2106) Management of Salivary Gland Tumours: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. J Laryngol Otol 130 (Suppl. S2), S142–S149

3

Abbildung 1

Vorschlag für einen Algorithmus zur Behandlung von Parotismalignomen in Anlehnung an die NCCN Guideline

ACC = adenoidcystisches Carcinom; RT = Radiotherapie; RCT = Radiochemotherapie

Abbildung 2

Vorschlag für einen Algorithmus zur Behandlung von allen anderen Speicheldrüsenmalignomen (außer Gl. parotis, siehe Abb. 1) in Anlehnung an die NCCN Guideline

ACC= adenoidcystisches Carcinom; RT = Radiotherapie; RCT= Radiochemotherapie