

Aktuelle Konzepte für Früherkennung und Management des Mundhöhlenkarzinoms

21. Onkologisches Symposium

Hullmann M, Reichert TE

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
Universitätsklinikum Regensburg

Übersicht

Epidemiologie Malignome Mundhöhle:

- 90% Plattenepithelkarzinome
- 5% Adenokarzinome
- Neuerkrankungen 2012: 9290 Männer, 3650 Frauen
- Mittleres Erkrankungsalter: Männer 62 Jahre, Frauen 66 Jahre

Robert-Koch-institut 2015: Krebs in Deutschland

Übersicht

Risikofaktoren:

- Tabak- und Alkoholkonsum
- HPV- Infektionen

In der Diskussion:

- Fleischreiche und vitaminarme Ernährung
- Unzureichende Mundhygiene
- Mechanische Irritationen (Zahnersatz)
- Diabetes mellitus Typ 2
- Ausgeprägte Immunschwäche
- Genetische Veranlagung

Robert-Koch-Institut 2015: Krebs in Deutschland

WHO-Klassifikation

- Präkanzeröse Läsionen:
 - **Leukoplakie**
 - **Erythroplakie**
- Präkanzeröse Konditionen:
 - Eisenmangel
 - **Oraler Lichen planus**
 - Orale submuköse Fibrose
 - Syphilis
 - Xeroderma pigmentosum
 - Lupus erythematoses
 - Epidermolysis bullosa



Screening

5.	Empfehlung
	Die zahnärztliche und ärztliche Untersuchung soll bei jedem Patienten eine Inspektion der gesamten Mundschleimhaut beinhalten.
GCP	Starker Konsens

S3 Leitlinie "Mundhöhlenkarzinom, Diagnostik und Therapie" Stand 16.11.2012

Im Rahmen der zweimal jährlich empfohlenen systematischen Untersuchung der Mundhöhle soll sichergestellt werden, dass sämtliche Regionen der Mundschleimhaut, der Lippen und der unmittelbar angrenzenden Gewebe eingesehen und kritisch gewürdigt werden. Bei Veränderungen ist eine weitere diagnostische Abklärung erforderlich.

S 2 k-Leitlinie: Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Stand: 01.03.2010

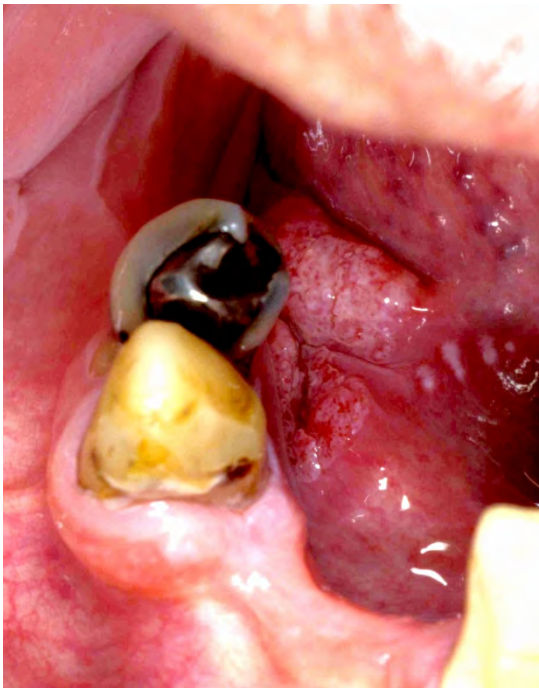
Übersicht

- Klinische Untersuchung (Inspektion und Palpation)
- Diagnostische Hilfsmittel
 - Anfärbungen der Schleimhaut (Toluidinblau)
 - Autofluoreszenz
 - „Bürstenbiopsie“ (Zytologie)
- Biopsie

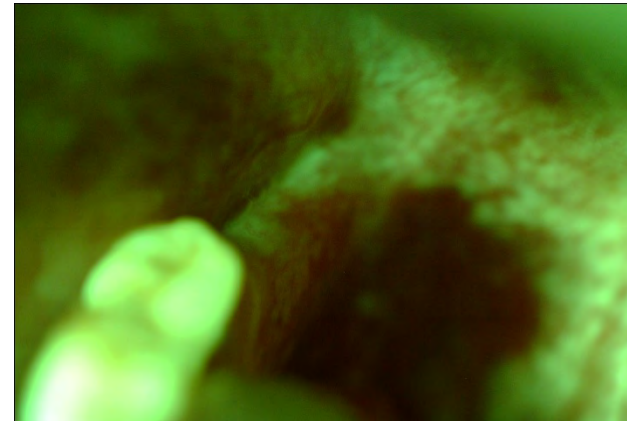
Systematische Untersuchung der Mundhöhle



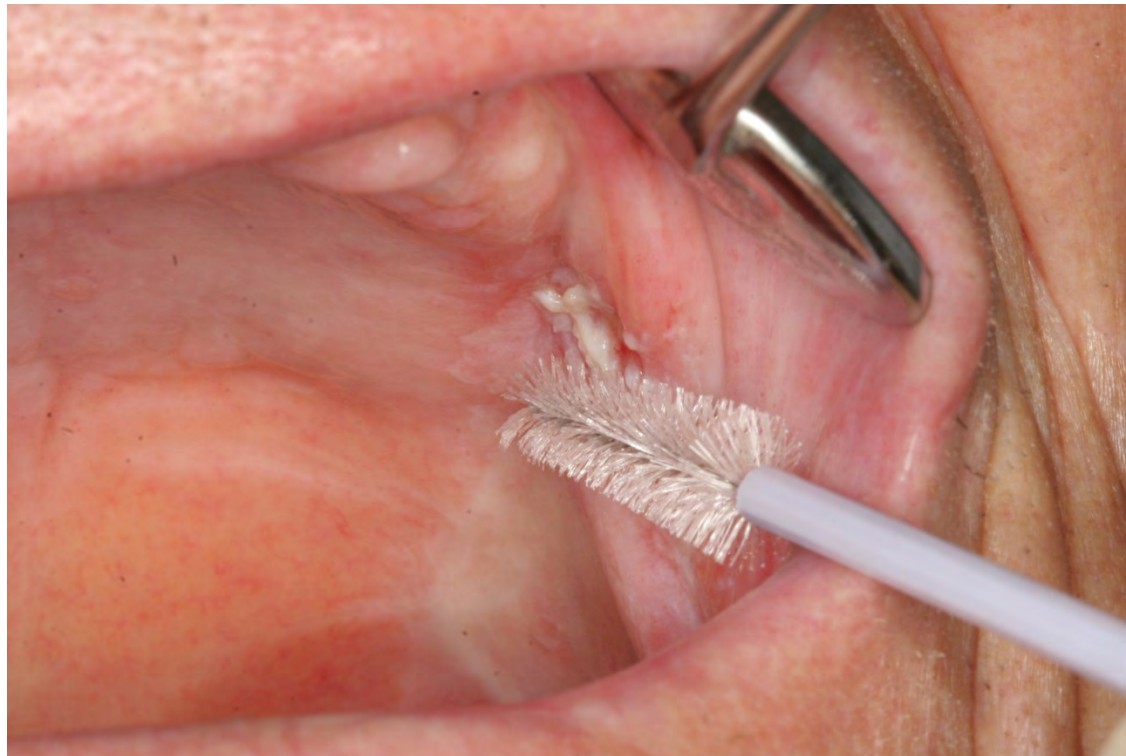
Toluidinblau



Autofluoreszenz



Zytologie



Bewertung

- Kein Ersatz für chirurgische Biopsie
- Anfärbungen und Fluoreszenztests können als Ergänzung helfen, den Ort der Biopsie zu wählen
- Zytologie kann als Monitoringtool verwendet werden

Diagnostic tests for oral cancer and potentially malignant disorders in patients presenting with clinically evident lesions:
Macey et al. (2015) In: The Cochrane database of systematic reviews 5, S. CD010276. DOI: 10.1002/14651858.CD010276.pub2.

Biopsie

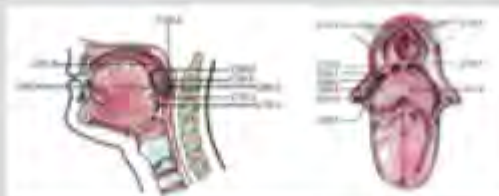
- Als verdächtig gilt jede Vorläuferläsion, die nach einer Beobachtung oder Therapie über **2 Wochen** keine Rückbildungstendenz zeigt und sich nicht eindeutig einer definierten Grundkrankheit oder Ursache zuordnen lässt
- Von einer Inzisions- oder Exzisionsbiopsie kann Abstand genommen werden, wenn innerhalb von 2 Wochen nach Ausschaltung einer adäquaten Ursache eine Rückbildung der Läsion erkennbar wird.
- In diesem Fall muss die klinische Kontrolle bis zur vollständigen Rückbildung fortgesetzt werden, da eine partielle Rückbildung bei malignen Läsionen durch die Ausheilung einer überlagerten entzündlichen Komponente vorgetäuscht werden kann.
- Ist nach weiteren 2 Wochen keine vollständige Ausheilung erfolgt, soll daher eine histologische Abklärung (Biopsie) erfolgen.

S 2 k-Leitlinie: **Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms** in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Stand: 01.03.2010

Untersuchungsmethoden

- Sonographie
- Orthopantomogramm/DVT
- Computertomographie (CT)
- Magnetresonanztomographie (MRT)
- Ggf. PET-CT

Oropharynx



T-Kategorie

T1 ≤ 2 cm

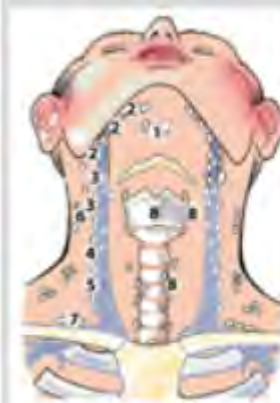
T2 > 2 cm ≤ 4 cm

T3 > 4 cm oder Ausbreitung linguale Oberfläche Epiglottis

T4a Infiltration Nachbarstrukturen (Larynx, Zungenmuskulatur, harter Gaumen, Unterkiefer)

T4b Infiltration Nachbarstrukturen (M. pterygoideus lat., Schädelbasis, A. carotis int.)

Lymphknoteneinteilung



LK Stationen

- 1 submental
- 2 submandibulär
- 3 kranial jugulär
- 4 medial jugulär
- 5 kaudal jugulär
- 6 dorsal zervikal
- 7 supraclavikulär
- 8 prälaryngeal/
- tracheal

Level

- Level Ia
- Level Ib
- Level II
- Level III
- Level IV
- Level V
- Level VI

N Kategorie

- N0 keine Lymphknotenmetastase
- N1 ein ipsilat. LK ≤ 3 cm
- N2a ein ipsil Lk > 3 cm ≤ 6 cm
- N2b multiple ipsil LK ≤ 6 cm
- N2c multiple bilat. LK ≤ 6 cm
- N3 LK > 6 cm

Neuerungen der TNM-Klassifikation der Kopf-Hals-Tumoren

Der Pathologe, 2010, Volume 31, Number 5, Page 339
A. Weber, K.W. Schmid, A. Tannapfel, C. Wittekind

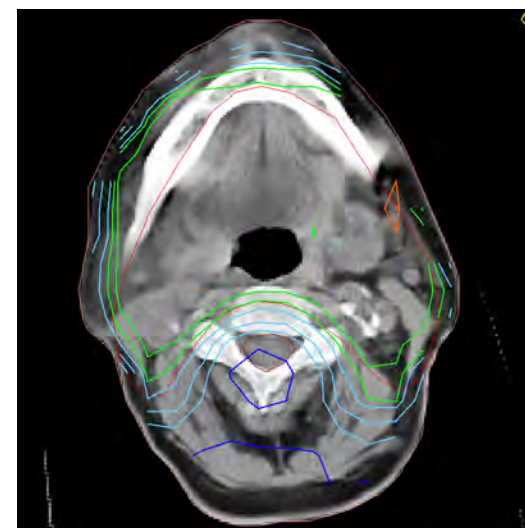
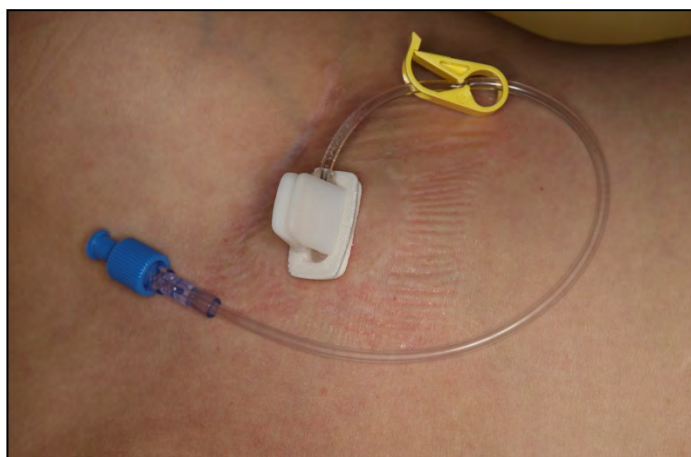
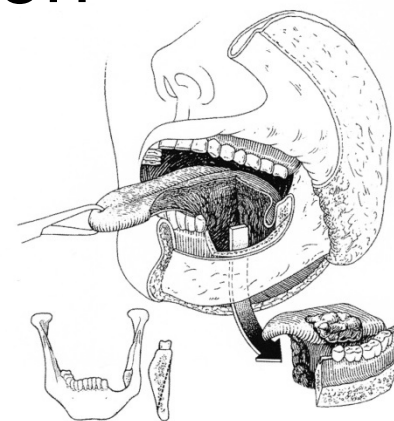
Behandlungsempfehlungen

30.	Empfehlung
	Die Behandlung des Mundhöhlenkarzinoms soll interdisziplinär nach Abstimmung jedes individuellen Falls innerhalb von Tumorboards unter Beteiligung der Fachdisziplinen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie und Radiologie durchgeführt werden.
GCP	Starker Konsens

S3 Leitlinie "Mundhöhlenkarzinom, Diagnostik und Therapie" Stand 16.11.2012

Klassische Konzepte zur Therapie von Kopf-Hals-Tumoren

- Chirurgie (Entfernung von Tumor und Halslymphknoten)
- Bestrahlung
- Radiochemotherapie



Strahlentherapie

53.	Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Eine postoperative Radio- oder Radiochemotherapie soll bei fortgeschrittener T-Kategorie (T3/T4), knappen oder positiven Resektionsrändern, perineuraler Invasion, Gefäßinvasion und/oder Lymphknotenbefall erfolgen
Level of Evidence 1++	Leitlinienadaptation SIGN: (239) (292) (364) (365) (366) (367) (293) (294)
	Konsens

S3 Leitlinie "Mundhöhlenkarzinom, Diagnostik und Therapie" Stand 16.11.2012

Strahlentherapie

55.	Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Die postoperative Strahlentherapie sollte möglichst früh begonnen werden und innerhalb eines Zeitraums von höchstens 11 Wochen nach der Operation beendet werden
Level of Evidence 2++	Leitlinienadaptation SIGN: (369) (370)
	Starker Konsens

S3 Leitlinie "Mundhöhlenkarzinom, Diagnostik und Therapie" Stand 16.11.2012

Leitlinie: Mundhöhlenkarzinom

Primäre Radiochemotherapie:

In fortgeschrittenen Tumorstadien kann alternativ eine primäre Radiochemotherapie erfolgen, wenn eine Operation nicht möglich oder sinnvoll ist.

Leitlinie: Mundhöhlenkarzinom

- bei unheilbaren Tumorleiden und guten Allgemein- und Leistungszustand Empfehlung zu einer palliativen Chemotherapie in Kombination mit Cetuximab
- bei reduziertem Allgemeinzustand Monotherapie

Ausblick

- Cochrane Analyse wertete Studien mit monoklonalen Antikörpern und immuntherapeutischem Oropharynxkarzinomen aus
- EGFR mAB können in Ergänzung zur Chemo- oder Radiochemotherapie Gesamtüberleben, progressionsfreies Überleben und die lokoregionäre Kontrolle der Tumoren zu verbessern

Interventions for the treatment of oral and oropharyngeal cancers: targeted therapy and immunotherapy, Chanet al. (2015)
In: The Cochrane database of systematic reviews 12, S. CD010341. DOI: 10.1002/14651858.CD010341.pub2



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!