



Einleitung:

Die Einteilung maligner Tumore im HNO Bereich anhand der TNM Klassifikation im Rahmen des prätherapeutischen Stagings ist der erste kritische Schritt, dessen Qualität richtungsweisenden Einfluss auf eine spätere Therapieentscheidung hat. Mittels klinischer Untersuchung, spezieller Untersuchungsverfahren und Biopsie kann eine Diagnose-Zuverlässigkeit erreicht werden, die einem „certainty-factor“ von maximal 3 entspricht. Erst die histopathologische Aufarbeitung eines kompletten Tumor-Präparats im posttherapeutischen Rahmen erlaubt eine genauere Klassifikation, die unter Umständen erheblich von der ersten, rein klinischen Klassifikation abweichen kann. Ziel dieser retrospektiven Studie ist es die Qualität des prätherapeutischen Stagings zu evaluieren und Risikofaktoren zur Fehleinschätzung zu identifizieren.

Material und Methoden:

Die Daten aller Patienten die von Jan. 2012 bis Dez 2014 im Kopf-Hals-Tumorboard der Universitäts-HNO-Klinik Mannheim vorgestellt wurden, wurden auf folgende Einschlusskriterien geprüft:
-Erstdiagnose eines Kopf-Hals-Plattenepithel-Carcinoms (n=332)
-Operative Therapie (und histologische Aufarbeitung) erfolgt (n=160)
 Alle 160 Patienten erhielten das prätherapeutische Staging im Rahmen ihrer Vorstellung in der Uniklinik i.S. eines kompletten HNO-Status, einer cervicalen Sonographie durch einen Sonographie-erfahrenen Kollegen, einer Biopsie i.R. einer Mikrolaryngoskopie und flexiblen Panendoskopie sowie ein Röntgen Thorax in 2 Ebenen. Ein CT des Halses und des Thorax wurde standardmäßig bei T-Stadien > 2, allen Mundhöhlen-, Oropharynx- und Hypopharynxcarinomen oder bei unklaren Befunden in der klinischen Untersuchung durchgeführt. Ein zusätzliches MRT des Halses kommt z.T. bei speziellen Fragestellungen und im Rahmen von Studien zum Einsatz. Die Nutzung eines PET CTs ist Standard bei initialem V.a. ein CUP Syndrom zur Primäriussuche und kommt zusätzlich im Rahmen von Studien zum Einsatz.

Aufgrund der o.g. Einschlusskriterien konnten wir n=160 Patienten in die Auswertung einschließen. Dabei ergab sich folgende Verteilung: Mundhöhle (n=33), Oropharynx (n=68), Hypopharynx (n=21), Supraglottis (n=24), Glottis (n=10), Subglottis (n=4).

Diskussion:

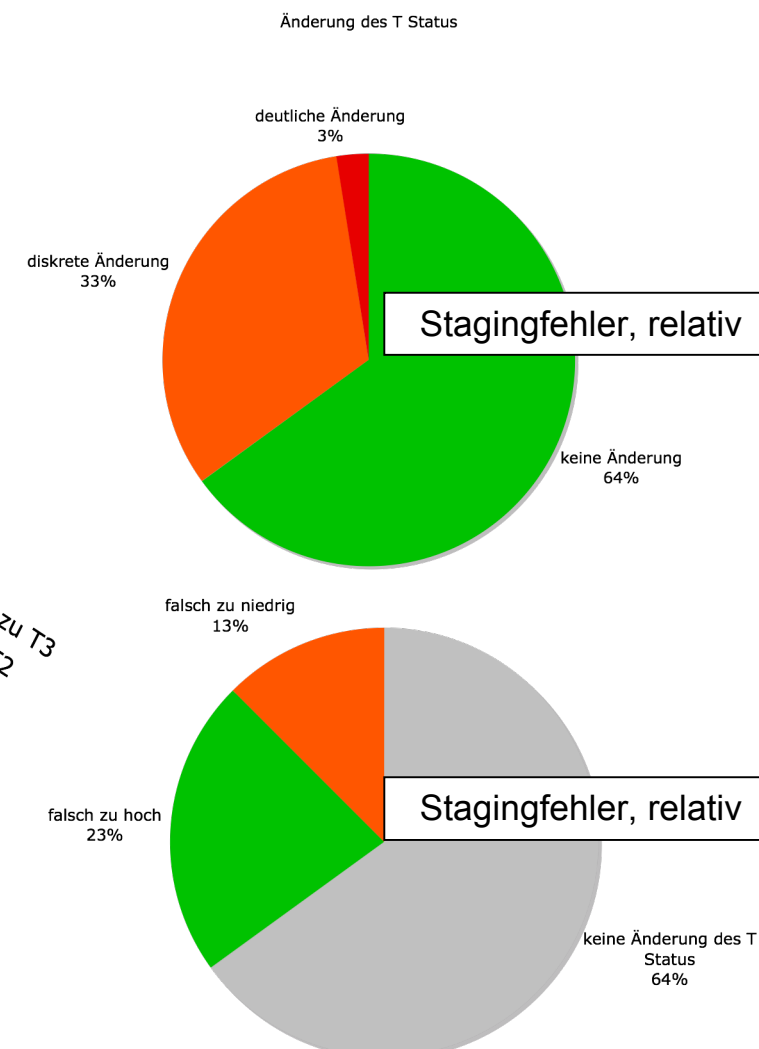
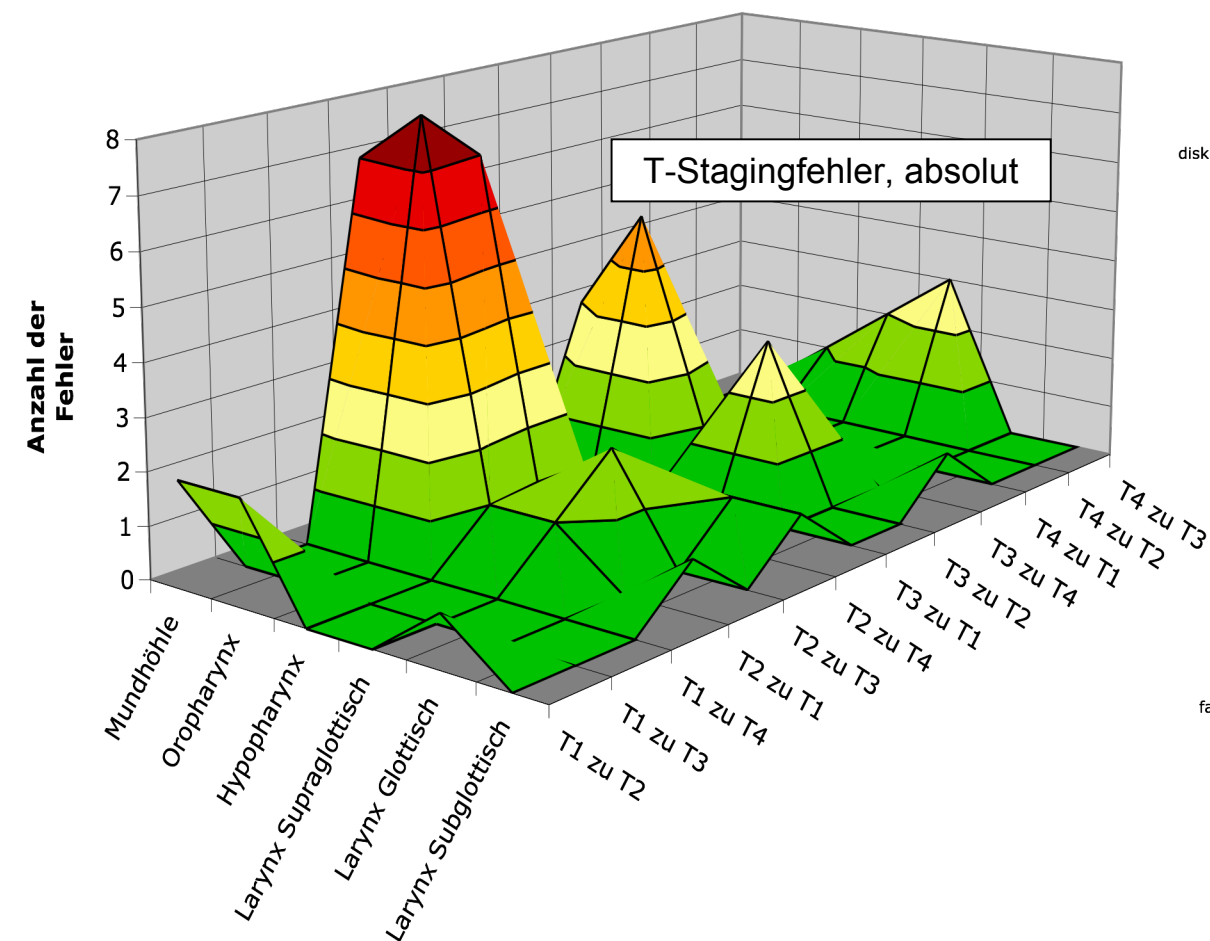
T-Stagingfehler, sowohl als *falsch zu hoch* wie auch *falsch zu niedrig*, konnten bei 36% der untersuchten Patienten nachgewiesen werden. Allerdings bewegt sich die Veränderung bei 33% der Fälle nur im diskreten Rahmen und hatte keine Auswirkung auf die Therapieentscheidung. In 3% der Fälle kam es zu deutlichen T-Stagingfehlern. V.a. im Bereich des Pharynx, der Mundhöhle und subglottisch ist das Risiko für T-Stagingfehler erhöht. Paradoxerweise scheint der Umfang der technischen Zusatzdiagnostik (CT, MRT und PET-CT) keinen Einfluss auf dieses Risiko zu haben.

N-Stagingfehler konnten bei 60% der Patienten nachgewiesen werden. Hier überwiegen mit 48% die falsch zu hohen Befunde. Gerade beim „N2c-Hals“ besteht hier die Gefahr des „Overtreatments“. Zu beachten ist allerdings auch daß bei postoperativen „N2c-Hälsen“ nach beidseitiger Neck dissektion in 20% der Fällen okkulte cervikale Metastasen nachgewiesen werden konnten. Auch hier scheint der Umfang der technischen Zusatzdiagnostik keinen Einfluss auf das Risiko eines Stagingfehlers zu haben.

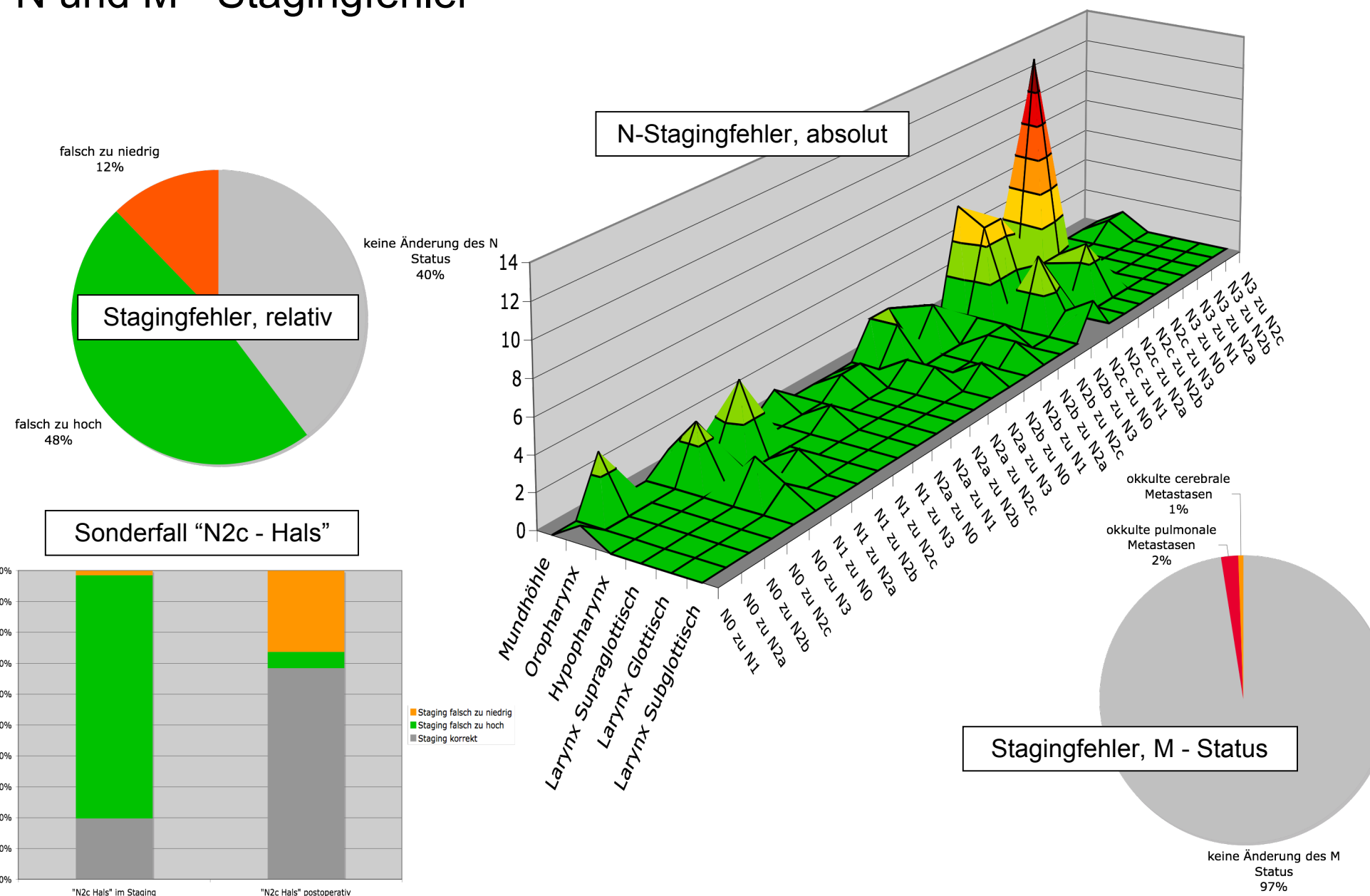
M-Stagingfehler sind dagegen selten. In unserem Patientenpool konnten wir im Verlauf 3 pulmonale Metastasen beobachten, diese waren trotz CT-Thorax bei 2 der 3 Patienten im Staging nicht zu erkennen. Bei einem Patienten kam es im Verlauf zu cerebralen Metastasen, diese konnten trotz Ganzkörper CT und PET CT im Rahmen einer Studie, zum Zeitpunkt des Stagings nicht nachgewiesen werden.

Ergebnisse:

T - Stagingfehler

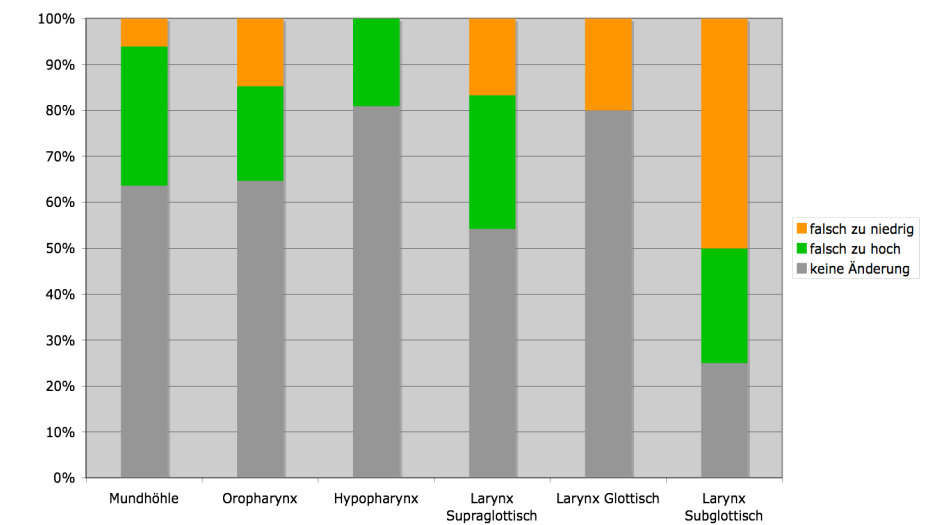


N und M - Stagingfehler

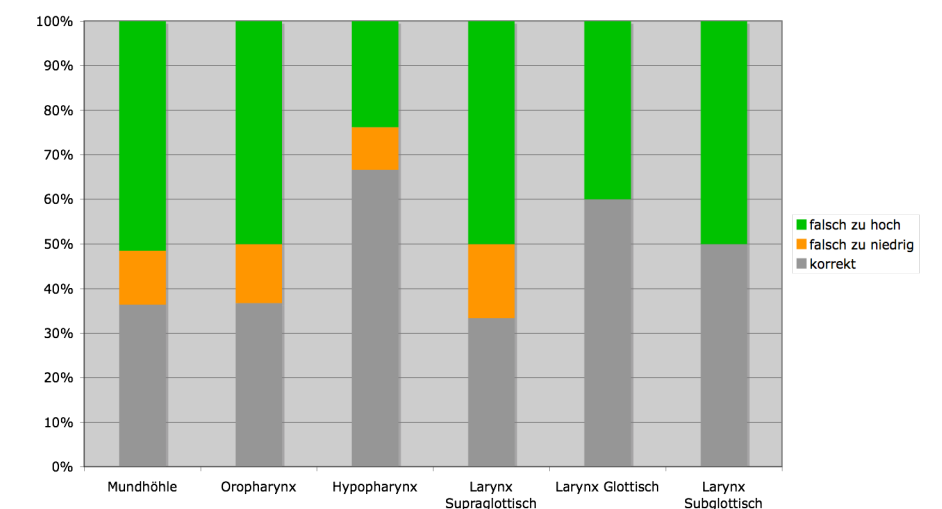


Risikofaktoren:

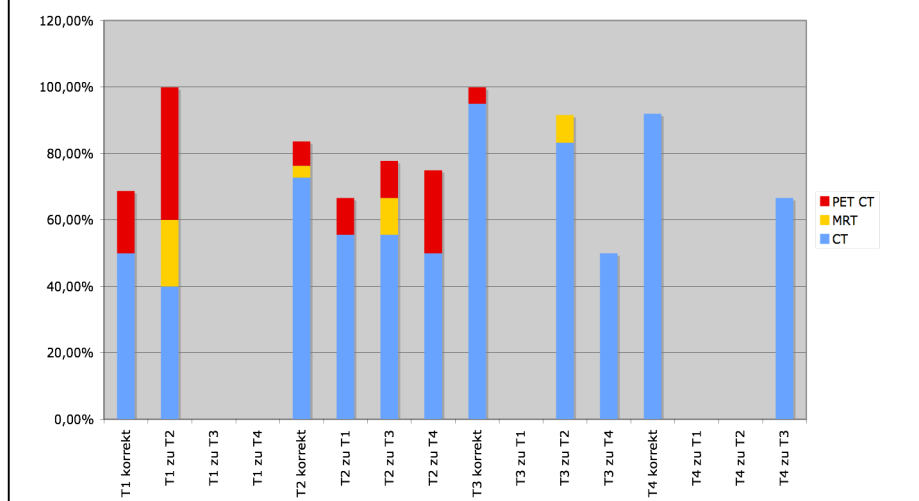
T - Stagingfehler nach Lokalisation



N - Stagingfehler nach Lokalisation



T - Stagingfehler und Zusatzdiagnostik



N - Stagingfehler und Zusatzdiagnostik

