

1. Einleitung

Sekundäre Neoplasien der Ohrspeicheldrüse sind regelmaessig zu beobachtende Ereignisse. Die ueberwiegende Mehrzahl der Metastasen stammt von Primärtumoren der Kopf-Hals-Region, jedoch sollte auch an von infraklavikulär stammende Primaertumoren gedacht werden, vor allem bei histologischen Tumortypen, die nicht der Glandula parotidea oder der Haut entstammen. Wir stellen fünf Patienten mit Fernmetastasen in der Glandula parotidea vor und diskutieren die Probleme von Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie.

2. Patienten und Methoden

Wir operierten 644 Patienten wegen eines Parotistumors in den Jahren 1980 bis 2012. Alle Operationen wurden vom gleichen Operateur oder unter dessen Aufsicht in einer Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde entweder als laterale Parotidektomie oder als konservative totale Parotidektomie mit Erhalt des Nervus facialis durchgeführt. In allen Fällen wurde eine postoperative histopathologische Untersuchung ohne präoperative Punktionszytologie, Stanzen oder Probeentnahmen durchgeführt. Alle Fälle wurden aus unserer Tumordatenbank identifiziert und alle Daten aus der Patientenakte erhoben.

3. Ergebnisse

89 Patienten (14%) hatten einen malignen Tumor.

Von diesen waren 39 (44%) Metastasen.

In **fünf Fällen** (13%) wurden diese als Fernmetastasen eines unterhalb der Clavicula gelegenen Primärtumors identifiziert. In drei Fällen war der zugrunde liegende Primärtumor ein Bronchialkarzinom, in je einem Fall ein Nierenzellkarzinom und ein Mammakarzinom.

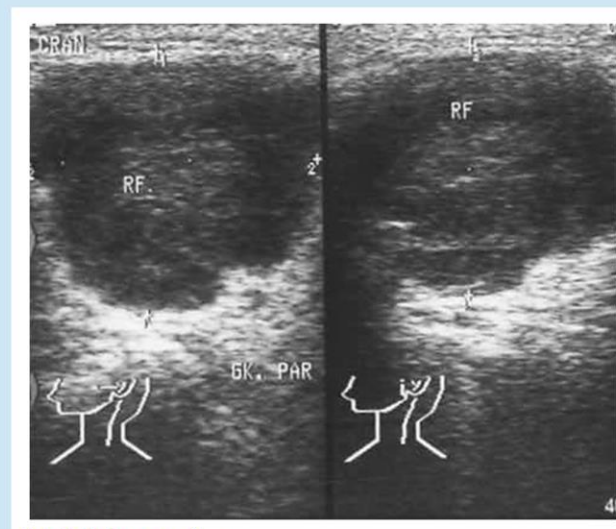


Abbildung 1

Präoperative sonografische Untersuchung der Raumforderung lieferte unzureichende Hinweise auf das Vorliegen einer malignen Raumforderung (Abb. 1), und das Vorliegen einer Metastase wurde erst durch den histologischen Befund bestätigt.

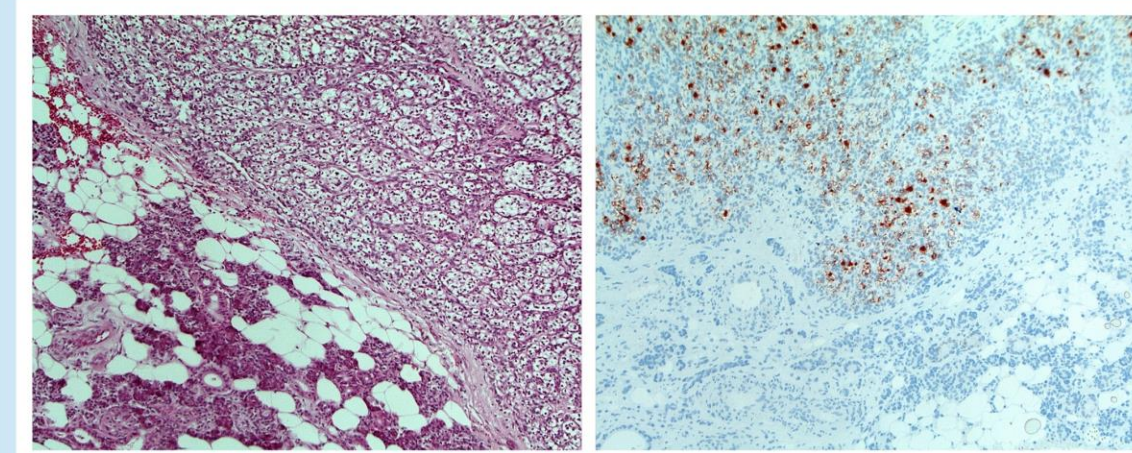


Abbildung 2

In allen fünf Fällen von Fernmetastasierung infraklavikulaerer Tumoren handelte es sich um eine solitäre, zunächst schmerzlose Raumforderung mit rascher Grössenprogredienz ohne Beteiligung des Nervus facialis. Bei zwei Patienten war eine Tumorerkrankung aus der Anamnese bekannt. Metastasierung in die Glandula parotis war die erste und bislang einzige Manifestation eines Rezidivs eines 9 bzw. 6 Jahre zuvor chirurgisch therapierten Mammakarzinoms und eines Nierenzellkarzinoms (Abb. 2). Bei allen Patienten erfolgten weitere Staging-Untersuchungen zur Identifikation des Primärtumors und zum Ausschluss weiterer Metastasen.

4. Diskussion

Die Mehrzahl der in die Glandula parotidea metastasierenden Tumoren stammt aus dem Kopf-Hals-Bereich, dort vor allem Plattenepithelkarzinome der Haut (1). Bei 10-20% aller Metastasen findet man jedoch einen infraklavikulären Primärtumor, vor allem in Lunge, Brust und Nieren (2,3). Unsere Ergebnisse reflektieren die sehr variablen klinischen Verläufe: Metastasen in der Glandula parotidea können Erstmanifestation einer Tumorerkrankung sein, können jedoch auch viele Jahre nach kurativer Therapie auftreten. Sie können als Einzelmetastase auftreten und sind dann einer Parotidektomie mit kurativem Ansatz zugänglich, oder können Ausdruck einer Tumorgeneralisation sein, und auch in diesem Fall ist in der Mehrzahl der Patienten eine Parotidektomie zur Symptomkontrolle sinnvoll (4).

Schlussfolgerung

Solitäre, groessenprogrediente Raumforderungen der Parotis sollten an eine Metastasierung nicht nur aus dem Kopf-Hals-Bereich, sondern auch von infraklavikulär denken lassen und operative Therapie zur Diagnosesicherung und Staging unverzüglich eingeleitet werden.

Literatur

1. Bron, LP et al: Laryngoscope 113, 1070–5 (2003)
2. Seifert G et al: Pathol. Res. Pract. 181, 684–92 (1986)
3. Pomar Blanco P et al: Acta otorrinolaringológica española 57, 47–50 (2006)
4. Thom JJ et al: JAMA Otolaryngol. Head Neck Surg. (2014).