



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Hubertus Wald Tumorzentrum
Universitäres Cancer Center Hamburg

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Zertifiziertes
Kopf-Hals-Tumor Zentrum

Kopf-Hals-Tumorzentrum des Universitären
Cancer Center Hamburg

Klinische Ergebnisse von Kopf-Hals-Tumorpatienten (HNSCC) in der Rezidivsituation - eine retrospektive Analyse der HNO-Klinik des UKE-Hamburg an 136 Fällen.

M. Hezel, C. Blüggel, S. Sehner, R. Knecht, A. Münscher, Hamburg

Einleitung:

Die Therapie von Patienten mit Kopf-Hals-Plattenepithelkarzinom (HNSCC) in lokal, locoregionär oder distant rezidivierter Situation ist unterschiedlich.

Verschiedene Strategien wie z.B. (erneute, Metastasen-) Chirurgie [1], Re-Bestrahlung, Mono- oder Polychemotherapien mit Targettherapeutika (EXTREME) bis hin zum „best supportive care“ kommen zum klinischen Einsatz.

Die Therapie erfolgt individuell nach vorangegangener Primärtherapie und Rezidivlokalisierung.

Diese Analyse untersucht das Überleben von Patienten in dieser Patientengruppe. Die Unterschiede des Überlebens sollen in Abhängigkeit von der Rezidivlokalisierung und Primärtumorklassifikation dargestellt werden.

Material und Methoden:

Retrospektive Analyse der Häufigkeit des Auftretens, der Überlebenszeit und Überlebenswahrscheinlichkeit von 136 Patienten mit einem lokalen, locoregionären oder distanten Tumorrezidiv. Eingeschlossen in die Analyse wurden alle Patienten, welche im Rahmen ihrer Tumornachsorge ein Rezidiv ihres Kopf-Hals-Plattenepithelkarzinoms (HNSCC) bekamen. Betrachtet wurden Rezidive von Mundhöhlenkarzinomen, Oro- oder Hypopharynxkarzinomen, oder Larynxkarzinomen.

Ausgewertet wurden die Verläufe getrennt nach Lokalisation des Primarius und Lokalisation des Rezidivs (Lokalrezidiv, locoregionäres Rezidiv, Metastase).

Die Überlebensdaten wurden mittels Kaplan-Meier-Kurven dargestellt. Das Auftreten des ersten Rezidivs wurde als Ausgangspunkt definiert.

Ergebnisse:

Die mediane Beobachtungszeit der Kohorte beträgt 22 Monate (95%-KI: 17-26 Monate).

Das mediane Überleben aller eingeschlossenen Patienten beträgt 69 Monate.

Lokalisation	Lokal	Locoregionär	Distant	Total
Mundhöhle	9	12	6	27
Oropharynx	20	13	14	47
Hypopharynx	5	5	5	15
Larynx	27	8	12	47
Total	61	38	37	136

Tabelle: Anzahl der Rezidivfälle nach primärer Tumorentität und Rezidivlokalisierung.

Patienten mit einem Oropharynxkarzinomrezidiv haben mit 69 Monaten das längste mediane Überleben. Das Hypopharynxkarzinomrezidiv zeigt die kürzeste mediane Überlebenszeit mit 41 Monaten (Larynxkarzinomrezidiv: 61 Monate).

Der häufigste Ort wo sich ein Rezidiv zeigt, ist lokal, in der ehemaligen Tumorregion (61 Patienten/ 44,85%). Annähernd gleich häufig treten locoregionäre und distante Rezidive auf (38 Patienten/ 27,94% und 37 Patienten/ 27,21%).

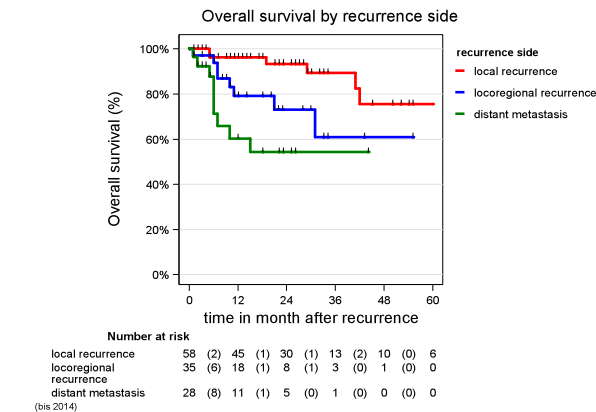


Abbildung 2: Kaplan-Meier-Überlebenskurve der Rezidive vom Zeitpunkt der Diagnose des Rezidivs, aufgeschlüsselt nach Rezidivlokalisierung.

Das Mundhöhlenkarzinom-Rezidiv tritt in 12 von 27 Fällen locoregionär auf (44,44%). Beim Oropharynxkarzinom und Larynxkarzinom treten distante Rezidive häufiger auf als locoregionäre Rezidive (13/ 27,66% ggü. 14/ 29,79%; 8/ 17,02% ggü. 12/ 25,53%).

Die 1-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit beträgt für ein lokales Rezidiv 96,23%, für ein locoregionäres Rezidiv 79,11% und für ein distantes Rezidiv 60,36%. Nach 2 Jahren beträgt die Wahrscheinlichkeit zu überleben, respektive 93,4%, 73% und 54,32%.

Die 1- und 2-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit des Mundhöhlenkarzinom liegt mit 71,11% unterhalb denen des Larynxkarzinoms (84,21%/ 80,84%), Hypopharynxkarzinoms (84,42%/ 84,42%) und Oropharynxkarzinoms (91,39%/ 82,82%).

Diskussion:

Das mediane Überleben der analysierten Kohorte liegt mit 69 Monaten weit über dem der Literaturangaben von 6-10 Monaten [2, 3]. Dies könnte an einer hohen Anzahl von umschriebenen Lokalrezidiven liegen, welche insbesondere am Larynx mit beispielsweise Salvage-Operationen gut und primär kurativ zu therapieren sind. Laryngeale Lokalrezidive sind in der Analyse mit 27 Patienten am häufigsten verzeichnet. Eine Aufschlüsselung der eingeschlossenen Patienten nach Rezidivausdehnung und Tumorstadium sollte angeschlossen werden. Um eine klinisch relevante Aussage zu erhalten, steht weiterhin die Sub-Analyse der erfolgten Therapie aus.

Schlussfolgerung:

Das Auftreten von Lokalrezidiven ist in der Rezidivsituation am häufigsten. Diese haben eine hohen Überlebenswahrscheinlichkeit. Locoregionäre und distante Rezidive treten in nahezu gleicher Zahl auf, jedoch haben distante Rezidive ein schlechteres 1- und 2-Jahres-Überleben.

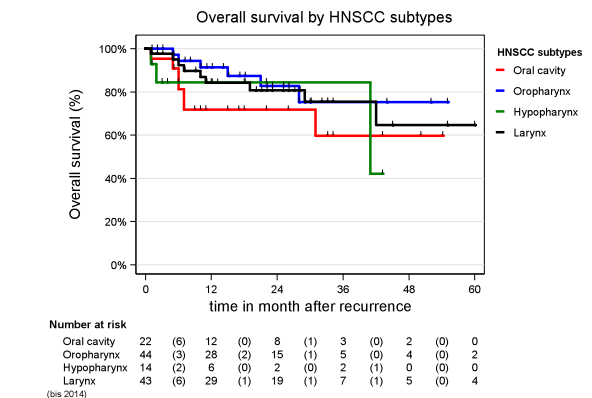


Abbildung 1: Kaplan-Meier-Überlebenskurve der Rezidive vom Zeitpunkt der Diagnose des Rezidivs, aufgeschlüsselt nach primärer Tumorklassifikation.

Quellenangaben/ Literatur: [1] Miyazaki T, Hasegawa Y, Hanai N et al. Survival impact of pulmonary metastasectomy for patients with head and neck cancer. Head Neck 2013 Dec; 35, 1745-1751.; [2] Machiels JP, Licitra LF, Haddad RI, Tahara M, Cohen EE. Rationale and design of LUX-Head & Neck 1: a randomised, Phase III trial of afatinib versus methotrexate in patients with recurrent and/or metastatic head and neck squamous cell carcinoma who progressed after platinum-based therapy. BMC Cancer 2014; 14, 473; [3] Tortochaux J, Tao Y, Tournay E et al. Randomized phase III trial (GORTEC 98-03) comparing re-irradiation plus chemotherapy versus methotrexate in patients with recurrent or a second primary head and neck squamous cell carcinoma, treated with a palliative intent. Radiother Oncol 2011 Jul; 100, 70-75

gefördert durch Deutsche Krebshilfe
HILFEN, FORSCHEN, INFORMIEREN.