

Oral- und Oropharynxkarzinome möglichst schnell behandeln

Liegen zwischen der Diagnose eines Plattenepithelkarzinoms der Mundhöhle oder des Oropharynx und dem Therapiestart mehr als sechs Wochen, beeinträchtigt dies einer taiwanischen Studie zufolge die Überlebenschancen.

Die Inzidenz des Oral-/Oropharynxkarzinoms (OSCC) sinkt zwar weltweit, doch auch heute leben fünf Jahre nach der Diagnose nur noch rund 60% der Patienten. Welchen Einfluss eine verzögerte Behandlung auf das Überleben hat, haben Ärzte aus Taipeh in einer Kohortenstudie anhand der Daten von 5.743 Personen untersucht. Bei den Studienteilnehmern war zwischen 2004 und 2009 im Rahmen eines Screening-Programms ein OSCC festgestellt worden. 97% von ihnen waren Männer, meist zwischen 30 und 59 Jahre alt, und rauchten oder kauten Bethelnuss. 57% der Patienten hatten innerhalb von drei Wochen nach der Diagnose eine Therapie erhalten, 86,5% innerhalb von sechs

Wochen und 13,5% erst nach mehr als sechs Wochen. Die Zeit bis zum Therapiebeginn variierte je nach Lokalisation des Karzinoms. So wurden etwa Lippenkarzinome am schnellsten behandelt (durchschnittlich nach 16 Tagen), während bis zur Therapie von Tumoren an Zahnfleisch, Trigonium retromolare oder Oropharynx 21 Tage verstrichen.

Vergingen bis zur Therapie mehr als drei Wochen, war das Mortalitätsrisiko in der univariablen Analyse signifikant höher als bei Patienten, die innerhalb von drei Wochen nach der Diagnose behandelt wurden (nach 3–6 Wochen: +12%; nach > 6 Wochen: +46%). In der multivariablen Analyse wurde ein signifikanter Unterschied zu den früh Behan-

delten erst nach über sechs Wochen Therapieverzögerung erreicht (+18%).

Signifikant negativen Einfluss auf die Überlebenschancen hatten in der multivariablen Analyse zudem ein höheres Alter bei Diagnose, eine Lokalisation an der Zunge oder am harten Gaumen (adjustierte Hazard Ratio [aHR] 1,37 bzw. 1,63) sowie ein höheres Krankheitsstadium (aHR Stadium II: 1,84; Stadium III: 2,97; Stadium IV: 6,33). In der Kaplan-Meier-Analyse zeigte sich in allen Krankheitsstadien ein ungünstiger Effekt auf das Überleben, wenn zwischen Diagnose und Therapiebeginn mehr als sechs Wochen lagen (Stadium I und II: aHR 1,39; Stadium III und IV: aHR 1,19).

Fazit: Begannen OSCC-Patienten erst mehr als sechs Wochen nach der Diagnose mit der Behandlung, verschlechterten sich ihre Überlebenschancen deutlich. *Dr. Christine Starostzik*

Su WW et al. Impact of treatment delay on survival of oral/oropharyngeal cancers: Results of a nationwide screening program. *Head Neck*. 2021;43:473-84

Tonsillektomie bei Kindern: Abklärung des Gerinnungsstatus nach Blutung meist nutzlos

Mit einer routinemäßigen Gerinnungsdiagnostik ist bei Kindern mit einer Blutung nach Tonsillektomie nur selten eine Koagulopathie nachzuweisen. Tritt jedoch wiederholt eine Blutung auf, kann sich einer US-Studie zufolge die Überweisung zum Hämatologen lohnen.

Bei 1,5–4,5% der Patienten kommt es im Rahmen einer Tonsillektomie zu Nachblutungen („post-tonsillectomy hemorrhage“, PTH). HNO-Ärzte um Stephen Chorney von der University of Texas, Dallas, analysierten, wie häufig bei Kindern nach einer PTH bis dahin unbekannte Koagulopathien diagnostiziert werden. Sie werteten Daten von 250 Patienten aus (im Durchschnitt 8,8 Jahre alt, ohne bekannte Gerinnungsstörung), die sich zwischen 2015 und 2019 in einer Kinderfachklinik zur Eindämmung einer PTH eingefunden hatten. Bei 89% waren die Tonsillen nach Standardprotokollen entfernt worden, bei 74% per Elektrokauterisierung.

90,8% der Kinder hatten eine PTH, bei 9,2% der Kinder kam es zu einer zweiten Blutung, bei 1,3% zu einer dritten. Blutungen ereigneten sich median sechs Tage nach dem Eingriff, bei 15% innerhalb von 24 Stunden nach der Tonsillektomie. Chorney und Kollegen fanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kindern mit einmaliger und mehrfacher Blutung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Operationstechnik oder der Zahl postoperativer Tage bis zur Blutung. Gerinnungstests waren bei 71% durchgeführt worden (bei 100% derer mit mehreren Blutungen). Bei 41% der Patienten wichen die Prothrombinzeit oder die aktivierte partielle Thromboplastinzeit

von der Norm ab. Jedoch waren hier keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit einer oder mehreren Blutungen erkennbar (42% vs. 35%). 15% aller Patienten wurden an einen Hämatologen überwiesen (8% der Kinder mit einzelner PTH; 87% mit multiplen PTH).

Eine Gerinnungsstörung fand sich bei keinem Kind mit nur einer Nachblutung, aber bei drei Kindern (1,2%) mit Mehrfachblutungen (2-mal Von-Willebrand-Syndrom, eine ADP-abhängige Thrombozytenfunktionsstörung). Im Rahmen der im Mittel dreijährigen Nachbeobachtung ergaben sich keine weiteren Komplikationen.

Fazit: Komme es nach einer Tonsillektomie zu einer Blutung, könne dies auf eine Gerinnungsstörung hinweisen, so die Ärzte. Bei mehreren Nachblutungen könne sich die Überweisung zum Hämatologen lohnen. *Dr. Christine Starostzik*

Chorney SR et al. Post-Tonsillectomy Hemorrhage and the Diagnosis of Occult Pediatric Coagulopathies. *Laryngoscope*. 2020; <https://doi.org/10.1002/lary.29244>