HNO 2021 · 69:87–88

<https://doi.org/10.1007/s00106-020-00985-z>

Angenommen: 14. Dezember 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Andreas Knopf

Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

Oropharynxkarzinome: die Renaissance der Chirurgie?

Teil 1

Liebe Leserinnen und Leser,

Plattenepithelkarzinome der Kopf-Hals-Region zählen mit etwa 500.000 Neu-diagnosen und 300.000 tumorbedingten Todesfällen pro Jahr zu den 6 häufigsten Malignomen weltweit [1, 2]. Während die Inzidenz an Plattenepithelkarzinomen der Kopf-Hals-Region für viele Primärtumorklassifikationen sinkt, steigt der Anteil an Oropharynxkarzinomen. Nikotin- und Alkoholkonsum zählen zu den etablierten Risikofaktoren, wenn- gleich der relative und absolute Anstieg an Oropharynxkarzinomen innerhalb der Gesamtkohorte insbesondere auf eine virale Karzinogenese zurückzuführen ist [3, 4].

» Grundsatz ist, die Erkrankung bei Erstdiagnose erfolgreich zu therapieren

In den vergangenen Jahrzehnten wurden große Anstrengungen betrieben, die Prognose von Patienten mit Oropharynxkarzinomen zu verbessern. Hierbei hat auch heute noch der Grundsatz Bestand, die Erkrankung möglichst bei Erstdiagnose erfolgreich zu therapieren und Rezidive zu verhindern. Trotz intensiver Bemühungen konnte für herkömmliche Plattenepithelkarzinome weder chirurgisch noch primär konservativ ein signifikanter Durchbruch erzielt werden. Erst mit Identifikation des humanen Papillomavirus (HPV) in der Ätiopathogenese virusinduzierter Oropharynxkarzinome konnte das signifikant bessere Überleben in dieser Subgruppe nachvollzogen werden.

Der besseren Prognose HPV-positiver Oropharynxkarzinome trägt die 8. Auflage des UICC-Manuals (Union Internationale Contre le Cancer) Rechnung. Die Interpretation der Prognose des HPV-Status führt hier erstmals zu einer eigenen Klassifikation HPV-positiver Oropharynxkarzinome, die in der Klassifikation nach erfolgter Neck-Dissection keine Rückschlüsse auf die Lateralität befallener Lymphknoten, detaillierte Abschätzungen der Zahl befallener Lymphknoten oder des Kapseldurchbruchs erkennen lässt und sich damit deutlich von der Klassifikation herkömmlicher Oropharynxkarzinome abgrenzt. Da Therapie-regime außerhalb klinischer Studien nicht anhand des HPV-Status stratifiziert werden, bleibt fraglich, inwieweit die Ausführungen der 8. Auflage des UICC-Manuals von praktischem Nutzen sind oder gar eine Gefahr bergen [5, 6].

» Therapieregime außerhalb klinischer Studien werden nicht anhand des HPV-Status stratifiziert

Mit der zunehmenden Zahl Überlebender wird das Spannungsfeld zwischen einer ausreichenden therapeutischen Radikalität und dem Wunsch des Funktionserhalts bzw. der Funktionswiederherstellung immer stärker akzentuiert und der Anspruch einer ausreichenden Berücksichtigung funktioneller Aspekte in der onkologischen Therapie bekräftigt [7]. In den USA trägt die transorale Roboterchirurgie (TORS) diesem Trend Rechnung, wenngleich zum heutigen Zeit-

punkt nicht abzuschätzen ist, ob dieses Verfahren tatsächlich „klassischer“ Chirurgie im Hinblick auf die Funktionalität überlegen ist. Allen chirurgischen Verfahren ist jedoch gemein, dass eine Gratwanderung zwischen ausreichender onkologischer Radikalität und dem Erhalt bzw. der Wiederherstellung von Funktionalität vollzogen wird. Dieser Ansatz erfordert ein breites Repertoire chirurgischer Zugangswege, das unterschiedliche Techniken der Rekonstruktion einbezieht.

Wir hoffen, dass dieser erste Teil des Leitthemas für Sie von Interesse ist, ein zweiter Teil wird im April folgen.

Eine spannende Lektüre wünscht Ihnen

Prof. Dr. Andreas Knopf

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Knopf
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum
Freiburg
Killianstraße 5, 79106 Freiburg, Deutschland
andreas.knopf@uniklinik-freiburg.de

Interessenkonflikt. A. Knopf gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Jemal A, Bray F, Center MM et al (2011) Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 61(2):69–90
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A (2016) Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin* 66(1):7–30
3. Murata M, Takayama K, Choi BC et al (1996) A nested case-control study on alcohol drinking, tobacco smoking, and cancer. *Cancer Detect Prev* 20(6):557–565
4. Forastiere A, Koch W, Trotti A et al (2001) Head and neck cancer. *N Engl J Med* 345(26):1890–1900
5. Kumar B, Cordell KG, Lee JS et al (2008) EGFR, p16, HPV Titer, Bcl-xL and p53, sex, and smoking as indicators of response to therapy and survival in oropharyngeal cancer. *J Clin Oncol* 26(19):3128–3137
6. Nichols AC, Faquin WC, Westra WH et al (2009) HPV-16 infection predicts treatment outcome in oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 140(2):228–234
7. Lechelt LA, Rieger JM, Cowan K et al (2018) Top 10 research priorities in head and neck cancer: results of an Alberta priority setting partnership of patients, caregivers, family members, and clinicians. *Head Neck* 40(3):544–554

Bei Hypertonie steigt wohl das Risiko für Nasenbluten

Fördert eine Hypertonie das Auftreten von Nasenbluten? Eine aktuelle Studie mit über 70.000 Teilnehmern spricht für einen Zusammenhang – und liefert auch eine mögliche Erklärung.

Seoul. Eine Epistaxis kann eine Vielzahl von Ursachen haben, etwa trockene Luft, Infektionen, Allergien, Verletzungen, Alkoholabusus oder eine Behandlung mit Antikoagulanzen. Als weiterer wichtiger Risikofaktor wird im Allgemeinen eine Hypertonie angesehen. Allerdings gibt es unter den zahlreichen Untersuchungen dazu auch einige, vor allem ältere Studien, die einen Effekt des Blutdrucks in Zweifel ziehen. Unterstützung für die Hypothese eines – potenziell kausalen – Zusammenhangs liefert eine große Kohortenstudie aus Südkorea (*JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2020; online 10. September). Danach haben Hypertoniepatienten ein um fast 50 Prozent höheres Risiko für eine Epistaxis, die zu einem Arztbesuch führt, als vergleichbare Personen ohne Bluthochdruck.

Daten der nationalen Krankenversicherung

Die Analyse beruht auf Daten der nationalen Krankenversicherung: 35.749 Patienten mit diagnostizierter und behandelter Hypertonie wurden ebenso viele Versicherte ohne eine solche Diagnose gegenübergestellt, die mit ihnen in Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status und Grad der Komorbidität übereinstimmten. Versicherte mit bekannten Risikofaktoren für eine Epistaxis wie Tumoren der Nasennebenhöhlen oder Gerinnungsstörungen waren von der Analyse ausgeschlossen.

In der Beobachtungszeit von median 5,5 Jahren hatten 696 Hochdruckpatienten und 483 Kontrollpersonen wegen Nasenblutens einen Arzt aufgesucht. Das entsprach Inzidenzraten von 32,97 beziehungsweise 22,76 pro 10.000 Personen. Damit erwies sich die Hypertonie in einer multivariablen Analyse als signifikanter Risikofaktor für das Auftreten einer Epistaxis, mit einer Risikoerhöhung um 47 Prozent.

Rezidive traten bei 42 beziehungsweise 34 Patienten mit Nasenbluten auf; hier war die Differenz zwischen Versicherten mit und ohne Hypertonie allerdings statistisch unbedeutend.

Schäden am Gefäßendothel als Ursache?

Relevante Unterschiede zeigten sich dagegen beim Schweregrad der Epistaxis: Von den betroffenen Hypertonikern suchten 12,8 Prozent eine Notfallambulanz auf, von den normotonen Vergleichspersonen nur 5,2 Prozent. Zum Stillen der Blutung musste außerdem bei den Patienten mit Bluthochdruck häufiger eine posteriore Nasentamponade gelegt werden (1,9 Prozent vs. 0,4 Prozent). „Die Ergebnisse legen nahe, dass Bluthochdruck ein Risikofaktor für behandlungsbedürftiges Nasenbluten sein könnte“, lautet das vorsichtige Fazit der Studienautoren um Hayoung Byun von der Universität in Seoul. Diese Annahme steht in Einklang mit einer Metaanalyse (Min HJ et al. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2017), in der ein ähnlicher Anstieg der Epistaxisraten bei Hypertoniepatienten festgestellt worden war.

Auch wenn keine der Studien einen Kausalzusammenhang belegen kann, ließe sich der durchaus erklären: Die durch die Hypertonie verursachten Schäden am Gefäßendothel, etwa durch oxidativen Stress oder auch durch atherosklerotische Plaques, könnten die Gefäße in der Nase „fragiler“ machen. In Post-mortem-Studien sind bei Hochdruckpatienten degenerative bindegewebige Veränderungen der Nasengefäße festgestellt worden. Aufgrund der retrospektiven Analyse und wegen des Fehlens von Blutdruckwerten lässt sich aus den Ergebnissen jedoch nicht ableiten, ob, wie bei Epistaxis oft empfohlen, eine gute Einstellung des Blutdrucks tatsächlich zur Prävention von Nasenbluten beitragen kann.

Quelle: www.aerztezeitung.de (Dr. Beate Schumacher, veröffentlicht: 30.09.2020, 13:38 Uhr)