

Alleinige interstitielle Brachytherapie als organerhaltendes Therapieverfahren am Beispiel des Lippenkarzinoms



Heinrich-Braun-Klinikum
gemeinnützige GmbH

T. Junghänel¹, J. Stadler², A.D. Boicev¹

¹Klinik für Strahlentherapie, Heinrich-Braun-Klinikum gGmbH, Standort Zwickau

²Klinik für HNO-Heilkunde, Heinrich-Braun-Klinikum gGmbH, Standort Zwickau

Zusammenfassung:

Eine gute Alternative zur Operation mit Defektdeckung ist bei kleinen Lippentumoren (T1, T2) die alleinige Radiatio, entweder als interstitielle Brachytherapie (HDR oder LDR/PDR) oder als perkutane Radiatio (z.B. mit Elektronen 6-9 MeV). Eine lymphogene Metastasierung (vermehrt ab einer Tumordinfiltrationstiefe von 6 mm) tritt initial in nur 5-10% der Fälle auf, wobei sich die Karzinome der Oberlippe aggressiver verhalten. Fernmetastasen sind zum Zeitpunkt der Erstdiagnose bei nur 5% der Patienten nachweisbar.

Fallbericht:

Wir berichten über eine 74-jährige Patientin, die sich aufgrund einer seit circa 6 Monaten bestehenden größten-progredienten Raumforderung der Unterlippe HNO-ärztlich vorstellte.

Klinik:

Inspektorisch zeigte sich auf der Unterlippe mittig eine ulzerierte, krustig belegte Raumforderung von circa 2 cm Durchmesser mit derber Induration des umliegenden Gewebes.

Diagnostik:

Sonographie: echoarme, homogene, glatt begrenzte LK von 15 mm Größe in Regio Ib, nicht malignitätssuspekt

Rö-Thorax: kein Hinweis auf Lungenmetastasen

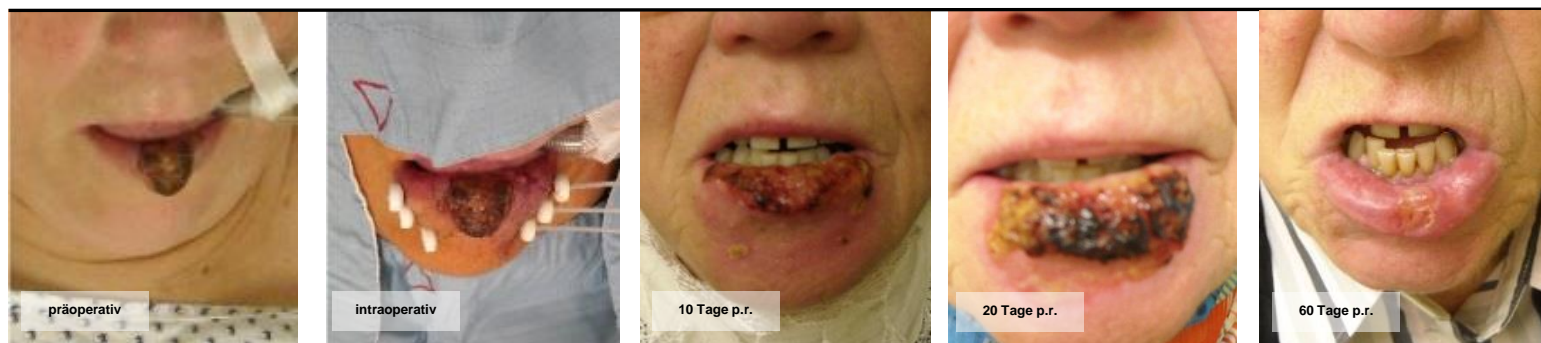
Tumorendoskopie mit laserchirurgischer Exzisionsbiopsie: verruköse Anteile einer hochgradig squamösen intraepithelialen Neoplasie (SIN III) nachweisbar. Stromale Anteile wurden nicht erfasst, klinisch konnte die Raumforderung aber sicher einem Plattenepithelkarzinom zugeordnet werden.

Interdisziplinäres Tumorboard: OP mit Defektdeckung versus Radiatio als organerhaltende Maßnahme

Therapieentscheid: interstitielle Brachytherapie

Therapie:

Nach Einleitung der Narkose, Bestimmung der Tumorausdehnung und sorgfältigen Desinfektion wurden unserer Patientin insgesamt 3 AL-Nadeln parallel zur Unterlippe implantiert. Der Abstand der Nadeln zueinander betrug circa 10 mm. Anschließend erfolgt das Durchziehen der Plastik-Tubes. Perioperativ wurde die Patientin mit Ciprofloxacin abgeschirmt. Nach Konturierung des Zielvolumens (Tumor + Sicherheitssaum von 5-10 mm in alle Richtungen) und anschließender physikalischer Bestrahlungsplanung erfolgte die definitive interstitielle Brachytherapie mit einer ED von 2 Gy b.i.d. bis zu einer GD von 40 Gy (entspricht biologischer Effektivdosis von mindestens 47 Gy am Tumor). Elf Tage nach Implantation der Afterloading-Tubes konnten diese problemlos explantiert werden. Im Anschluss war eine Tumornekrose festzustellen. Der verbleibende Hautdefekt wurde lokal versorgt und auch nach Entlassung engmaschig kontrolliert und fotodokumentiert. Die bislang letzte Kontrolle 60 Tage p.r. zeigt keinen Tumorrest und eine fast abgeschlossene Defektheilung. Das kosmetische und funktionelle Ergebnis wird von Patientin und Behandler als sehr gut eingeschätzt.



Diskussion:

Die lokale Tumorkontrolle nach alleiniger Radiatio – ob interstitiell oder perkutan - beträgt beim Lippenkarzinom nach 5 Jahren etwa 95%. Deshalb ist es umso wichtiger, alternativ zu Operationen mit plastisch rekonstruktiven Maßnahmen, an die Strahlentherapie als organerhaltendes Verfahren zu denken, da diese sowohl sehr gute kosmetisch-funktionelle, wie auch onkologische Ergebnisse liefert.

Literatur:

Kopf-Hals-Malignome; 4.Auflage; Tumorzentrum München 2009,

Stand und Perspektiven der klinischen Brachytherapie; 1.Auflage; UNI-MED 2004

Lip cancer treatment with high dose rate brachytherapy; Guinot J.L. et al.; Radiotherapy and Oncology Vol. 69; October 2003