

B2 Speicheldrüsentumoren

Tumoren der großen Speicheldrüsen sind mehrheitlich in der Glandula parotis lokalisiert. Nachfolgende Ausführungen beziehen sich daher vor allem auf Parotistumoren, gelten im übertragenen Sinne aber auch für Tumoren der Glandula submandibularis. Spezielle Gesichtspunkte bei Submandibularis-Tumoren sind im Text jeweils nach einer Unterüberschrift abgehandelt. Leitsymptom für benigne wie auch maligne Speicheldrüsentumoren ist zumeist eine schmerzlose, progrediente Drüenschwellung. Ein Symptom ersten Ranges für einen malignen Parotistumor ist eine periphere Fazialisparese, die durch benigne Tumoren allenfalls in Ausnahmefällen verursacht wird. Maligne Tumoren manifestieren sich jedoch häufig wie benigne Tumoren ohne Fazialisparese und lassen sich daher klinisch nicht immer von ihnen abgrenzen. Die Durchführung einer Feinnadelbiopsie zur präoperativen Abklärung der Histologie kann nützlich sein. Da auch bei benignen Tumoren, beispielsweise wegen der Entartungstendenz pleomorpher Adenome, in aller Regel eine vollständige Tumorentfernung indiziert ist, relativiert sich die Bedeutung der Feinnadelaspirationszytologie, zumal Sensitivität und Spezifität dieser Methode, außer in besonders erfahrener Hand, begrenzt sind. Neben der klinischen Untersuchung hat die bildgebende Diagnostik den größten Stellenwert unter differenzialdiagnostischen Gesichtspunkten. Sonographie, in besonderen Fällen auch Computer- und Magnetresonanztomographie, haben die konventionelle Sialographie praktisch vollständig abgelöst.

Besteht aufgrund der beschriebenen präoperativen Diagnostik kein gesicherter Anhalt für einen malignen Prozess, so ist dennoch die vollständige Entfernung des Tumors mit seiner Kapsel und unter Erhalt des N. facialis anzustreben. Bleibt die Kapsel des Tumors nicht intakt, kann es ansonsten z. B. beim pleomorphen Adenom zur disseminierten Tumormanifestation kommen. Eine intraoperative Schnellschnittdiagnostik kann sinnvoll sein, wobei jedoch nicht immer repräsentative Proben gewonnen werden können, was vor allem beim Karzinom im pleomorphen Adenom der Fall ist.

Bei malignen Parotistumoren ist in aller Regel eine komplette Parotidektomie indiziert. Eine Resektion des N. facialis ist heute nur noch dann angezeigt, wenn der Tumor den Nerv infiltriert und/oder von diesem nicht sicher abgegrenzt werden kann. Im Falle einer Fazialisresektion sollte die Rekonstruktion des Nerven vorgenommen werden, sofern es die lokalen Gegebenheiten erlauben.

Stellt sich postoperativ ein Malignom heraus, so ist bei primär vollständiger Tumorentfernung unter Berücksichtigung der histopathologischen Beurteilung der Tumorränder und des Tumortyps eine Nachresektion in vielen Fällen nicht mehr notwendig.

Die aktuelle Datenlage für maligne Speicheldrüsentumoren lässt keine endgültige Empfehlung hinsichtlich einer elektiven Neck-dissection zu. Jedoch sollte nach gegenwärtigem Stand der Erkenntnis die Indikation der selektiven Neck-dissection in Erwägung gezogen werden.

Die Indikation zur postoperativen Radiotherapie hängt vor allem vom histologischen Typ ab. Die zytostatische Chemotherapie ist als adjuvantes oder Zweitlinien-Therapieverfahren bislang nicht als Standardverfahren etabliert.

B2.1 Diagnostik

- Notwendig
- Lokaler Untersuchungsstatus (Fazialisparese, Einbruch in äußeren Gehörgang, Vorwölbung der Tonsillenloge durch Eisbergtumor, Palpation des Mundbodens)
- Inspektion der Haut von Kopf einschließlich äußerem Ohr (Parotistumor als Metastase eines Primärtumors der Haut), Inspektion der Mundschleimhaut und der Zunge (Lymphknotenmetastase in der Regio submandibularis als Differenzialdiagnose zum primären Submandibularismalignom)
- Sonographie der Parotis/Submandibularis und der regionären Lymphknoten (solitärer Tumor versus multiple Tumoren, prätherapeutischer Lymphknotenstatus (Lymphadenitis z. B. bei infiziertem Warthin-Tumor, lymphogene Metastasen, malignes Lymphom)
- Im Einzelfall hilfreich
- Farbdoppler: Vaskularisation, Lokalisation der V. retromandibularis als indirekter Marker des N. facialis; Ermittlung von Dignitätskriterien; eventuell Gabe von Sono-Kontrastmitteln
- MRT: bei Verdacht auf retromandibuläre Ausdehnung, extraparenchymale Ausbreitung, Fazialisparese
- CT: bei Verdacht auf Arrosion bzw. Infiltration des Unterkiefers oder der Schädelbasis
- Röntgen-Thorax: bei Verdacht auf malignen Tumor/malignes Lymphom, vor allem bei adenoidzystischem Karzinom
- Feinnadelaspirationszytologie: Nutzen bzw. therapeutische Konsequenz im Regelfall umstritten (Implantation von Tumorzellen im Stichkanal beim pleomorphen Adenom?); benötigt einen auf diesem Gebiet erfahrenen Zytologen; bei V. a. Malignom eventuell indiziert, dann gegebenenfalls auch Probeentnahme bzw. Gewebestanze zur histologischen Untersuchung
- Fazialis-EMG: bei Malignomverdacht bzw. zum Nachweis einer „latenten“ Fazialisaffektion

B2.2 WHO-Klassifikation der Speicheldrüsentumoren (Seifert und Sobin, 1991)

- Adenome
 - Pleomorphes Adenom
 - Monomorphe Adenome
- Karzinome
 - Azinuszellkarzinom
 - Mukoepidermoidkarzinom
 - Adenoidzystisches Karzinom
 - Polymorphes low-grade Adenokarzinom
 - Epithelial-myoepitheliales Karzinom
 - Basalzelladenokarzinom
 - Talgdrüsenkarzinom
 - Papilläres Zystadenokarzinom
 - Muzinöses Adenokarzinom
 - Onkozytäres Karzinom
 - Speichelgangkarzinom
 - Adenokarzinom
 - Myoepitheliales Karzinom (malignes Myoepitheliom)
 - Karzinom im pleomorphen Adenom (maligner Misch tumor)
 - Plattenepithelkarzinom
 - Kleinzelliges Karzinom
 - Undifferenziertes Karzinom
 - Andere Karzinome
- Nicht-epitheliale Tumoren
- Maligne Lymphome
- Sekundäre Tumoren
- Unklassifizierte Tumoren
- Tumorähnliche Erkrankungen

B2.3 Adenome

Monomorphe Adenome

Unter den insgesamt seltenen Tumoren sind in erster Linie das Basalzelladenom, das Myoepitheliom, das Onkozytom und das kanakuläre Adenom zu nennen. Das Zystadenolymphom ist unter diesen seltenen Tumoren relativ häufig und stellt zirka 7% aller Speicheldrüsenneo-

plasien dar. Es ist hauptsächlich in der Glandula parotis lokalisiert. Der Tumor hat epitheliale und lymphatische Komponenten, ist häufig gelappt und von einer dünnen Kapsel umgeben. Die Rezidivhäufigkeit ist als gering anzusehen und erneute Tumormanifestationen werden eher als Zweittumor angesehen.

Pleomorphes Adenom

Das pleomorphe Adenom, auch Misch tumor genannt, tritt zu 85% in der Glandula parotis auf und ist der häufigste Tumor der großen und kleinen Speicheldrüsen. Seine Rezidivfreudigkeit ist als relativ hoch einzuschätzen, sodass eine vollständige Entfernung unter Mitnahme der Kapsel und gegebenenfalls auch des umliegenden gesunden Gewebes anzustreben ist. Selten ist eine maligne Transformation möglich, wobei derartige Tumoren als Karzinom im pleomorphen Adenom beschrieben sind.

■ Therapie von gutartigen Parotistumoren

Gutartige Parotistumoren werden unter Erhalt des N. facialis exstirpiert. Dabei ist mit hoher Priorität die vollständige Entfernung des Tumors mit der Kapsel und möglichst mit angrenzendem Drüsen gewebe anzustreben. Da die Rezidivwahrscheinlichkeit bei den Tumoren durchaus verschieden ist, kann je nach Histologie eine abgestufte Radikalität sinnvoll sein. Wenn aus Gründen der Vollständigkeit der Tumorexstirpation Äste des N. facialis reseziert werden müssen, sollten diese in der Regel rekonstruiert werden.

■ Therapie von gutartigen Submandibularistumoren

Die Therapie von gutartigen Tumoren der Glandula submandibularis erfolgt analog zu der der Parotistumoren mit Erhalt des R. marginalis des N. facialis.

B2.4 Karzinome

■ Therapie von Parotiskarzinomen

Das grundlegende Therapieprinzip bei Parotiskarzinomen besteht in der vollständigen opera-

tiven Entfernung. Der N. facialis kann ganz oder teilweise erhalten bleiben, wenn hierdurch eine R0-Resektion nicht gefährdet wird. Im Allgemeinen ist eine komplette Parotidektomie anzustreben. Die Indikation zur homolateralen Neck-dissection und zur postoperativen Radiatio wird durch die Tumorhistologie (siehe nachfolgende Abschnitte) mitbestimmt.

■ Therapie von Submandibulariskarzinomen

Das grundlegende Therapieprinzip bei Submandibulariskarzinomen besteht in der vollständigen operativen Entfernung im Sinne einer kompletten Submandibulektomie. Region I des Lymphabflussgebietes sollte prinzipiell mit ausgeräumt werden. Ein Erhalt der Nn. hypoglossus und lingualis sowie des R. marginalis mandibulae des N. facialis ist anzustreben, sofern hierdurch die R0-Resektion nicht gefährdet wird. Die Indikation zur kompletten (modifiziert-radikalen) homolateralen Neck-dissection (Regionen I–VI) und zur postoperativen Radiatio wird durch die Tumorhistologie (siehe nachfolgende Abschnitte) mitbestimmt.

Azinuszellkarzinome

■ Histologie

Zytologische Differenzierung vorwiegend analog Azinuszellen, können jedoch auch duk tale Strukturen enthalten. Vier histologische Subtypen: solide (25–45%), mikrozystisch (30%), papillär-zystisch (20%), follikulär (5%). Keine Korrelation des histologischen Subtyps mit der Prognose. Biologisches Verhalten unvorhersehbar, meist geringer Malignitätsgrad, jedoch auch fulminante Verläufe möglich. Rezidive und Metastasen jedoch auch noch nach Jahren.

■ Häufigkeit

10% aller malignen epithelialen Speicheldrüsentumoren (Hamburger Speicheldrüsenregister), Altersgipfel in der sechsten und siebten Lebensdekade, bei Frauen häufiger (60%); bilaterales Vorkommen wiederholt beobachtet

- **Behandlung**
- **Chirurgie:** Therapie der Wahl; mindestens Resektion weit im Gesunden (R0-Resektion!); alleinige Enukleation ist eindeutig abzulehnen (67–75% Rezidive); die Opfeuerung des N. facialis wird nur dann als notwendig angesehen, wenn der Nerv vom Tumor infiltriert oder ummauert ist.
- **Radiotherapie:** Postoperativ in fortgeschrittenen Stadien sinnvoll.
- **Chemotherapie:** Ansprechen auf Cisplatin, Doxorubicin und 5-Fluorouracil.

Mukoepidermoidkarzinome

- **Histologie**
- **Biphasische Differenzierung** aus schleimproduzierenden Zellen und soliden Verbänden mit Plattenepithelzellen und Intermediärzellen
- **Hochdifferenzierte Tumoren (low grade):** Anteil mit Schleimbildung weniger als 50% der Tumormasse und überwiegend zystisch (55% der Tumoren)
- **Niedrigdifferenzierte Tumoren (high grade):** weniger als 10% schleimbildende Areale (20% der Tumoren)
- Eine Reihe von Autoren unterscheiden drei Differenzierungsgrade mit Einschluss mittelgradig differenzierter Tumoren: mehr solide Anteile und geringere Ausprägung zystischer Strukturen, außerdem Vermehrung intermediärer Zellen (25% der Tumoren)
- **Häufigkeit**
20% aller malignen epithelialen Speicheldrüsentumoren (Hamburger Speicheldrüsenregister), Altersgipfel in der fünften bis siebten Lebensdekade, etwas häufiger bei Frauen, gemeinsames Vorkommen mit Warthin-Tumoren wiederholt beschrieben
- **Behandlung**
- **Chirurgie:** Therapie der Wahl; komplette Parotidektomie; Fazialiserhaltung möglich; elektive Neck-dissection bei High-grade-Tumoren erwägen, insbesondere Region I, II

und III; kurative Neck-dissection bei vorliegenden Lymphknotenmetastasen

- **Radiotherapie:** Postoperativ empfohlen bei High-grade-Tumoren, N+ und perineuralem Wachstum
- **Chemotherapie:** Ansprechen auf Cisplatin, Methotrexat und 5-Fluorouracil sowie auf die Kombination Cisplatin mit 5-Fluorouracil, allerdings kein offensichtlicher Überlebensvorteil

Adenoidzystische Karzinome

- **Histologie**
Zelluläre Komponenten sind Gangepithelien und myoepitheliale Zellen. Drei histologische Typen: tubulär (20–30%), kribriform (glandulär, 45%) und solide (basaloid, 20%), jedoch häufig Mischformen. Perineurales Wachstum unabhängig vom histologischen Typ (zirka 80%). Fernmetastasen (Lunge, Leber, Knochen) dreimal häufiger als Lymphknotenmetastasen. Korrelation mit der Prognose:
Low grade: Mischung aus tubulären und kribriformen Mustern
High grade: solider Typ (mehr als 30% solide Areale)
- **Häufigkeit**
13,6% aller malignen Speicheldrüsentumoren (Hamburger Speicheldrüsenregister), Hauptvorkommen in der fünften bis siebten Lebensdekade, Altersgipfel in der siebten Lebensdekade, 60% Frauen

- **Behandlung**
- **Chirurgie:** Therapie der Wahl; R0-Resektion, jedoch keine ultraradikale Operation, weil trotzdem hohe Rezidivrate; Erhalt des N. facialis häufig nicht möglich; Absicherung der R0-Resektion durch histologische Begutachtung einer Randprobe vom N. facialis; Neck-dissection nur bei klinischem Hinweis auf Lymphknotenmetastasen (8%)
- **Radiotherapie:** Postoperative Radiotherapie empfehlenswert, jedoch bisher keine Daten, die den Routineeinsatz bei allen Pa-

tienten rechtfertigen; Verbesserung der lokoregionären Kontrolle, jedoch nicht der Überlebensrate; primäre Radiotherapie zur Palliation möglich

- Chemotherapie: Bedeutung noch nicht schlüssig geklärt

Polymorphe Low-grade-Adenokarzinome

■ Histologie

Alte Nomenklatur: terminales Gangkarzinom; unterschiedliche Muster (solide, gangartig, papillär, drüsig) bei zytologischer Uniformität von myoepithelialen Zellen oder luminalen Gangepithelien; trotz Neurotropie Lokalrezidive in nur 20% der Fälle; Lymphknoten- oder Fernmetastasen ungewöhnlich; geringer Malignitätsgrad

■ Häufigkeit

Bisher knapp über 200 publizierte Fälle; Vorkommen fast ausschließlich in kleinen Speicheldrüsen

■ Behandlung

- Chirurgie: Parotidektomie ist Therapie der Wahl, Ziel: R0-Resektion; Neck-dissection nur bei klinischem Hinweis auf Lymphknotenmetastasen
- Radiotherapie: nur bei lokal ausgedehnten Tumoren
- Chemotherapie: nicht sinnvoll

Epithelial-myoepitheliale Karzinome

■ Histologie

Biphasische zelluläre Differenzierung: innere dunkle Zellschicht entspricht Schaltstückepithelien, äußere Zellschicht hellen myoepithelialen Zellen; tubuläre Form (eher günstige Prognose), solide tubulusarme Form (eher ungünstige Prognose), papilläre oder kribriiforme Bezirke seltener

■ Häufigkeit

Selten; 0,5–1% aller malignen Speicheldrüsentumoren, Altersgipfel in der siebten Lebensdekade, 60% Frauen

■ Behandlung

- Chirurgie: Therapie der Wahl
- Radiotherapie: postoperativ, insbesondere bei der soliden tubulusarmen Form sinnvoll
- Chemotherapie: keine Daten

Basalzelladenokarzinome

■ Histologie

Vier Subtypen: solide, trabekulär, tubulär oder membranös. Vereinzelt Syntropie mit dermalen Zylindromen; geringer Malignitätsgrad

■ Häufigkeit

2% aller Speicheldrüsenkarzinome, Altersgipfel in der siebten und achten Lebensdekade; Geschlechterverhältnis ausgewogen

■ Behandlung

- Chirurgie: Therapie der Wahl; radikale Entfernung wesentlich
- Radiotherapie: Nutzen nicht nachgewiesen
- Chemotherapie: nicht sinnvoll

Talgdrüsenkarzinome

■ Histologie

Aufbau durch atypische Talgdrüsenzellen, die solide oder läppchenförmig-glanduläre Strukturen bilden; geringer Malignitätsgrad; seltene Variante: Talgdrüsen-Lymphadenokarzinom

■ Häufigkeit

0,6% aller Speicheldrüsenkarzinome, Altersgipfel in der sechsten und siebten Lebensdekade; 64% Frauen

■ Behandlung

- Chirurgie: Therapie der Wahl; radikale Entfernung wesentlich
- Radiotherapie: keine Daten
- Chemotherapie: nicht sinnvoll

Papilläre Zystadenokarzinome

■ Histologie

Gekennzeichnet durch Ausbildung unterschiedlich großer Zysten und durch papilläre endozystische Proliferationen; geringer Malignitätsgrad

■ Häufigkeit

3,2% aller Speicheldrüsenkarzinome, Altersgipfel in der sechsten Lebensdekade; 75% Männer

■ Behandlung

- Chirurgie: Therapie der Wahl; radikale Entfernung wesentlich.
- Radiotherapie: keine Daten
- Chemotherapie: nicht sinnvoll

Muzinöse Adenokarzinome

■ Histologie

Gekennzeichnet durch eine ausgeprägte Schleimbildung (über 50% der Tumormasse) sowohl in die Lichtung von Zysten als auch in das angrenzende Stroma mit Einschluss schleimbildender Becherzellen; geringer Malignitätsgrad

■ Häufigkeit

0,9% aller Speicheldrüsenkarzinome, Altersgipfel in der siebten Lebensdekade, 55% Männer

■ Behandlung

- Ausschluss eines primären Mamma- oder Magenkarzinoms
- Chirurgie: Therapie der Wahl; radikale Entfernung wesentlich
 - Radiotherapie: keine Daten
 - Chemotherapie: nicht sinnvoll

Onkozytäre Karzinome

■ Histologie

Aufbau aus atypischen onkozytären Zellen mit gesteigerter mitotischer Aktivität; geringer bis mittelgradiger Malignitätsgrad

■ Häufigkeit

0,6% aller Speicheldrüsenkarzinome, Altersgipfel in der fünften und sechsten Lebensdekade; 55% Frauen

■ Behandlung

- Chirurgie: Therapie der Wahl; radikale Entfernung wesentlich
- Radiotherapie: vermutlich sinnvoll
- Chemotherapie: keine Daten

Speichelgangkarzinome

■ Histologie

Ausbildung teils intraduktaler kribriformer, papillärer und bogenförmiger Strukturen („Römische Brücken“), teils auch solide Zellverbände mit Einschluss zentraler Nekrosen (Ähnlichkeit mit duktalem Komedokarzinomen der Brustdrüse); die Tumorzellen zeigen eine große Polymorphie und hohe mitotische Aktivität; perineurale Infiltration in 60%, vaskuläre Infiltration in 30% der Fälle; hoher Malignitätsgrad

■ Häufigkeit

1,2% aller Speicheldrüsenkarzinome, Altersgipfel in der fünften und sechsten Lebensdekade; 60% Männer

■ Behandlung

- Chirurgie: Therapie der Wahl mit postoperativer Radiotherapie; radikale Entfernung wesentlich; elektive Neck-dissection empfehlenswert, da in 60–80% der Fälle Lymphknotenmetastasen
- Radiotherapie: postoperative Radiotherapie indiziert
- Chemotherapie: weitgehend ineffektiv

Myoepitheliale Karzinome

■ Histologie

Gekennzeichnet durch atypische myoepitheliale Zellen mit aggressivem Wachstum, weder mit duktalem noch mit azinärer Differenzierung. Sie können mit Sarkomen verwechselt werden

■ Häufigkeit

1,3% aller Speicheldrüsenkarzinome, Altersgipfel in der sechsten bis achten Lebensdekade, 52% Frauen

■ Behandlung

- Chirurgie: Therapie der Wahl; radikale Entfernung wesentlich; Neck-dissection nur bei klinischem Hinweis auf Lymphknotenmetastasen (10–20%)
- Radiotherapie: postoperative Radiotherapie empfehlenswert
- Chemotherapie: keine Daten

Karzinome im pleomorphen Adenom

■ Histologie

Entstehung eines Karzinoms in einem vorbestehenden pleomorphen Adenom, am häufigsten undifferenzierte Karzinome; mukoepidermoidkarzinome, myoepitheliale Karzinome oder adenoidzystische Karzinome; drei Subtypen:

- Nicht-invasives Karzinom (innerhalb des pleomorphen Adenoms, weder Infiltration der Kapsel noch des umgebenden Gewebes („Carcinoma in situ“): sehr gute Prognose
- Invasives Karzinom
 - Invasion < 8 mm: 5-Jahres-Überlebensrate 100%
 - Invasion > 8 mm: 5-Jahres-Überlebensrate 50%
- Karzinosarkom („echter maligner Mischumor“): sowohl epitheliale Bezirke als auch sarkomatoide Anteile mit maligner Differenzierung, zirka 5% der malignen Tumoren in pleomorphen Adenomen, ausgesprochen schlechte Prognose

■ Häufigkeit

3–4% aller malignen Speicheldrüsentumoren (Hamburger Speicheldrüsenregister), 2–10% in anderen Statistiken, Altersgipfel in der sechsten und siebten Lebensdekade; 55% Frauen

■ Behandlung

- Chirurgie: Therapie der Wahl mit postoperativer Radiotherapie; Neck-dissection je nach histologischer Subklassifizierung
- Radiotherapie: postoperative RT indiziert
- Chemotherapie: Ansprechen auf Cisplatin, Doxorubicin und 5-Fluorouracil

Plattenepithelkarzinome

■ Histologie

Epidermoide Zellen, fokale Verhornung; schleimbildende Zellen fehlen im Gegensatz zum Mukoepidermoidkarzinom

■ Häufigkeit

6–14% aller malignen Tumoren der großen Speicheldrüsen, Altersgipfel in der siebten Lebensdekade; 75% Männer

■ Behandlung

Ausschluss eines anders lokalisierten Primärtumors notwendig (vor allem Hauttumor!); Vorgehen analog Carcinoma-of-unknown-primary-Syndrom (Panendoskopie einschließlich Bronchoskopie, diagnostische Tonsillektomie, Probeentnahmen Zungengrund und Nasenrachen, gegebenenfalls Thorax-CT, gegebenenfalls PET)

- Chirurgie: Therapie der Wahl; elektive Neck-dissection empfehlenswert
- Radiotherapie: postoperative Radiotherapie, primäre Radiotherapie auch zur Palliation
- Chemotherapie: primäre simultane Radiochemotherapie mit Cisplatin und 5-Fluorouracil als potenziell kurativer Ansatz analog den Plattenepithelkarzinomen des oberen Aerodigestivtraktes möglich

Kleinzellige Karzinome

■ Histologie

Analog den kleinzelligen („Oat-cell“-)Karzinomen der Lunge; Prognose jedoch besser

■ Häufigkeit

0,6% aller Speicheldrüsenkarzinome (Hamburger Speicheldrüsenregister); Altersgipfel in der fünften und sechsten Lebensdekade, 85% Männer

■ Behandlung

- Ausschluss eines primären extraglandulären kleinzelligen Karzinoms (Lunge! Larynx) mit Metastasierung in das Speicheldrüsenewebe
- Chirurgie: empfehlenswert
 - Radiotherapie: postoperative Radiotherapie
 - Chemotherapie: keine Daten, vermutlich sinnvoll analog der Therapie kleinzelliger Karzinome der Lunge

Undifferenzierte Karzinome

■ Histologie

Da kleinzellige Karzinome in der aktuellen WHO-Klassifikation als eigene Entität definiert werden, verbleiben zwei Subtypen: großzellige oder auch spindelförmig undifferenzierte Karzinome und das undifferenzierte Karzinom mit lymphoider Stroma (Synonym: anaplastisches Karzinom)

■ Häufigkeit

Selten; Assoziation des undifferenzierten Karzinoms mit lymphoidem Stroma mit EBV, gehäuft bei Eskimos

■ Behandlung

Endoskopie der oberen Atemwege und des Nasopharynx notwendig, da das undifferenzierte Karzinom mit lymphoidem Stroma der Speicheldrüsen nicht vom Nasopharynxkarzinom zu unterscheiden ist.

- Chirurgie: Therapie der Wahl; elektive Neck-dissection empfehlenswert
- Radiotherapie: postoperative Radiotherapie, primäre Radiotherapie auch zur Palliation
- Chemotherapie: keine Daten

Andere Karzinome

Karzinome in Warthin-Tumoren, Karzinome mit Riesenzellen, Karzinosarkome, endokrine Karzinome, embryonale Karzinome, basaloid-squamöse Karzinome, adenosquamöse Karzinome, Karzinome mit hellen Zellen, sonstige Adenokarzinome (NOS = „not otherwise specified“)

Literatur

- 1 Myers EN, Suen JY (1996) Cancer of the head and neck. 3rd edition. Saunders, Philadelphia
- 2 Seifert (1996) Oralpathologie I, Pathologie der Speicheldrüsen. In: Doerr, Seifert, Uehlinger (eds) Spezielle pathologische Anatomie. Band 1/I, 2. Auflage. Springer, Berlin
- 3 McGurk M, Renehan A (2001) Controversies in the management of salivary gland disease. Oxford University Press
- 4 Spiro RH (1986) Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2,807 patients. Head Neck Surg 8: 177–184
- 5 Regezi JA, Sciuba J, Jordan R (2003) Oral Pathology-Clinical Pathologic Correlations 4th edition. Saunders, St. Louis

Verfahren der Konsensbildung

Im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft erstellt durch die AHMO, des DÖSAK, der DGHNO und der DGMKG.

Autoren und Leitlinienkoordinatoren: Friedrich Bootz, Bonn; Hans-Peter Howaldt, Gießen

Die Leitlinie wurde mit folgenden Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und kooperierenden Institutionen abgestimmt:

- DGIM, DGHO, DGPT, DGP (Pathologie), DGP (Palliativ), DEGRO, DRG, DGCh, DGMKG, DGHNO
- AEK-P, AIO, ARO, ARNS, CAO, ASO
- ADT