

B3 Kieferosteosarkome

Kieferosteosarkome unterscheiden sich durch ihr biologisches Verhalten von den Osteosarkomen der Extremitäten und des Stammskeletts durch ihre wesentlich geringere Metastasierungsneigung bei hohem Lokalrezidivrisiko. Bei Anwendung der für die Extremitäten-Osteosarkome des Kindesalters üblichen Vorgehensweise (präoperative neoadjuvante Chemotherapie mit anschließender Resektion und histologischer Auswertung des Tumoransprechens) hat sich außerdem ergeben, dass Kieferosteosarkome zu einem wesentlich höheren Prozentsatz vitalen Resttumor zeigen als die Extremitäten-Osteosarkome. Auf der anderen Seite muss bei nicht-neoadjuvant therapierten Extremitäten-Osteosarkomen fast immer mit Lungenmetastasen gerechnet werden, während dies bei den Kieferosteosarkomen nicht der Fall ist. Somit ergibt sich aus der vorgeschalteten Chemotherapiephase für den Patienten mit Kieferosteosarkom oft der Nachteil einer späteren Operation, ohne dass dieser durch den Vorteil einer „Chemotherapie-Sensitivitätstestung“ am eigenen Tumor aufgewogen wird.

Daraus ergeben sich folgende Empfehlungen: Osteosarkome der Kiefer sollten komplett und sicher im Gesunden reseziert werden. Dabei ist unbedingt eine Resektion mit tumorfreien Grenzen, unter Umständen auch mit Nachresektionen, anzustreben, da dies der entscheidende Parameter für die Prognose zu sein scheint. Größere Tumoren (Durchmesser über 4 cm) haben ein wesentlich höheres Rezidivrisiko. Da bisher nur sehr wenige Patienten mit Kieferosteosarkomen mit einer modernen neoadjuvanten Chemotherapie behandelt worden sind, lassen sich hierzu noch keine abschließenden Aussagen treffen. Es scheint aber so zu sein, dass den Patienten, die histologisch nachweislich von der Chemotherapie profitieren (unter 10% vitaler Residualtumor), eine bessere Prognose haben. Im Einzelfall sollte deshalb abgewogen werden, Patienten mit

hochmalignen Tumoren sowie mit schwer resektablen Tumoren (prospektive R1-Resektion) eine initiale neoadjuvante Chemotherapie zukommen zu lassen. Bei R1-Resektion bzw. minimalem Sicherheitsabstand (unter 5 mm) wäre, neben einer Nachresektion, eine postoperative Radiotherapie zu erwägen.

Literatur:

- 1 Patel SG et al (2002) Improved Outcomes in Patients with Osteogenic Sarcoma of the Head and Neck. *Cancer* 95 (7): 1495–1503
- 2 Jundt G, Prein J (2000) Knochentumoren und tumorähnliche Läsionen im Kiefer. Erfahrungen aus dem Basler DÖSAK-Referenzregister. *Mund Kiefer Gesichtschir* 4 (Suppl 1): 196–207

Verfahren der Konsensbildung

Im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft erstellt durch AHMO und die DGMKG.

Expertengruppe: Hans-Peter Howaldt, Gießen; Jürgen Dieckmann, Recklinghausen; André Eckardt, Hannover; Bernhard Frerich, Leipzig; Reinhard Edgar Friedrich, Hamburg; Gerd Gehrke, Hannover; Christof Hofele, Heidelberg; Gernot Jundt, Pathologie Basel (federführend); Martin Kunkel, Mainz; Christopher Mohr, Essen; Dirk Nolte, Bochum; Torsten Reichert, Regensburg; Volker Schwipper, Hornheide; Jörg Wiltfang, Kiel; Martin Zerfowski, Hattingen

Leitlinienkoordinatoren: Hans-Peter Howaldt, Gießen; Gernot Jundt, Basel

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

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