

Plattenepithelkarzinome: schlechtere Prognose bei symptomatischer perineuraler Invasion

Karia PS et al. Clinical and Incidental Perineural Invasion of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. A Systematic Review and Pooled Analysis of Outcomes Data. JAMA Dermatol 2017; 153: 781 – 788

Bei kutanen Plattenepithelkarzinomen ist die Prognose normalerweise gut – nur 3,7–5,8% der Tumore metastasieren (meist in regionale Lymphknoten) und nur 1,5–2,1% der Patienten sterben an der malignen Erkrankung. Eine perineurale Invasion verschlechtert jedoch die Prognose. Macht es dabei einen Unterschied, ob sie sich klinisch oder radiologisch bemerkbar macht oder erst in der Histologie entdeckt wird?

Bei 2,5–14% der Patienten mit kutanen Plattenepithelkarzinomen kommt es zu einer perineuralen Invasion (PNI). Etwa zwei Drittel der Betroffenen haben keine entsprechenden Symptome und es gibt auch keinen radiologischen Hinweis auf eine PNI – die wird dann in der Regel erst in der histologischen Untersuchung festgestellt. Diese Form der PNI wird deshalb „zufällige“ (incidental) oder mikroskopische PNI genannt (IPNI). Patienten mit einer klinischen PNI (CPNI) berichten hingegen von typischen Symptomen (Schmerz, Taubheit, Kribbeln, Lähmung) oder zeigen radiologisch Zeichen einer PNI. Sie werden oft aggressiver behandelt – auch wenn nicht belegt ist, ob sie davon profitieren.

Plattenepithelkarzinom-Patienten mit einer PNI haben eine schlechtere Prognose. Aber macht es einen Unterschied, ob klinische Symptome oder radiologische Zeichen vorhanden sind – oder nicht? Ein systematisches Literaturreview mit gepoolter Analyse der Outcome-Daten ist dieser Frage nachgegangen.

Mehr Lokalrezidive und Todesfälle

Die Analyse der 12 Studien mit insgesamt 640 kutanen Plattenepithelkarzinomen mit PNI stellt fest, dass Patienten mit CPNI tatsächlich ein höheres Risiko für lokale Rezidive (37% vs. 17%) und krankheitsspezifische Todesfälle (27% vs. 6%) haben als Patienten mit IPNI. Lymphknoten- und Fernmetastasen traten in beiden Gruppen ähnlich häufig auf. Patienten mit CPNI hatten geringere rezidivfreie 5-Jahres-Überlebensraten (61% vs. 76%) und krankheitsspezifische 5-Jahres-Überlebensraten (70% vs. 88%) als Patienten mit IPNI.

Die Ergebnisse entsprechen denen früherer Studien – allerdings ist diese Untersuchung nach Angaben der Autoren die erste, die alle verfügbaren Outcomes nach PNI-Klassifikation zusammengetragen hat – und die erste aus der dermatologischen Literatur (andere Studien kamen aus der Kopf-Hals-Chirurgie).

Engmaschigere Kontrollen indiziert

Die Befunde unterstreichen die Bedeutung einer sorgfältigen Untersuchung auf Zeichen einer PNI schon vor der Behandlung des Karzinoms. Patienten mit CPNI benötigen möglicherweise eine aggressivere Behandlung und engmaschigere Nachkontrollen – die Autoren schlagen 6-monatliche MRTs in den ersten 2 bis 3 Jahren vor. Die höhere Sterblichkeit hängt nach vorangegangenen Studien vor allem mit der höheren Rate an Lokalrezidiven zusammen. Werden diese früh entdeckt, kann das möglicherweise das Überleben der Patienten verbessern – Studien hierzu stehen allerdings noch aus. Gut belegt ist dafür der Nutzen einer adjuvanten Strahlentherapie.

Auch wenn Patienten mit CPNI eine noch schlechtere Prognose haben, ist auch das Risiko für Patienten mit IPNI gegenüber jenen ohne PNI erhöht. Auch für sie ist deshalb eine aggressivere Therapie zu erwägen – nach vorangegangenen Studien vor allem, wenn die IPNI größere Nerven ($\geq 0,1$ mm) betrifft.

FAZIT

Patienten mit Plattenepithelkarzinomen und einer perineuralen Invasion haben eine schlechtere Prognose – insbesondere wenn klinische Symptome oder radiologische Zeichen schon präoperativ auf die perineurale Invasion hinweisen. Diese Patienten könnten von einer aggressiveren Therapie und einer engmaschigen Nachsorge profitieren.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg