

Krebs der Nasenhöhle und der Nasennebenhöhlen (1)

Epidemiologie:

Das Münchner Tumorregister gab 1997 die Zahl der Neuerkrankungen in Deutschland pro 100 000 Einwohner mit 0,8 für Männer und 0,5 für Frauen an. Aktuellere Inzidenzschätzungen liegen nicht vor. Die Sinustumore sind in den westlichen Industrieländern seltener als in Ostasien.

Risikofaktoren:

- chronische Sinusitis, Polypen, Fisteln
- Tabakkonsum (Schnupftabak!),
- Alkohol, nitrosaminreiche Nahrung
- chemische Dämpfe und Reagenzien, z. B. Nickelverbindungen
- Hartholzstäube (Eiche, Buche)
- Verteilung ♂ : ♀ = 2,5, vorwiegend zwischen 60 und 80 Jahren

Symptome:

- oft lange symptomlos
- Druckgefühl
- eingeschränkte Nasenatmung, Riechminderung
- rezidivierendes Nasenbluten
- Lymphödeme (Augenschwellungen, asymmetrische Gesichtsschwellungen)
- Zahnlockerungen, Zahnschmerzen
- Sensibilitätsstörungen, Sehstörungen

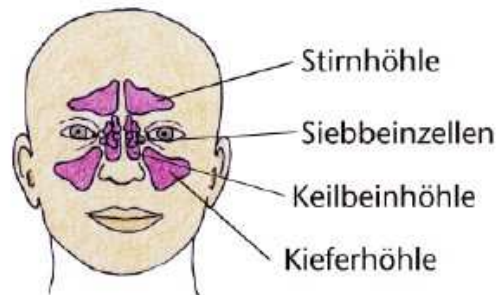
ICD-10 (Deutsche Ausgabe 2008) / ICD-O-3 (Deutsche Ausgabe 2003):

C30.0	Bös. Neub.: Nasenhöhle
C31.0	Bös. Neub.: Kieferhöhlen (Sinus maxillaris)
C31.1	Bös. Neub.: Siebbeinzellen (Sinus ethmoidalis)
C31.2	Bös. Neub.: Stirnhöhle (Sinus frontalis)
C31.3	Bös. Neub.: Keilbeinhöhle (Sinus sphenoidalis)
C31.8	Bös. Neub.: Nasennebenhöhlen, mehrere Teilbereiche überlappend
C31.9	Bös. Neub.: Nasennebenhöhle, nicht näher bezeichnet
D02.3	Carcinoma in situ: Sonstige Teile des Atmungssystems (Mittelohr, Nasenhöhlen, Nebenhöhlen)
D38.5	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Sonstige Atmungsorgane (Mittelohr, Nasenhöhlen, Nebenhöhlen)

Die Codes C30.0 bis C31.9 entsprechen den Lokalisationsschlüsseln der ICD-O-3.

60% der malignen Nasenhöhlektumoren entstehen in den Kieferhöhlen.

Krebs der Nasenhöhle und der Nasennebenhöhlen (2)



Quelle: <http://cms.sign-lang.uni-hamburg.de/SeitenCD/Konzepte/L7869.htm>

Seitenlokalisation:

- B beidseitig
- L links
- R rechts
- X nicht angegeben

Regionäre Lymphknoten (selten befallen):

- Halslymphknoten

TNM 7 2009 – deutsche Auflage 2010:

Die Klassifikation gilt nur für Karzinome

Kieferhöhle:

Tx	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor auf die antrale Schleimhaut begrenzt ohne Arrosion oder Destruktion des Knochens
T2	Tumor mit Arrosion oder Destruktion des Knochens (ausgenommen die posteriore Wand) einschließlich Ausdehnung auf harten Gaumen und/oder mittleren Nasengang
T3	Tumor infiltrierte eine oder mehrere der folgenden Strukturen: Knochen der dorsalen Wand der Kieferhöhle, Subkutangewebe, Boden oder mediale Wand der Orbita, Fossa pterygoidea, Sinus ethmoidalis
T4a	Tumor infiltrierte eine oder mehrere der folgenden Strukturen: Inhalt der vorderen Orbita, Wangenhaut, Processus pterygoideus, Fossa infratemporalis, Lamina cribrosa, Keilbeinhöhle, Stirnhöhle
T4b	Tumor infiltrierte eine oder mehrere der folgenden Strukturen: Orbitaspitze, Dura, Gehirn, mittlere Schädelgrube, Hirnnerven ausgenommen den maxillären Ast des N. trigeminus (V2), Nasopharynx, Clivus

Krebs der Nasenhöhle und der Nasennebenhöhlen (3)

Nasennebenhöhle und Siebbeinzellen:

Tx	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor auf einen Unterbezirk der Nasenhöhle oder Siebbeinzellen beschränkt, mit oder ohne Arrosion des Knochens
T2	Tumor in Unterbezirken eines Bezirkes oder Ausbreitung auf einen Nachbarbezirk innerhalb des Nasenhöhle- Siebbeinzellen-Areals, mit oder ohne Arrosion des Knochens
T3	Tumor breitet sich in die mediale Orbita oder den Orbitaboden oder in Kieferhöhle, harten Gaumen oder Lamina cribrosa aus
T4a	Tumor infiltrierte eine oder mehrere der folgenden Strukturen: Inhalt der vorderen Orbita, Haut von Nase oder Wange, minimale Ausbreitung in vordere Schädelgrube, Processus pterygoideus, Keilbeinhöhle oder Stirnhöhle
T4b	Tumor infiltrierte eine oder mehrere der folgenden Strukturen: Orbitaspitze, Dura, Gehirn, mittlere Schädelgrube, Hirnnerven ausgenommen den maxillären Ast des N. trigeminus (V2), Nasopharynx, Clivus

Die regionären Lymphknoten sind nach der gleichen N-Klassifikation wie für alle anderen Kopf- und Halstumoren verschlüsselt.

Nx	Regionäre Lymphknoten nicht beurteilbar
N0	Kein Anhalt für regionäre Lymphknotenmetastasen
pN0	Selektive Neck-Dissektion und histologische Untersuchung üblicherweise von 6 oder mehr Lymphknoten ohne Befund ODER radikale oder modifiziert-radikale Neck-Dissektion und histologische Untersuchung üblicherweise von 10 oder mehr Lymphknoten ohne Befund
N1	Metastase(n) in solitärem ipsilateralem Lymphknoten, 3 cm oder weniger in größter Ausdehnung
N2	Metastase(n) wie nachfolgend beschrieben
N2a	Metastase(n) in solitärem ipsilateralem Lymphknoten, mehr als 3 cm, aber nicht mehr als 6 cm in größter Ausdehnung
N2b	Metastase(n) in multiplen ipsilateralen Lymphknoten, keiner mehr als 6 cm in größter Ausdehnung
N2c	Metastasen in bilateralen oder kontralateralen Lymphknoten, keiner mehr als 6 cm in größter Ausdehnung
N3	Metastase(n) in Lymphknoten, mehr als 6 cm in größter Ausdehnung

Anmerkung: In der Mittellinie gelegene Lymphknoten gelten als ipsilateral.

Mx	Vorliegen von Fernmetastasen nicht beurteilbar
M0	kein Hinweis auf Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen vorhanden

Krebs der Nasenhöhle und der Nasennebenhöhlen (4)

UICC-Stadiengruppierung (2009):

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium II	T2	N0	M0
Stadium III	T1,T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
Stadium IVA	T1,T2,T3	N2	M0
	T4a	N0, N1 N2	M0
Stadium IVB	T4b	Jedes N	M0
	Jedes T	N3	M0
Stadium IVC	Jedes T	Jedes N	M1

TNM 6. Auflage 2002:

Es gibt bisher keine allgemein akzeptierte Klassifikation. Die derzeit gültige TNM-Klassifikation gilt nur für Karzinome der Kiefer- und Siebbeinhöhle mit histologischer Diagnosesicherung.

Kiefernhöhle:

Tx	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor auf die antrale Schleimhaut begrenzt ohne Arrosion oder Destruktion des Knochens
T2	Tumor mit Arrosion oder Destruktion des Knochens (ausgenommen die posteriore Wand) einschließlich Ausdehnung auf harten Gaumen und/oder mittleren Nasengang
T3	Tumor infiltrierte eine oder mehrere der folgenden Strukturen: Knochen der dorsalen Wand der Kieferhöhle, Subkutangewebe, Boden oder mediale Wand der Orbita, Fossa pterygopalatina, Sinus ethmoidalis
T4a	Tumor infiltrierte eine oder mehrere der folgenden Strukturen: Inhalt der vorderen Orbita, Wangenhaut, Processus pterygoideus, Fossa infratemporalis, Lamina cribrosa, Siebbeinzellen, Stirnhöhle
T4b	Tumor infiltrierte eine oder mehrere der folgenden Strukturen: Orbitaspitze, Dura, Gehirn, mittlere Schädelgrube, Hirnnerven ausgenommen den maxillären Ast des N. trigeminus V2, Nasopharynx, Clivus

Krebs der Nasenhöhle und der Nasennebenhöhlen (5)

Nasennebenhöhle und Siebbeinzellen:

Tx	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor auf einen Unterbezirk der Nasenhöhle oder Siebbeinzellen beschränkt, mit oder ohne Arrosion des Knochens
T2	Tumor in Unterbezirken eines Bezirkes oder Ausbreitung auf einen Nachbarbezirk innerhalb des Nasen – Siebbeinzellen – Areal, mit oder ohne Arrosion des Knochens
T3	Tumor breitet sich in die mediale Orbita oder den Orbitaboden aus oder in Kieferhöhle, harten Gaumen oder Lamina cribrosa
T4a	Inhalt der vorderen Orbita, Haut von Nase oder Wange, minimale Ausbreitung in vordere Schädelgrube, Processus pterygoideus, Keilbeinhöhle oder Stirnhöhle
T4b	Tumor infiltrierte eine oder mehrere der folgenden Strukturen: Orbitaspitze, Dura, Gehirn, mittlere Schädelgrube, Hirnnerven ausgenommen den maxillären Ast des N. trigeminus V2, Nasopharynx, Clivus

Die regionären Lymphknoten sind nach der gleichen N-Klassifikation wie für alle anderen Kopf- und Halstumoren verschlüsselt.

Nx	Regionäre Lymphknoten nicht beurteilbar
N0	Kein Anhalt für regionäre Lymphknotenmetastasen
pN0	Selektive Neck-Dissektion und histologische Untersuchung von 6 oder mehr Lymphknoten ohne Befund ODER radikale oder modifiziert-radikale Neck-Dissektion und histologische Untersuchung von 10 oder mehr Lymphknoten ohne Befund
N1	Metastase(n) in solitärem ipsilateralen Lymphknoten, ≤ 3 cm in größter Ausdehnung
N2	Metastase(n) in solitärem ipsilateralen Lymphknoten, > 3 und ≤ 6 cm in größter Ausdehnung ODER in multiplen ipsilateralen Lymphknoten, keiner mehr als 6 cm in größter Ausdehnung ODER in bilateralen oder kontralateralen Lymphknoten, keiner mehr als 6 cm in größter Ausdehnung
N2a	Metastase(n) in solitärem ipsilateralen Lymphknoten, > 3 und ≤ 6 cm in größter Ausdehnung
N2b	Metastasen in multiplen ipsilateralen Lymphknoten, keiner mehr als 6 cm in größter Ausdehnung
N2c	Metastasen in bilateralen oder kontralateralen Lymphknoten, keiner mehr als 6 cm in größter Ausdehnung
N3	Metastase(n) in Lymphknoten, mehr als 6 cm in größter Ausdehnung

Anmerkung: In der Mittellinie gelegene Lymphknoten gelten als ipsilateral.

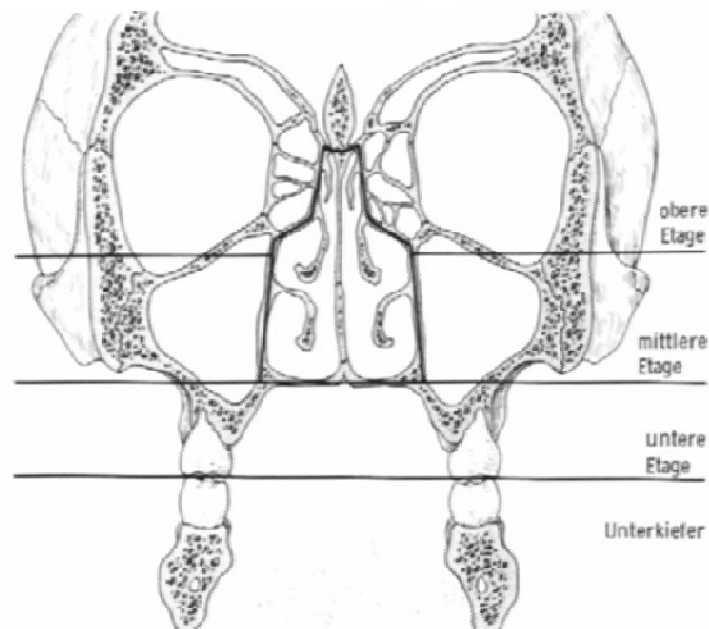
Mx	Vorliegen von Fernmetastasen nicht beurteilbar
M0	kein Hinweis auf Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen vorhanden

Krebs der Nasenhöhle und der Nasennebenhöhlen (6)

UICC-Stadiengruppierung nach TNM 6 (2002):

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium II	T2	N0	M0
Stadium III	T1,T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
Stadium IVA	T1,T2,T3	N2	M0
	T4a	N0, N1 N2	M0
Stadium IVB	T4b	Jedes N	M0
	Jedes T	N3	M0
Stadium IVC	Jedes T	Jedes N	M1

Etagenregel von Sébilleau 1906 / Ganzer et al. 1992:



- I Untere Etage: Oberkiefer-Alveolarfortsatz, Gaumen, Velum, Nasen- und Kieferhöhlenboden
- II Mittlere Etage: Kieferhöhle und laterale Nasenwand
- III Obere Etage: Orbita-Siebbein-Region, inkl. Kieferhöhlendach und Stirnhöhle

Krebs der Nasenhöhle und der Nasennebenhöhlen (7)

Histopathologisches Grading

GX	nicht bestimmbar
G1	gut differenziert
G2	mäßig differenziert
G3	schlecht differenziert
G4	undifferenziert

Histologie (ICD-O-3 Deutsche Ausgabe 2003)

Plattenepithelkarzinome (60 %) und Adenokarzinome (10-15 %) stellen den größten Anteil.

Es ist im Einzelfall schwierig zu entscheiden, ob ein Tumor vom Epithel oder den anhängenden Schleimdrüsen ausgegangen ist.

8020/3	Anaplastisches (undifferenziertes) Karzinom o.n.A.
8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.
8074/3	Spindelzelliges Plattenepithelkarzinom
8082/3	Lymphoepitheliales Karzinom (Schmincke-Tumor)
8084/3	Klarzelliges Plattenepithelkarzinom
8120/3	Übergangszellkarzinom o.n.A.
8140/3	Adenokarzinom o.n.A.
8200/3	Adenoid-zystisches Karzinom
9522/3	Olfaktorius-Neuroblastom (Ästhesioneuroblastom)

Therapiekonzept:

chirurgisch, ggf. mit prä- oder postoperativer Strahlentherapie

Chemotherapie nur palliativ

Wichtige Therapieschlüssel nach OPS (Deutsche Ausgabe 2008) (nur Gruppenebene):

5-21*	Operationen an der Nase
5-22*	Operationen an den Nasennebenhöhlen
5-984	Mikrochirurgische Technik
8-522.*	Hochvoltstrahlentherapie
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie
8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie

(* weist auf weitere untergeordnete Schlüssel hin.)

Krebs der Nasenhöhle und der Nasennebenhöhlen (8)

- Quellen:**
- Cornelius CP et al: Maligne Tumoren der inneren Nase und der Nasennebenhöhlen. aus: Manual Kopf-Hals-Malignome. 3. Aufl. Wollenberg B et al (Hrsg). Tumorzentrum München und Zuckschwerdt-Verlag München 2003
- Daskalakis M et al: Tumoren des Kopf- und Halsbereichs. Aus: Das Rote Buch. Berger DP et al (Hrsg). 3. Auflage 2006 Ecomed
- Tumours of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses. Aus: Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Barnes L et al (Eds). WHO 2005
- Wittekind Ch et al (Hrsg.):TNM 6. Auflage 2002
- Bayer, K.: Langzeitergebnisse nach Behandlung maligner Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlentumoren. Bochum 2005. Inaugural-Dissertation.