

Pro und Contra Lymphadenektomie beim papillären und follikulären Schilddrüsenkarzinom

C.A. Seiler, M. Schäfer, M.W. Büchler

Klinik für Viszerale- und Transplantationschirurgie (Direktor: Prof. Dr. M.W. Büchler), Inselspital Bern

The pros and cons of lymphadenectomy in papillary and follicular thyroid carcinomas

Summary: Patients with papillary and follicular thyroid carcinomas are said to have an excellent long-term prognosis. However, over 90 % of papillary carcinomas have synchronous lymphnode metastases. Based on clinical, histopathologic and molecular-biological factors, different patient groups can be defined with an increased recurrence rate and disease related mortality-rate of up to 50 % in the long-term follow-up of 30 years. Therefore, not only the extent of the surgical resection of the thyroid cancer but also the lymphnode dissection as an oncologic correct surgical procedure is of great importance. Although the position of surgical lymphadenectomy is still discussed controversially there are increasing reasons to support the concept of a radical initial operation following the rules of oncologic surgery. We consider total thyroidectomy and modified neck-dissection as the standard operation in well differentiated thyroid carcinoma. In unilateral carcinoma both the central and the ipsilateral cervico-lateral lymphnode compartments are dissected. In multicentric bilateral carcinomas a bilateral cervico-central and cervico-lateral lymphadenectomy has to be performed.

Key words: Thyroid cancer – lymphnode metastases – lymphnode dissection – mortality

Zusammenfassung: Papilläre und follikuläre Schilddrüsenkarzinome gelten als Malignome, welche eine ausgezeichnete Langzeitprognose aufweisen. Insbesondere papilläre Schilddrüsenkarzinome haben jedoch in >90 % Lymphknotenmetastasen. Aufgrund verschiedener klinischer, histopathologischer und molekularbiologischer Faktoren lassen sich Patientengruppen mit erhöhter Rezidiv- und Mortalitätsrate definieren, welche im Langzeitverlauf von >30 Jahren eine tumorbedingte Mortalität von 50 % aufweisen. Deshalb ist für die chirurgische Therapie nicht nur das Ausmaß der Schilddrüsenresektion wesentlich, sondern ebenfalls eine Lymphknotendisektion notwendig, um eine onkochirurgisch korrekte Tumorresektion zu erreichen. Obwohl der Stellenwert der Lymphknotendisektion immer noch umstritten ist und die Datenlage in der Litera-

tur teilweise kontrovers erscheint, gibt es genügend Gründe, das Konzept der radikalen Erstopoperation, welche alle onkochirurgischen Kriterien erfüllt zu propagieren. Die Standardoperation beim differenzierten Schilddrüsenkarzinom beinhaltet die totale Thyreoidektomie und eine modifizierte Neck-dissektion. Bei einseitigen Karzinomen werden die ipsilateralen zervikolateralen und zerviko-medialen Lymphknoten, im Falle eines multizentrischen, bilateralen Karzinomes werden beidseits die zervikolateralen und zervikozentralen Lymphknotenkompartimente entfernt.

Schlüsselwörter: Schilddrüsenkarzinom – Lymphknotenmetastasen – Lymphadenektomie – Mortalität

Papilläre (PTC) und follikuläre Schilddrüsenkarzinome (FTC) sind die häufigsten Malignome der Schilddrüse, welche in kurativer Absicht chirurgisch therapiert werden [37]. Die Tumorklassifikation und -stadieneinteilung erfolgt heute weitgehend nach dem TNM-System [46]. In der WHO-Tumorklassifikation werden die PTC und FTC als differenzierte Schilddrüsenkarzinome (DTC) zusammengefaßt [17]. Aufgrund klinischer, histopathologischer und molekularbiologischer Parameter lassen sich Patientengruppen mit erhöhter Rezidivrate und Mortalität bestimmen, sodaß die bisher angenommene ausgezeichnete Langzeitprognose nicht für das gesamte Patientenkollektiv gilt [37]. Die publizierten Behandlungsrichtlinien der American Association of Clinical Endocrinology und American Thyroid Association haben bisher zu keiner Vereinheitlichung der Therapiekonzepte (Ausmaß der Schilddrüsenresektion und Lymphadenektomie, Indikation zur Radiojod-Therapie) geführt, sodaß zwischen den Behandlungskonzepten und Resultaten von verschiedenen Institutionen und Ländern erhebliche Unterschiede zu finden sind [1, 42, 43].

Ziel dieser Übersicht ist es, die Malignität der PTC/FTC und den prognostischen Wert des Lymphknotenbefalls darzustellen und davon ausgehend ein chirurgisches Therapiekonzept zu entwickeln. Dabei sollen insbesondere die Pro- und Kontraargumente der Lymphadenektomie erläutert werden.