

HS-11.6 Individualisierte Therapie-Strategien bei lokal fortgeschrittenen Thymomen und Thymuskarzinomen mit Infiltration herznaher Strukturen im Masaoka-Stadium III: Darstellung der neuen TNM-Klassifikation (Stadium IIIa und IIIb)

M. Ried¹, R. Neu¹, T. Potzger¹, M. Eicher¹, H. Hofmann¹

¹Universitätsklinikum Regensburg

Zielsetzung: Die komplette chirurgische Resektion lokal fortgeschrittener Thymome bzw. Thymuskarzinome (TK) im Masaoka-Stadium III bildet die Grundlage für eine potentiell kurative Therapie im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzepts. Insbesondere bei einem ausgeprägten infiltrativen Tumorwachstum in große herznahe Gefäße oder bei einer möglichen Myokardinfiltration sind eine exakte präoperative Diagnostik und eine individualisierte chirurgische Therapieplanung entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung.

Methodik: Ausgewählte Fallserie von vier Patienten mit lokal fortgeschrittenen, infiltrativ wachsenden Thymomen/TK im Masaoka-Stadium III (Primärtumor n= 2; Verdacht auf mediastinales Tumorrezidiv n= 2). Beschreibung der präoperativen Diagnostik bzw. interdisziplinären Therapieplanung und des operativen Vorgehens. Exakte Darstellung der neuentwickelten TNM-Klassifikation (speziell Stadium IIIa und IIIb) für Thymome/TK.

Ergebnis: Der primäre operative Zugang erfolgte bei allen Patienten über eine mediane Sternotomie bzw. Re-Sternotomie. Bei drei Patienten konnte eine radikale Thymomektomie mit Thymektomie und Resektion von infiltrierten, herznahen Nachbarstrukturen durchgeführt werden, während hingegen in einem Fall nur eine explorative Re-Sternotomie erfolgte. Bei zwei Patienten (Primärtumor) erfolgte die komplette Tumorsektion unter Zuhilfenahme der Herzlungenmaschine (HLM), wobei bei einem Patienten ein partieller Ersatz der Vena cava superior (TNM-Stadium IIIa) und bei dem zweiten Patienten ein kompletter Ersatz der Aorta ascendens und des Aortenbogens (TNM Stadium IIIb) durchgeführt wurden. Zwei Patienten hatten ein mediastinales Tumorrezidiv, welches jedoch nur in einem Fall erfolgreich reseziert werden konnte (Resektion/Ersatz der Aorta ascendens mit HLM: TNM-Stadium IIIb). Der zweite Patient war auf Grund einer myokardialen Tumordinfiltration nicht resektabel (TNM-Stadium IIIb). Die Letalität im Krankenhaus betrug 0%.

Schlussfolgerung: Fortgeschrittene, invasive Thymome und TK mit Infiltration herznaher Strukturen können in ausgewählten Patienten durch erweiterte Resektionsverfahren, ggf. mit HLM, mit erhöhtem perioperativen Risiko behandelt werden. Patienten mit einer Myokardinfiltration sind nicht-resektabel. Die neue TNM-Klassifikation unterscheidet im Masaoka-Stadium III genauer zwischen resektablen und potentiell eher nicht resektablen Strukturen bzw. Gefäßen und könnte daher in Zukunft die Therapieplanung positiv beeinflussen.