

Minimally invasive diagnostics for occult lymph node metastases in head and neck cancer

G.B. Flach



Dr. G.B. Flach,
KNO-arts.
Vijf Meren Kliniek in
samenwerking met
Spaarne Gasthuis.
E-mail: geke_flach@
hotmail.com

Bij hoofd-halskanker is de status van de hals een belangrijke factor voor de prognose en essentieel voor therapieplanning. Het beleid van de hals is bij patiënten met een cT1-T2No-mondholtecarcinoom al jaren onderwerp van discussie. Met conventionele diagnostiek blijft het risico op occulte (klinisch niet-detecteerbare) lymfkliermetastasen ongeveer 30%. Het dilemma is dan te kiezen voor een electieve halsklierdissectie, met ongeveer 70% overbehandeling; of voor observatie met ongeveer 30% onderbehandeling.

Observatie van de hals is acceptabel mits lymfkliermetastasen alsnog tijdig worden ontdekt. Dit is mogelijk met de 'wait and scan'-strategie met regelmatige echogeleide dunnenaaldaspiratiecytologie van lymfeklieren in de hals gedurende follow-up. In een retrospectieve overlevingsanalyse van de 'wait and scan'-strategie toonden we aan dat 28% van de patiënten alsnog lymfkliermetastasen ontwikkelden. Deze patiënten konden succesvol worden behandeld zonder nadelig effect op de overleving, echter vaak met intensievere therapie zoals uitgebreidere halsklierdissecties en adjuvante radiotherapie. Wanneer de preoperatieve diagnostiek van de klinisch negatieve hals (cNo) accurater is, kan de behandeling van de hals beperkter zijn.

De schildwachtprocedure detecteert die lymfklieren die via lymfebanen het meest direct in contact staan met de primaire tumor en dus het hoogste risico op lymfkliermetastasen hebben. Deze schildwachtklieren worden opgespoord met radioactief gelabeld eiwit dat rondom de primaire tumor wordt geïnjecteerd en met een gammacamera zichtbaar wordt. De radioactieve lymfklieren worden tegelijk met de transorale excisie verwijderd en uitgebreid histopathologisch onderzocht. Indien een metastase wordt aangetoond, vindt een halsklierdissectie plaats tijdens een tweede operatie. Is er geen metastase, dan zal de hals poliklinisch worden geobserveerd. In dit proefschrift werd de schildwachtprocedure geëvalueerd. In een prospectieve multicenterstu-

die hebben we aangetoond dat de schildwachtklierprocedure bij het cT1-T2No-mondholtecarcinoom accuraat is met reductie van het risico op occulte lymfkliermetastasen tot 8%. Bij patiënten met eerder behandelde hals was de schildwachtklierprocedure eveneens nauwkeurig, bovendien gaf deze extra informatie over eventuele veranderde lymfedrainagepatronen die nuttig kan zijn wanneer aanvullende behandeling van de hals nodig is.

In een studie naar het patiëntenperspectief verkoos de meerderheid van de patiënten een beleid gebaseerd op de schildwachtklierprocedure boven een directe electieve halsklierdissectie.

Daarnaast bleek uit een kosteneffectiviteitsanalyse dat de schildwachtklierprocedure in vergelijking tot andere strategieën het meest kosteneffectief was in een model met 5- en 10-jaar follow-up.

Bij evaluatie van het klinische protocol voor lymfoscintigrafie bleek dat late lymfoscintigrafie niet standaard nodig is, maar alleen van toegevoegde waarde is bij andere mondholte lokalisaties dan tong en mondbodem, en bij tumoren die paramediaan of over de middellijn groeien.

Over de interpretatie van lymfoscintigrafische scans werd in een interobserverstudie met 16 beoordelaars een overeenkomst van 70% bereikt. Dit leidde tot een aanbeveling de internationale richtlijn te verduidelijken.

Deze resultaten hebben ertoe geleid dat de schildwachtklierprocedure is geïmplementeerd als standaard diagnostiek bij het cT1-T2No-mondholtecarcinoom in de nieuwe Nederlandse richtlijn 'Mondholte- en orofarynxcarcinoom'.

Concluderend leidt de schildwachtklierprocedure tot therapie op maat bij patiënten met een cT1-T2No-mondholtecarcinoom.

Verdedigd op 11 oktober 2016 te Amsterdam

Promotoren: prof. dr. R. de Bree en

prof. dr. C.R. Leemans