

S3–Leitlinie Diagnostik, Therapie, Prävention und Nachsorge des Oro- und Hypopharynxkarzinoms

Langversion 1.0 – März 2024
AWMF–Registernummer: 017–082OL

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Informationen

- [Übersicht über die Leitlinie](#)
- [Dokumente zur Leitlinie](#)
- [Methodik](#)

Leitlinienkapitel mit Empfehlungen

- [Kapitel 3: Anatomische Zuordnung Oro- und Hypopharynx](#)
- [Kapitel 4: Epidemiologie](#)
- [Kapitel 5: Früherkennung, Prävention](#)
- [Kapitel 6: Prognose, Prädiktoren](#)
- [Kapitel 7: Klinische Diagnostik](#)
- [Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität](#)
- [Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung](#)
- [Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie](#)
- [Kapitel 11: Nachsorge](#)
- [Kapitel 12: Versorgungsstrukturen](#)
- [Kapitel 13: Qualitätsindikatoren](#)

Leitlinien–Steckbrief

Autoren/Beteiligte: 41 Autorinnen und Autoren

**Koordinatoren der
Leitlinie**

Prof. Dr. Andreas Dietz (Universitätsklinikum Leipzig)
Prof. Dr. Wilfried Budach (Universitätsmedizin Düsseldorf)

Herausgeber:

Leitlinienprogramm Onkologie:



Finanzierung:

Deutsche Krebshilfe (DKH)

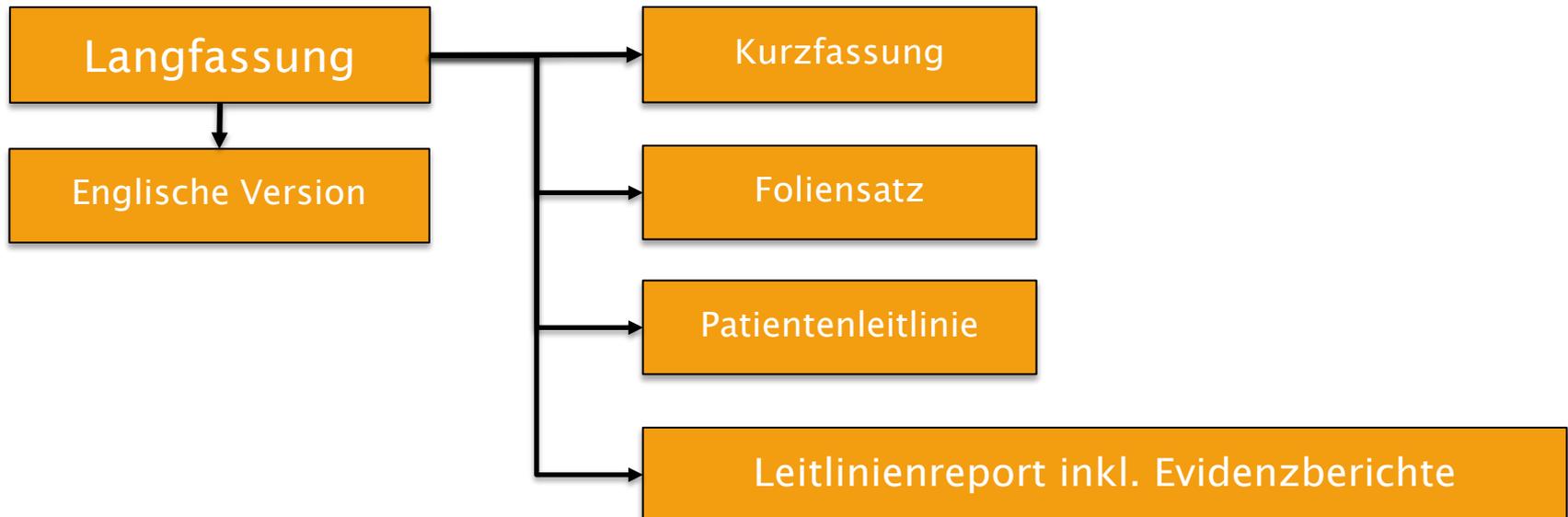
**Federführende
Fachgesellschaften:**



Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-
Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
(DGHNOKHC)



Dokumente zur Leitlinie



{LINK_TO_OL}

Dokumente zur Leitlinie



Die Leitlinie ist außerdem in der App des Leitlinienprogramms Onkologie enthalten.

Weitere Informationen unter:

<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/app/>

iOS App



Android App



Methodik

Formale Konsentierung der Empfehlungen inkl. Empfehlungsstärke

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	soll
B	Empfehlung	sollte
0	Empfehlung offen	kann

Klassifikation der Konsensusstärke

Konsensusstärke	Prozentuale Übereinstimmung
Starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von > 75-95 % der Teilnehmer
Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50-75 % der Teilnehmer
Kein Konsens/Dissens	Zustimmung von < 50 % der Teilnehmer

Evidenzgradierung nach GRADE

Sicherheit in die Evidenz	Beschreibung	Symbol
Hohe Sicherheit	Wir sind sehr sicher, dass der wahre Effekt nahe bei dem Effektschätzer liegt.	⊕⊕⊕⊕
Moderate Sicherheit	Wir haben mäßig viel Vertrauen in den Effektschätzer: der wahre Effekt ist wahrscheinlich nahe bei dem Effektschätzer, aber es besteht die Möglichkeit, dass er relevant verschieden ist.	⊕⊕⊕⊖
Geringe Sicherheit	Unser Vertrauen in den Effektschätzer ist begrenzt: Der wahre Effekt kann durchaus relevant verschieden vom Effektschätzer sein.	⊕⊕⊖⊖
Sehr geringe Sicherheit	Wir haben nur sehr wenig Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich relevant verschieden vom Effektschätzer.	⊕⊖⊖⊖

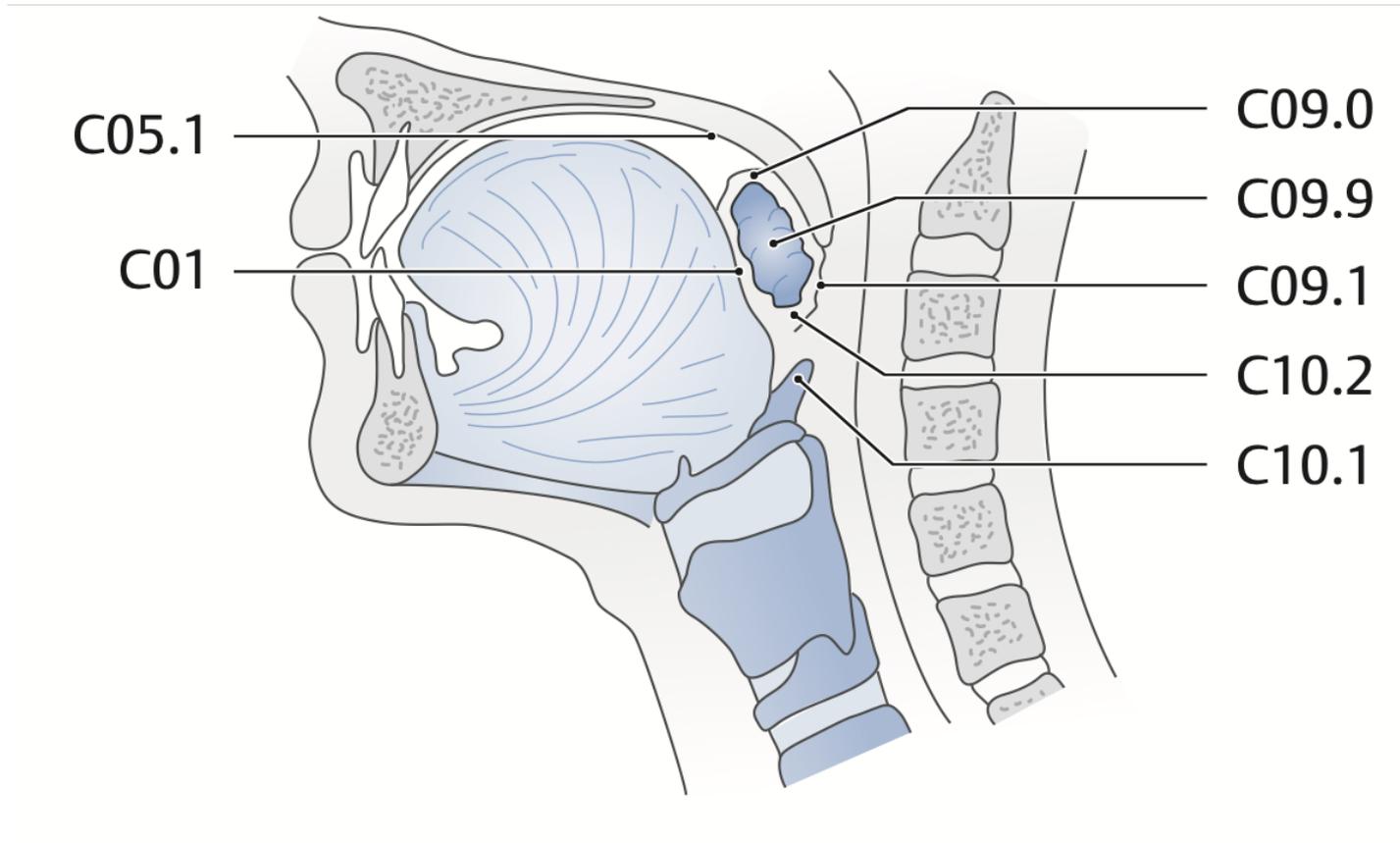
Evidenzgradierung nach Oxford 2011

Frage	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
Wie verbreitet ist das Problem?	Lokale und aktuelle Zufallsstichprobe oder Zählung (Vollerhebung)	Systematische Übersichtsarbeit von Erhebungen, die auf die lokalen Umstände übertragen werden können	Lokale Erhebung, die nicht auf einer Zufallsstichprobe basiert	Fallserie	Nicht anwendbar
Ist dieser diagnostische oder kontrollierende Test genau? (Diagnose)	Systematische Übersichtsarbeit von Querschnittsstudien mit durchgehend angewandtem Referenzstandard und Verblindung	Einzelne Querschnittsstudie mit durchgehend angewandtem Referenzstandard und Verblindung	Nicht-konsequente Studie oder Studie ohne angewandten Referenzstandard	Fall-Kontroll-Studie oder Studie mit ungeeignetem oder nicht unabhängigen Referenzstandard	Expertenmeinung basierend auf pathophysiologischen Überlegungen
Was würde passieren, wenn wir keine Therapie anwenden würden? (Prognose)	Expertenmeinung basierend auf pathophysiologischen Überlegungen	Einzelne Kohortenstudie von Patienten im Anfangsstadium der Erkrankung (Inception cohort study)	Kohortenstudie oder Kontrollarm einer randomisierten Studie	Fallserie oder Fall-Kontroll-Studie oder eine prognostische Kohortenstudie mit niedriger methodischer Qualität ¹	Nicht anwendbar
Hilft dieses Vorgehen? (nutzen der Intervention)	Systematische Übersichtsarbeit von randomisierten Studien oder N-von-1-Studien ²	Randomisierte Studie oder Beobachtungsstudie mit dramatischen Effekten	Kontrollierte Kohortenstudie/Follow-up-Studie ³		
Was sind häufige Nebenwirkungen? (Schaden der Intervention)	Systematische Übersichtsarbeit von entweder randomisierten Studien oder eingebetteten Fall-Kontroll-Studien ⁴ . Oder N-von-1-Studie mit zur Fragestellung passenden Patienten oder beobachtende Studie mit dramatischen Effekten	Randomisierte Studie oder (ausnahmsweise) Beobachtungsstudie mit dramatischen Effekten	Kontrollierte Kohortenstudie/Follow-up-Studie (Post-Marketing-Überwachung), mit ausreichender Fallzahl, um eine häufige Nebenwirkung zu identifizieren. Sollen Langzeitnebenwirkungen erfasst werden, muss das Follow-up ausreichend sein	Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien oder Studien mit historischen Kontrollen	Expertenmeinung basierend auf pathophysiologischen Überlegungen
Was sind seltene Nebenwirkungen? (Schaden der Intervention)	Systematischer Überblick über randomisierte Studien oder N-von-1-Studien	Randomisierte Studie oder (ausnahmsweise) Beobachtungsstudie mit dramatischen Effekten			
Ist dieser Früherkennungstest sinnvoll? (Screening)	Systematische Übersichtsarbeit von randomisierten Studien	Randomisierte Studie			

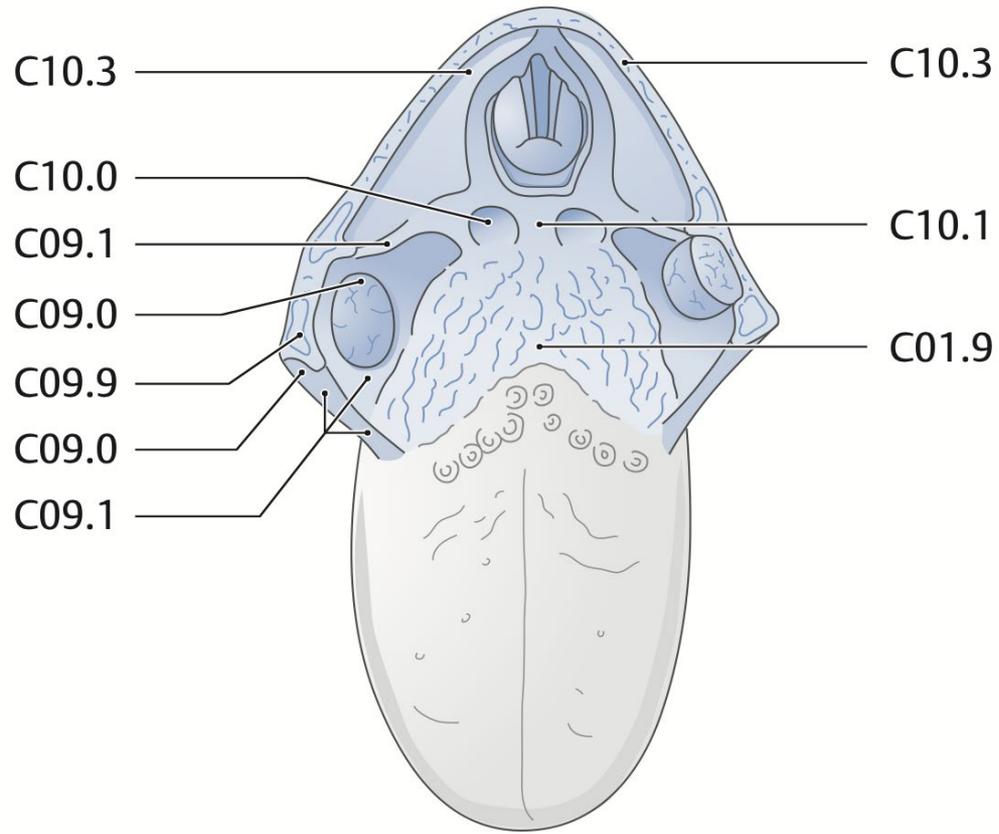
Kapitel 3: Anatomische Zuordnung Oro- und Hypopharynx

3.1	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Die anatomische Zuordnung der Regionen des Oro- und Hypopharynx erfolgt nach ICD-10-GM Version 2022: Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Seit dem 1. Januar 2022 ist die ICD-10-GM in der Version 2022 anzuwenden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-3.1-2024

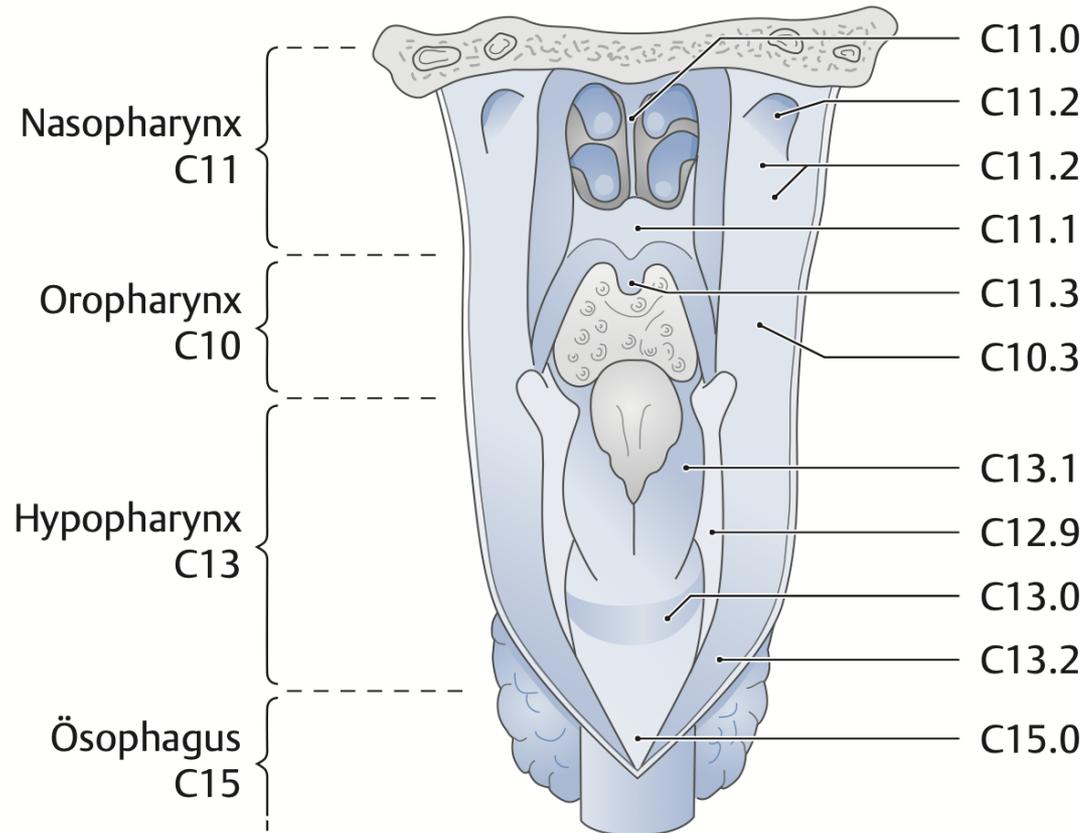
Piktogramm Oropharynx seitlich (Frenzel 2012)



Piktogramm Oropharynx von oben



Piktogramm Oropharynx von hinten



Nach ICD-10-GM-2022 Code werden der Oro- und Hypopharynx wie folgt untergliedert

ICD-10	ICD-10 Definition	Anatomische Region
C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	Hypopharynx
C12	Bösartige Neubildung des Sinus (Recessus) piriformis	
C13.0	Regio postcricoidea	
C13.1	Aryepiglottische Falte, hypopharyngealer Aspekt	
C13.2	Hinterwand Hypopharynx	
C13.8	Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	
C13.9	Hypopharynx, nicht näher bezeichnet	
C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	Oropharynx
C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	
C02.4	Linguale Tonsille	
C02.4	Weicher Gaumen	
C05.1	Uvula	
C05.2	Maligne Neoplasie der Tonsille (Tonsilla palatina)	
C09	Bösartige Neubildung der Tonsille (Tonsilla palatina)	
C09.0	Fossa tonsillaris ¹	
C09.1	Gaumenbogen (vorderer) (hinterer)	
C10.0	Vallecula epiglottica	
C10.1	Vorderfläche der Epiglottis, Inkl.: Epiglottis, freier Rand [Margo], Plica(e) glosso-epiglottica(e) Exkl.: Epiglottis (suprahyoidaler Anteil) o.n.A. (C32.1)	
C10.2	Seitenwand des Oropharynx	
C10.3	Hinterwand des Oropharynx	
C10.8	Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	
C10.9	Oropharynx, nicht näher bezeichnet	
C09.8	Tonsille (Tonsilla palatina), mehrere Teilbereiche überlappend	
C09.9	Tonsille, nicht näher bezeichnet Inkl.: Gaumen-, Schlund-Tonsille: o.n.A.	
C14.0	Pharynx, nicht näher bezeichnet	
C14.2	Waldeyer Rachenring	

¹ Fossa tonsillaris: Nische für die Gaumenmandeln, die zwischen Arcus palatoglossus und Arcus palatopharyngeus lokalisiert ist. Die Fossa tonsillaris wird außerdem von der Plica triangluaris und der Plica semilunaris faucium begrenzt.
Quelle: Morais E 2021

Kapitel 4: Epidemiologie

Kapitel 4.1: Prävalenz/Inzidenz

4.1	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Die geschätzte Oropharynxkarzinom-Inzidenz in Deutschland bei Männern liegt bei 4-16/100.000, bei Frauen bei 3-7/100.000 Einwohner; Das Durchschnittsalter wird bei Männern mit 61 und bei Frauen mit 66 Jahren angegeben (Anteil an erkrankten Frauen beträgt ca. 20%).	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-4.1-2024

4.2	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Die Inzidenz des Hypopharynxkarzinoms in Deutschland wird aktuell auf 2,3 (Männer) und 1,7 (Frauen)/100.000 Einwohnern geschätzt. Insgesamt wird in den letzten Jahren ein leichter Rückgang der Inzidenz verzeichnet. Das Durchschnittsalter zum Diagnosezeitpunkt liegt bei 64 Jahren für beide Geschlechter.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-4.2-2024

Kapitel 4: Epidemiologie

Kapitel 4.3: Risikofaktoren

4.3	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Hauptrisikofaktoren für das Auftreten eines Oro (HPV16/p16-negativ) - und Hypopharynxkarzinoms sind chronischer Tabak- oder Alkoholabusus, wesentlich seltener auch andere Faktoren. Beide Tumorentitäten sind daher überwiegend Noxen-getriggert.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-4.3-2024

4.4	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Beim HPV-assoziierten Oropharynxkarzinom handelt es sich um eine genetisch diverse, vom HPV16-negativen Oropharynxkarzinomen unterscheidbare eigene Tumorentität.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-4.4-2024

4.5	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Zur TNM-relevanten Einschätzung der HPV-16-Assoziation einer HPV-Infektion soll die p16 Immunhistologie durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-4.5-2024

Kapitel 4: Epidemiologie

Kapitel 4.3: Risikofaktoren

4.6	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	5%-23% der p16-positiven Oropharynxkarzinome sind nach Verifikation durch "Polymerase Chain Reaction" (PCR) und "In-Situ Hybridization" HPV16-negativ.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-4.6-2024

4.7	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Für die Genese von HPV-assoziierten Oropharynxkarzinomen spielt fast ausschließlich das HPV-16 Virus eine Rolle. Die Infektion wird überwiegend durch Sexualverkehr (genital, anal, oral) übertragen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-4.7-2024

Kapitel 5: Früherkennung, Prävention

5.1	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Ein Screening der Gesamtbevölkerung auf ein Oro- bzw. Hypopharynxkarzinom soll nicht angeboten werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-5.1-2024
5.2	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Gemäß STIKO Empfehlungen sollen Jungen und Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren gegen HPV geimpft werden. Eine Nachholimpfung wird bis zum Alter von 17 Jahren empfohlen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-5.2-2024
5.3	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Eine prophylaktische HPV-Impfung mit dem Ziel eines therapeutischen Nutzens im Rahmen der Behandlung eines bestehenden HPV-assoziierten Oropharynxkarzinoms sollte nicht angeboten werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-5.3-2024

Kapitel 6: Prognose, Prädiktoren

6.1	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	HPV16-assoziierte Oropharynxkarzinome sind prognostisch besser als HPV-negative.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-6.1-2024
6.2	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Die Prognose des Oro- und Hypopharynxkarzinoms hängt im Wesentlichen von der Lokalisation, TNM-Klassifikation (incl. Status extranodaler Ausdehnung der Halslymphknotenmetastasen) und vom R-Status ab. Ferner sind p16-Positivität (ausschließlich bei Oropharynx), die Differenzierung und das Vorhandensein einer Lymphgefäßinvasion (Lymphangiosis carcinomatosa) prognoserelevant.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-6.2-2024

Kapitel 6: Prognose, Prädiktoren

Kapitel 6.4: Definition anatomische Region, TNM

6.3	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Die Tumorstadien gemäß der TNM-Klassifikation und der R-Status sind die wichtigsten prognostischen Faktoren beim Oro- und Hypopharynxkarzinom und sollen in allen Fällen mit Verweis auf die aktuelle 8. Edition angegeben werden.</p> <p>Als zusätzliche Parameter am Primärtumor sollen erhoben werden: Lymphgefäß-, Venen- und Perineuralscheiden-Invasion und Differenzierungsgrad.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-6.3-2024

Oropharynxkarzinom TNM p16–positiv: Definition der klinischen und pathologischen T und N Kategorie

T	klinisch/pathologisch	N	klinisch	pathologisch
T1	<= 2 cm	N0	keine regionalen LKs	keine regionalen LKs
T2	2-4 cm	N1	ipsilateral LKs <6 cm	<= 4 LKs
T3	4-6 cm	N2	bilateral/kontralateral LKs <= 6 cm	>4 LKs
T4	>6 cm	N3	>6 cm LKs	-

Oropharynxkarzinom TNM p16–positiv: Definition der klinischen und pathologischen TNM–Stadien Einteilung, incl. unbekanntem Primärtumor (CUP)

cTNM	cN0	cN1	cN2	cN3	pTNM	pN0	pN1	pN2
T0	I	I	II	III	T0	I	I	II
T1	I	I	II	III	T1	I	I	II
T2	I	I	II	III	T2	I	I	II
T3	II	II	II	III	T3	II	II	III
T4	III	III	III	III	T4	II	II	III

Oropharynxkarzinom TNM p16–negativ: Definition der TNM–Stadien Einteilung (klinisch und pathologisch identisch; M1 immer St. IVc)

	N0	N1	N2a,b,c	N3a,b
T1	I	III	IVa	IVb
T2	II	III	IVa	IVb
T3	III	III	IVa	IVb
T4a	IVa	IVa	IVa	IVb
T4b	IVb	IVb	IVb	IVb

Hypopharynxkarzinom: Definition der TNM–Stadien Einteilung (klinisch und pathologisch identisch; M1 immer St. IVc)

	N0	N1	N2a,b,c	N3a,b
T1	I	III	IVa	IVb
T2	II	III	IVa	IVb
T3	III	III	IVa	IVb
T4a	IVa	IVa	IVa	IVb
T4b	IVb	IVb	IVb	IVb

Kapitel 6: Prognose, Prädiktoren

Kapitel 6.5: Histopathologischer Befundbericht

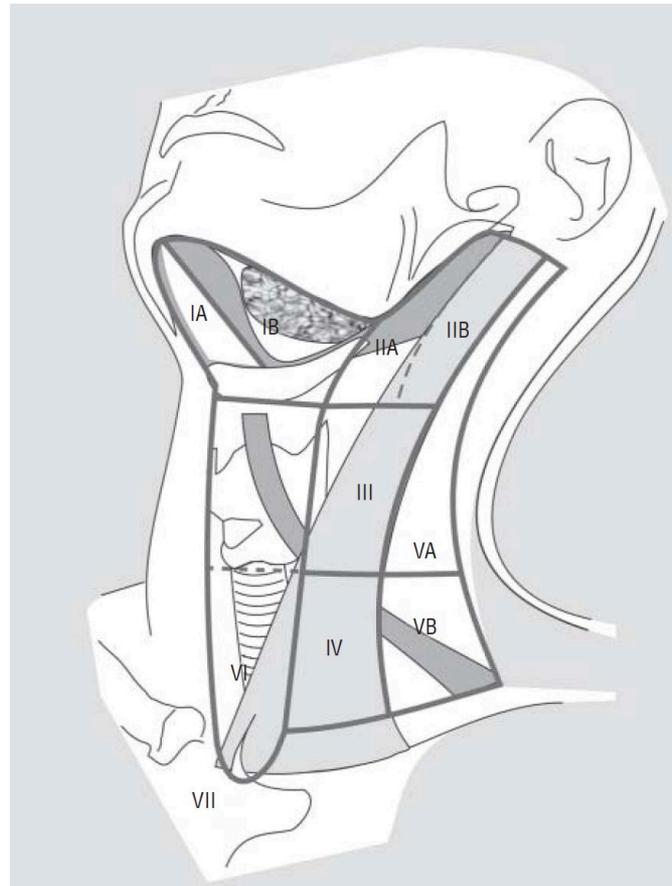
6.4	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Folgende Parameter sollen in dem histopathologischen Befundbericht angegeben werden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumorlokalisierung und -größe • pTN-Status • histologischer Tumortyp nach aktueller WHO-Klassifikation • lokale Tumorausdehnung, infiltrierte Strukturen • Anzahl der untersuchten LKs • Anzahl der befallenen LKs • größter Durchmesser der Lymphknotenmetastasen • kapselüberschreitendes Tumorwachstum (ECS, ENE) • Lymphgefäß-/Veneninvasion und perineurale Invasion • Vorhandensein einer in situ Komponente (mit Größe) • Differenzierung des Tumors entsprechend dem etablierten Graduierungsschema • Abstand zu den lateralen und basalen Resektaträndern für alle relevanten Absetzungsränder sowie für die invasive und die in situ-Komponente in mm. • R-Klassifikation <p>Nur Oropharynx: Angabe des p16-Expressionsstatus (positiv, negativ). Für einen positiven Nachweis sollten mindestens 70% der Tumorzellen eine heterogene, nukleäre sowie zytoplasmatische Färbung bei einer moderaten bis starken Intensität aufweisen.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-6.4-2024

Kapitel 6: Prognose, Prädiktoren

Kapitel 6.5: Histopathologischer Befundbericht

6.5	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Die Tumorresektion sollte als eine en-bloc-Resektion des Primärtumors erfolgen. Sollte eine sichere en-bloc Resektion nicht möglich sein („Piecemeal“ Technik im Rahmen der transoralen Chirurgie, TLM oder TORS), ist die Übersendung separater Randschnitte geeignet, die ebenfalls als Schnellschnitte zu den Pathologen geschickt werden sollen.</p> <p>In diesem Fall sollen die Tumorfragmente markiert und zueinander entsprechend der Resektion angeordnet werden. Die transtumoralen Schnittränder sollen von den äußeren, als Randschnitt relevanten Arealen getrennt markiert werden. Die anschließenden Schnellschnitte sollen eindeutig zu den Resektionsrändern zuzuordnen sein.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-6.5-2024

Halslevel nach Robbins (siehe Begleittext)



Kapitel 6: Prognose, Prädiktoren

Kapitel 6.6: Chirurgischer Sicherheitsabstand

6.6	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Ein sauberer Resektionsrand („clear margin“) ist definiert als der Abstand von der invasiven Tumorfront, der 5 mm oder mehr vom resezierten Rand entfernt ist.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-6.6-2024

Kapitel 6: Prognose, Prädiktoren

Kapitel 6.6: Chirurgischer Sicherheitsabstand

6.7	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei R1-Resektion sollte bei Möglichkeit eine zweizeitige erneute Resektion durchgeführt werden, um eine abschließende R0-Resektion zu erreichen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-6.7-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

7.1	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Eine sofortige Überweisung zu einem entsprechenden Facharzt soll bei einem der folgenden Befunde erfolgen, wenn sie über vier Wochen anhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Blutbeimengungen im Speichel · Heiserkeit · Schwierigkeiten beim Sprechen und Atmen · persistierendes, speziell einseitiges Fremdkörpergefühl · Schmerzen, ins Ohr ausstrahlend · Schluckstörungen und/oder Schmerzen beim Schlucken · unklares Bluthusten · Schwellung am Hals · Foetor ex ore 	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-7.1-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.2	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Zur Festlegung der lokalen Ausdehnung eines Oro- bzw. Hypopharynxkarzinoms sollten eine CT (kontrastverstärkt) oder MRT durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-7.2-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.3	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Um Verfälschungen des Kontrastmittelverhaltens am Primärtumor zu vermeiden, sollte die Tumorbiopsie erst nach Durchführung der Schichtbildgebung erfolgen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-7.3-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.4	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei zu erwartenden Artefakten im Bereich des Oropharynx durch Metall in der Mundhöhle sollte die MRT der CT zur Beurteilung des Primärtumors vorgezogen werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-7.4-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.5	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei lokoregionär fortgeschrittenen Tumoren sollte vor funktionseinschränkenden Therapiemaßnahmen ein FDG-PET/CT zum Ausschluss von Fernmetastasen durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-7.5-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.6	Evidenzbasiertes Statement	2024
ST	Die PET-CT hat keinen Stellenwert in der Primärdiagnostik der lokalen Ausdehnung eines bekannten Oro- bzw. Hypopharynxkarzinoms.	
Level of Evidence	2+ - S3 Leitlinienadaptierung - Mundhöhlenkarzinom, Version 3.0 2021(6.8)	
Literatur	[Goerres, GW 2005] , [Yen, TC 2005] , [Hafidh, MA 2006] , [Wax, MK 2003] , [Krabbe, CA 2008] , [Nahmias, C 2007] , [Seitz, O 2009] , S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. AWMF-Registernummer: 007/100OL, 2021. Version 3.0 :	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-7.6-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.7	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Zur Feststellung der N-Kategorie soll die gesamte Region von der Schädelbasis bis zur oberen Thoraxapertur mit der CT oder MRT untersucht werden.	
Level of Evidence	2+ - S3 Leitlinienadaptierung - Mundhöhlenkarzinom, Version 3.0 2021 (6.10)	
Literatur	[Wolmark, N 2016] , [Dammann, F 2005] , [Gu, DH 2010] , [Kyzas, PA 2008] , [Ng, SH 2005] , [Ng, SH 2006] , [Sumi, M 2007] , [van den Brekel, MW 1993] , [Wiener, E 2006] , S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. AWMF-Registernummer: 007/100OL, 2021. Version 3.0 :	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-7.7-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.8	Evidenzbasiertes Statement	2024
ST	Die diagnostische Spezifität des Lymphknotenstagings am Hals kann durch die Ultraschall-gestützte Feinnadelbiopsie verbessert werden.	
Level of Evidence	2++ - S3 Leitlinienadaptierung - Mundhöhlenkarzinom, Version 3.0 2021(6.11)	
Literatur	[Takes, RP 1998] , [Stokkel, MP 2000] , [Adams, S 1998] , S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. AWMF-Registernummer: 007/1000L, 2021. Version 3.0 :	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-7.8-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.9	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Die diagnostische Spezifität und Sensitivität des Lymphknotenstagings am Hals wird durch das FDG-PET-CT/MRT verbessert.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-7.9-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.10	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Bei Patienten mit gesichertem Oro- und Hypopharynxkarzinom soll zum Ausschluss eines pulmonalen Tumorbefalls (Filia, Zweitkarzinom) ein Thorax-CT durchgeführt werden.	
Level of Evidence	3 - S3 Leitlinienadaptierung - Mundhöhlenkarzinom, Version 3.0 2021(6.13)	
Literatur	[Andrle, J 2009] , [Arunachalam, PS 2002] , [Loh, KS 2005] , [Ghosh, SK 2009] , S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. AWMF-Registernummer: 007/100OL, 2021. Version 3.0 :	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-7.10-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.11	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Im Rahmen der Primärdiagnostik soll zum Ausschluss von Lebermetastasen eine Bildgebung durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-7.11-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.12	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad 0	Bei Patienten mit Rezidivverdacht im Bereich der Kopf-Hals-Region kann, wenn dieser mit CT und/oder MRT nicht bestätigt oder ausgeräumt werden konnte, eine PET-CT durchgeführt werden.	
Level of Evidence	3 - S3 Leitlinienadaptierung - Mundhöhlenkarzinom, Version 3.0 2021 (6.15)	
Literatur	[Bongers, V 2002] , [Lonneux, M 2000] , [Nakamoto, Y] , S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. AWMF-Registernummer: 007/1000L, 2021. Version 3.0 :	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-7.12-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.13	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten mit Rezidivverdacht im Bereich der Kopf-Hals-Region kann eine Sonographie der Kopf-Hals-Region zur Begründung der Indikation weiterer Maßnahmen indiziert sein.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-7.13-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.14	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Nach kombinierter Radio-Chemotherapie sollte bei nodalpositiven Patienten mit Oro-, bzw. Hypopharynxkarzinom eine Surveillance mittels FDG-PET-CT einer geplanten Salvage Neck-dissection vorgeschaltet werden.	
Level of Evidence	1b - S3 Leitlinienadaptierung - Larynxkarzinom, Version 1.1 2019 (6.6)	
Literatur	[Richard, C 2010] , [Minovi, A 2007] , [Ozer, E 2012] , [Mehanna, H 2016] , [Haerle, SK 2011] , S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Larynxkarzinoms.Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 017-076OL, 2019	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-7.14-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.15	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Bei negativem FDG-PET-CT kann auf die Salvage Neck-dissection verzichtet werden.	
Level of Evidence	1b	
Literatur	[Mehanna, H 2016] , [Mehanna, H 2016]	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-7.15-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.3: Bildgebung

7.16	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die Surveillance mittels FDG-PET-CT sollte 12 Wochen nach Therapieabschluss erfolgen.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-7.16-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.4: Panendoskopie

7.17	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Die Panendoskopie soll im Rahmen der Primärdiagnostik bei Oro- und Hypopharynxkarzinomen durchgeführt werden.</p> <p>Sie ist zentraler Bestandteil der primären Diagnostik zur genaueren Ausdehnung des Primärtumors und zur Detektion von Zweitkarzinomen.</p>	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-7.17-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.5: Biopsie

7.18	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Biopsien soll die Probeentnahme aus dem Randbereich des Tumors und wenn möglich zentral aus dem Tumorgrund erfolgen.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-7.18-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.6: Wächterlymphknoten

7.19	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Es kann keine Empfehlung für die SLN Biopsie als Methode zur Vermeidung einer elektiven Halslymphknotenausräumung beim Oro- und Hypopharynxkarzinom ausgesprochen werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-7.19-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.7: Patienteninformation/Aufklärung

7.20	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Die Information über seine Erkrankung und die daraus resultierenden therapeutischen Optionen einschließlich deren Alternativen ist für den Patienten Grundvoraussetzung, eine informierte Entscheidung zur Therapie zu treffen.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-7.20-2024

Kapitel 7: Klinische Diagnostik

Kapitel 7.7: Patienteninformation/Aufklärung

7.21	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Der Patient soll entsprechend seinen individuellen Bedürfnissen ausführlich und mehrfach über seine Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten und Folgestörungen informiert werden. Neben der Aufklärung über therapeutische Maßnahmen soll der Patient auch über die notwendige Rehabilitation einschließlich der sozialen und beruflichen Integration informiert werden.</p>	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-7.21-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

8.1	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die Behandlung des Oro- und Hypopharynxkarzinoms soll interdisziplinär nach Abstimmung jedes individuellen Falls innerhalb von Tumorboards unter Beteiligung der Fachdisziplinen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Radioonkologie, Onkologie, Pathologie und Radiologie durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.1-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

8.2	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Der Patient soll ausführlich und mehrfach über seine Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten und Folgestörungen informiert werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.2-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

8.3	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Patienten mit einem Oro- und Hypopharynxkarzinoms sollten zur Feststellung des Zahnstatus vor Behandlungsbeginn durch einen erfahrenen Zahnarzt untersucht werden.	
	Starker Konsens	

017-0820L-1.0-8.3-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

8.4	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Therapiepausen über die geplanten Wochenendpausen hinaus sollten während der Strahlentherapie vermieden werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.4-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

8.5	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Ungeplante Therapiepausen sollten nach Möglichkeit durch 2x tägliche Bestrahlungen an 1-2 Wochentagen bei unveränderter Einzeldosis kompensiert werden. Dabei soll zwischen 2 Fraktionen ein Abstand von mindestens 6 Stunden eingehalten werden.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.5-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.6	Evidenzbasiertes Statement	2024
ST	Es gibt Hinweise, dass die Ergebnisse einer primär chirurgischen Therapie (+/- adjuvanter Radio-/Radiochemotherapie) und einer primären Radio-/Radiochemotherapie sich bei Patienten mit HPV/p16-positiven Oropharynxkarzinomen in den Stadien I-II (UICC 8. Ausgabe) nicht signifikant in Bezug auf das Gesamtüberleben, das rückfallfreie Überleben, die lokoregionäre Rückfallrate und das fernmetastasenfreie Überleben unterscheiden.	
Level of Evidence	⊕⊕⊖⊖	
Literatur	[Palma, DA 2022] , [Nichols, AC 2019] , [Nichols, AC 2022] , [Baliga, S 2018] , [Kelly, JR 2018] , [Patel, E] 2021] , [Cheraghlou, S 2018]	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.6-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.7	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Patienten mit HPV/p16 positiven Oropharynxkarzinomen in den Stadien I-II (UICC 8. Ausgabe) sollten entweder eine primär chirurgische Therapie (+/- adjuvante Radio- oder Radiochemotherapie) oder eine primäre Radio- bzw. Radiochemotherapie erhalten.	
Level of Evidence	⊕⊕⊖⊖	
Literatur	[Palma, DA 2022] , [Nichols, AC 2019] , [Nichols, AC 2022] , [Baliga, S 2018] , [Kelly, JR 2018] , [Patel, E] 2021] , [Cheraghlou, S 2018]	
Starker Konsens		017-082OL-1.0-8.7-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.8	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Patienten mit HPV/p16 negativen Oropharynxkarzinomen in den Stadien I,II (cT1N0, cT2N0; UICC 8. Ausgabe) sollten entweder eine primär chirurgische Therapie (+/- adjuvante Radio- oder Radiochemotherapie) oder eine primäre Radio- bzw. Radiochemotherapie erhalten.	
Level of Evidence	⊕⊕⊖⊖	
Literatur	[Cheraghlou, S 2018]	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.8-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.9	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Im Falle eines primär chirurgischen Vorgehens sollte ein transorales Verfahren der Primärtumorresektion (transorale Lasermikrochirurgie, TLM; transorale Roboterchirurgie, TORS) bei T1 und T2-Tumoren des Oropharynx, HPV/p16 positiv und negativ , einem Verfahren mit transzervikalem Zugang vorgezogen werden.	
Level of Evidence	⊕⊖⊖⊖	
Literatur	[Park, DA 2020] , [Liu, M 2017] , [Park, YM 2013] , [Ford, SE 2014] , [Hammoudi, K 2015] , [Slama, K 2016]	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.9-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.10	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Im Falle einer gewählten transoralen Operationstechnik (TLM, TORS) bei lateral gelegenem Tumor mit erhöhtem Nachblutungsrisiko, die mit einer Neck dissektion kombiniert wird, sollte in Erwägung gezogen werden, die zuführenden arteriellen Gefäße der Tumorseite transzervikal zu klippen/unterbinden, um das intra- und postoperative Blutungsrisiko zu senken.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.10-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.11	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Eine Deeskalation der Gesamtdosis der Strahlentherapie sollte bei primärer und adjuvanter Radio- oder Radiochemotherapie beim HPV/p16 positiven Oropharynxkarzinomen innerhalb von klinischen Studien erfolgen.	
Level of Evidence	⊕⊕⊕⊖	
Literatur	[Takahashi, M 2022] , [Ferris, RL 2022]	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.11-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.12	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Die primär nicht-operative Therapie von Patienten mit HPV/p16-positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen im Stadium T1 cN0 (UICC 8. Ausgabe) sollte als alleinige Strahlentherapie erfolgen.	
Level of Evidence	⊕⊖⊖⊖	
Literatur	[Yoshida, EJ 2020]	
	Starker Konsens	

017-0820L-1.0-8.12-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.13	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Die primär nicht-operative Therapie bei Patienten mit Oropharynxkarzinomen im Stadien I cN1 (>1 LK <=3 cm) bei HPV/p16+ bzw. Stadium II (UICC 8. Ausgabe) sollte als Radiochemotherapie erfolgen.	
Level of Evidence	⊕⊖⊖⊖	
Literatur	[Yoshida, EJ 2020] , [Cheraghlou, S 2018]	
Starker Konsens		017-082OL-1.0-8.13-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.14	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Beim HPV/p16-positiven und -negativen Oropharynxkarzinom soll im Falle einer primären Radiochemotherapie die simultane Chemotherapie Cisplatin-basiert sein. Bei Patienten, die z. B aufgrund einer eingeschränkten Nierenfunktion nicht Cisplatin erhalten können, können als simultane Systemtherapie Carboplatin + 5-FU, Mitomycin C + 5-FU, ein Taxan oder Cetuximab (HPV/p16+) eingesetzt werden.</p>	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.14-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.15	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Bei Patienten mit HPV/p16- positiven Oropharynxkarzinomen, die keine Kontraindikation gegen eine Cisplatin-basierte Chemotherapie haben, soll Cetuximab wegen erwiesener Unterlegenheit in Bezug auf das Überleben nicht eingesetzt werden.	
Level of Evidence	⊕⊕⊕⊕ - Subgruppe p16 positiv	
Literatur	[Mehanna, H 2019] , [Rischin, D 2021] , [Gillison, ML 2019]	
Starker Konsens		017-0820L-1.0-8.15-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.16	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten mit HPV/p16- negativen Oropharynxkarzinomen, die keine Kontraindikation gegen eine Cisplatin-basierte Chemotherapie haben, soll Cetuximab wegen erwiesener Unterlegenheit in Bezug auf das Überleben nicht eingesetzt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.16-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.17	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei einer primären Radio- oder Radiochemotherapie von HPV/p16-positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen im den Stadien I-III (UICC 8. Ausgabe) sollte die Strahlentherapie mit 5x2 Gy pro Woche bis zu Zielvolumendosis von 70 Gy im Bereich der befallenen Lymphknoten und des Primärtumors bzw. ein anderes etabliertes Schema mit biologischer äquivalenter Gesamtdosis erfolgen.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.17-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.18	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Bei einer primärem Radio- oder Radiochemotherapie von HPV/p16-positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen sollte die Bestrahlung nicht befallener Lymphknotenlevel mit 45-54 Gy mit Einzeldosen von 1,5Gy - 1,8 Gy erfolgen.</p> <p>Die zu bestrahlenden elektiven Lymphknotenlevel sollten sich nach dem aktuellen internationalen Konsensus richten.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.18-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.19	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die primäre Radio- oder Radiochemotherapie von HPV/p16- positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen soll in IMRT-Technik unter möglichst guter Schonung der Speicheldrüsen, des nicht befallenen Schluckweges und der Mundhöhle erfolgen, ohne die empfohlenen Dosen in den Zielvolumen zu unterschreiten.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.19-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.20	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die postoperative Strahlentherapie sollte möglichst früh nach Abschluss der Wundheilung innerhalb eines Zeitraums von 6 Wochen nach der Operation begonnen werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.20-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.21	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Bei primär chirurgisch behandelten Patienten mit HPV/p16 positiven Oropharynxkarzinomen im Stadien I, II (UICC 8. Ausgabe) sollte eine adjuvante Radio-/Radiochemotherapie erfolgen, wenn die</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resektion R1 oder <5mm im Gesunden erfolgt ist oder • solitärem Lymphknoten >3cm oder • mehr als ein tumorbefallener Lymphknoten oder • ≥ 1 Lymphknoten mit ECS histologisch nachgewiesen wurde. 	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.21-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.22	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei primär chirurgisch behandelten Patienten mit HPV/p16- negativen Oropharynxkarzinomen im Stadien pT1, pT2 N0 (UICC 8. Ausgabe) sollte eine adjuvante Radio-/Radiochemotherapie erfolgen, wenn die Resektion R1, <5mm im Gesunden erfolgt ist.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.22-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.23	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Beim pT1-pT2 pN0 (M0) HPV/p16- positiven und -negativen Oropharynxkarzinom sollte auf eine adjuvante Radiotherapie verzichtet werden, wenn die Resektion >5 mm im Gesunden erfolgt ist	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.23-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.24	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Beim pT1-pT2 (M0) HPV/p16-positiven und -negativen Oropharynxkarzinom mit nur einem befallenen Lymphknoten <3cm (ohne ECS) kann auf eine adjuvante Radiotherapie verzichtet werden, wenn alle folgenden Kriterien erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> · G1-G2 (HPV/p16 neg.) · L0 · V0 · Pn0 · R0 >5 mm 	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.24-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.25	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Eine adjuvante Bestrahlung der Region mit befallenen Lymphknotenlevel ohne Kapseldurchbruch bei HPV/p16-positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen sollte mit 54- 60 Gy in Einzeldosen von 1,8 Gy - 2,0 Gy erfolgen und die adjuvante Bestrahlung befallener Lymphknotenlevel mit Kapseldurchbruch sollte mit 66 Gy in Einzeldosen von 2,0 - 2,2 Gy erfolgen.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.25-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.26	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Eine adjuvante Bestrahlung nicht befallener Lymphknotenlevel bei HPV/p16 positiven Oropharynxkarzinomen sollte mit 45- 54 Gy mit Einzeldosen von 1,5Gy - 1,8 Gy erfolgen.</p> <p>Die zu bestrahlenden elektiven Lymphknotenlevel sollten sich nach dem aktuellen internationalen Konsensus richten.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.26-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.27	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Sofern eine adjuvante Radiochemotherapie bei einem HPV/p16 positiven oder negativen Oropharynxkarzinom indiziert ist, sollte eine Cisplatin-basierte Chemotherapie simultan zur Radiotherapie appliziert werden.</p> <p>Bei Patienten, die z. B aufgrund einer eingeschränkten Nierenfunktion Cisplatin nicht erhalten können, können als simultane Systemtherapie Mitomycin C + 5-FU, Carboplatin + 5-FU oder Docetaxel eingesetzt werden.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.27-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.1: Oropharynx-Karzinome der UICC Stadien I und II (p16-positiv: T1-T3N2; p16-neg.: T1-T2N0)

8.28	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Eine neoadjuvante oder adjuvante systemische Therapie sollte bei primärer operativer Therapie, bzw. definitiver Radio- oder Radiochemotherapie beim HPV/p16- positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen nur innerhalb von klinischen Studien erfolgen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.28-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.29	Evidenzbasiertes Statement	2024
ST	Es gibt Hinweise, dass Patienten mit HPV/p16-positiven Oropharynxkarzinomen im Stadium III (UICC 8. Ausgabe) nach einer primär chirurgischen Therapie, gefolgt von einer adjuvanten Radio- oder Radiochemotherapie, im Vergleich zu einer primären Radiochemotherapie ein besseres Gesamtüberleben und rückfallfreies Überleben aufweisen.	
Level of Evidence	⊕⊕⊖⊖	
Literatur	[Cheraghlou, S 2018] , [Kamran, SC 2018]	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.29-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV–A, –B p16-neg.: T3–TxN3, M0)

8.30	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Patienten mit HPV/p16-positiven im Stadien III oder -negativen Stadium III-IVb Oropharynxkarzinomen (UICC 8. Ausgabe) sollten mit einer primär chirurgischen Therapie gefolgt von einer adjuvanten Radio- oder Radiochemotherapie therapiert werden, sofern ein gutes funktionelles Ergebnis und eine R0 Resektion wahrscheinlich erreichbar sind. Ansonsten sollen diese Patienten eine primäre Radiochemotherapie erhalten.	
Level of Evidence	⊕⊕⊖⊖	
Literatur	[Cheraghlou, S 2018] , [Ko, HC 2017]	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.30-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.31	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Bei Patienten mit HPV/p16- positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen, die nicht mit einer Operation behandelt werden, soll, besonders in der Altersgruppe bis 70 Jahren, eine primäre Radiochemotherapie einer alleinigen Strahlentherapie vorgezogen werden.	
Level of Evidence	1a - S3 Leitlinienadaptierung - Larynxkarzinom, Version 1.1 2019 (7.13)	
Literatur	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Larynxkarzinoms.Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 017-076OL, 2019, [Pignon, JP 2009], [Blanchard, P 2011]	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.31-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.32	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Eine Deeskalation der Gesamtdosis der Strahlentherapie sollte bei primärer und adjuvanter Radio- oder Radiochemotherapie beim HPV/p16- positiven Oropharynxkarzinomen innerhalb von klinischen Studien erfolgen.	
Level of Evidence	⊕⊕⊖⊖	
Literatur	[Misiukiewicz, K 2019] , [Takahashi, M 2022]	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.32-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.33	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Die primär konservative Therapie bei Patienten mit HPV/p16- positiven Stadium III und -negativen Stadium III-IVb Oropharynxkarzinomen (UICC 8. Ausgabe), soll als Radiochemotherapie erfolgen.	
Level of Evidence	⊕⊕⊖⊖ - In der Subgruppe HPV/p16 negativ ⊕⊕⊖⊖ - In der Subgruppe HPV/p16 positiv	
Literatur	[Yoshida, EJ 2020] , [Cheraghlou, S 2018] , [Shama, M 2022]	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.33-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.34	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Bei Patienten mit HPV/p16- positivem Stadium III und -negativem Stadien III-IVb Oropharynxkarzinomen (UICC 8. Ausgabe) sind die lokoregionäre Tumorkontrolle und das Gesamtüberleben nach primärer Radiochemotherapie statistisch signifikant besser als nach alleiniger Radiotherapie.	
Level of Evidence	1a - In der Subgruppe p16 negativ (S3 Leitlinienadaptierung - Larynxkarzinom, Version 1.1 2019 (7.9)) ⊕⊕⊕⊖ - In der Subgruppe HPV/p16 positiv	
Literatur	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Larynxkarzinoms.Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 017-076OL, 2019, [Cheraghlou, S 2018], [Pignon, JP 2009], [Blanchard, P 2011], [Forastiere, AA 2003], [Forastiere, AA 2013]	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.34-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.35	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Beim HPV/p16- positiven Oropharynxkarzinom soll im Falle einer primären Radiochemotherapie die simultane Chemotherapie Cisplatin-basiert sein.	
Level of Evidence	⊕⊕⊕⊕ - In der Subgruppe HPV/p16 positiv	
Literatur	[Gillison, ML 2019] , [Rischin, D 2021] , [Mehanna, H 2019]	
	Starker Konsens 017-0820L-1.0-8.35-2024	

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.36	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Beim HPV/p16- negativen Oropharynxkarzinom soll im Falle einer primären Radiochemotherapie die simultane Chemotherapie Cisplatin-basiert sein.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.36-2024

8.37	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten, die z. B aufgrund einer eingeschränkten Nierenfunktion nicht Cisplatin erhalten können, können als simultane Systemtherapie Carboplatin + 5-FU, Mitomycin C + 5-FU, ein Taxan oder Cetuximab (HPV/p16+) eingesetzt werden.	
		017-082OL-1.0-8.37-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.38	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Bei HPV/p16- positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen, die keine Kontraindikation gegen eine Cisplatin-basierte Chemotherapie haben, soll Cetuximab wegen erwiesener Unterlegenheit in Bezug auf das Überleben nicht eingesetzt werden.	
Level of Evidence	⊕⊕⊕⊕ - In der Subgruppe HPV/p16 positiv ⊕⊖⊖⊖ - In der Subgruppe HPV/p16 negativ	
Literatur	[Mehanna, H 2019] , [Rischin, D 2021] , [Gillison, ML 2019] , [Rosenthal, DI 2016] , [Bonner, JA 2006]	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.38-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.39	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei einer primärem Radio- oder Radiochemotherapie von HPV/p16-positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen in den Stadien I-III (UICC 8. Ausgabe) sollte die Strahlentherapie mit 5x2 Gy pro Woche bis zu einer Zielvolumendosis von 70 Gy im Bereich der befallenen Lymphknoten und des Primärtumors erfolgen oder ein anderes etabliertes Schema mit biologischer äquivalenter Gesamtdosis zur Anwendung kommen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.39-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.40	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Bei einer primärem Radio- oder Radiochemotherapie von HPV/p16-positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen sollte die Bestrahlung nicht-befallener Lymphknotenlevel mit 45- 54 Gy mit Einzeldosen von 1,5Gy – 2 Gy erfolgen.</p> <p>Die zu bestrahlenden elektiven Lymphknotenlevel sollten sich nach dem aktuellen internationale Konsensus richten [Biau, J et al. 2019].</p>	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.40-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.41	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	In den elektiv zu bestrahlenden Lymphknotenlevel sollte bei HPV/p16- negativen Oropharynxkarzinomen die Dosis je nach Risiko zwischen 50 Gy und 60 Gy mit Einzeldosen von 1,5- bis 2,0 Gy erfolgen.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.41-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.42	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die primäre Radio- oder Radiochemotherapie von HPV/p16- positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen in den Stadien III (HPV/p16 positiv) bzw. III-IVb (HPV/p16 negativ) soll in IMRT-Technik unter möglichst guter Schonung der Speicheldrüsen, des nicht befallenen Schluckweges und der Mundhöhle erfolgen, ohne die empfohlenen Dosen in den Zielvolumen zu unterschreiten.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.42-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv: T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.43	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die postoperative Strahlentherapie sollte möglichst früh nach Abschluss der Wundheilung innerhalb eines Zeitraums von 6 Wochen nach der Operation begonnen werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.43-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.44	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Bei primär chirurgisch behandelten Patienten mit HPV/p16- positiven Stadien III und -negativen Stadien III-IVb Oropharynxkarzinomen (UICC 8. Ausgabe) soll eine adjuvante Radio- oder Radiochemotherapie erfolgen.	
Level of Evidence	⊕⊖⊖⊖	
Literatur	[Kao, J 2008] , [Amini, A 2016]	
Starker Konsens		017-0820L-1.0-8.44-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.45	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Eine adjuvante Radiochemotherapie nach primär chirurgischer Therapie von HPV/p16- positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen im Stadium III, bzw. III-IVb sollte erfolgen, wenn die Resektion <5mm im Gesunden erfolgt ist oder ein extrakapsuläres Tumorwachstum an einem oder mehreren Lymphknoten histologisch nachgewiesen wurde.	
Level of Evidence	1b - S3 Leitlinienadaptierung - Larynxkarzinom, Version 1.1 2019 (7.39) ⊕⊕⊖⊖ - In Subgruppe HPV/p16 positiv	
Literatur	[Ajmani, GS 2017] , [Day, AT 2021] , [An, Y 2017] , [Cooper, JS 2012] , [Cooper, JS 2004] , [Bernier, J 2004] , S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Larynxkarzinoms.Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 017-076OL, 2019 , [Fietkau, R. 2006]	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.45-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv: T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, p16-neg: T2, T3N3, M0

8.46	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Eine adjuvante Bestrahlung nicht befallener Lymphknotenlevel bei HPV/p16- positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen sollte mit 45- 54 Gy mit Einzeldosen von 1,5Gy – 1,8 Gy erfolgen. Die zu bestrahlenden elektiven Lymphknotenlevel sollten sich nach dem aktuellen internationale Konsensus richten.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.46-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.47	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die adjuvante Bestrahlung von HPV/p16- positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen soll in IMRT-Technik unter möglichst guter Schonung der Speicheldrüsen, des Schluckweges und der Mundhöhle erfolgen, ohne die empfohlenen Dosen in den Zielvolumen zu unterschreiten.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.47-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv: T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.48	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Sofern eine adjuvante Radiochemotherapie bei einem HPV/p16-positiven oder -negativen Oropharynxkarzinom indiziert ist, sollte eine Cisplatin-basierte Chemotherapie simultan zur Radiotherapie appliziert werden.</p> <p>Bei Patienten, die z. B aufgrund einer eingeschränkten Nierenfunktion Cisplatin nicht erhalten können, können als simultane Systemtherapie Mitomycin C + 5-FU, Carboplatin + 5-FU oder Docetaxel eingesetzt werden.</p>	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.48-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.49	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Eine neoadjuvante Chemotherapie vor geplanter definitiver Radio-oder Radiochemotherapie soll bei HPV/p16- negativen Oropharynxkarzinomen nicht durchgeführt werden.	
Level of Evidence	1++ - S3 Leitlinienadaptierung - Mundhöhlenkarzinom, Version 3.0 2021(8.29)	
Literatur	[Gonzalez-Angulo, AM 2009] , [Licitra, L 2003] , [Pignon, JP 2000] , S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. AWMF-Registernummer: 007/100OL, 2021. Version 3.0 :	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.49-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.2: Oropharynx-Karzinome in den UICC Stadien III p16-positiv:T1N3 – T4; Stadium III und IV-A, -B p16-neg.: T3-TxN3, M0)

8.50	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Eine neoadjuvante oder adjuvante systemische Therapie sollte bei primärer operativer Therapie, bzw. definitiver Radio- oder Radiochemotherapie beim HPV/p16- positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen nur innerhalb von klinischen Studien erfolgen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.50-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.4: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien I und II

8.51	Evidenzbasiertes Statement	2024
ST	Es gibt keine Hinweise, dass transorale Therapieverfahren (TLM, TORS) gegenüber offenen transzervikalen Operationsverfahren beim T1 und T2 Hypopharynxkarzinom bezüglich Tumorrezidivrate und Überleben unterlegen sind.	
Level of Evidence	⊕⊖⊖⊖	
Literatur	[Petersen, JF 2018] , [Burbure, N 2021] , [Park, YM 2013]	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.51-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.4: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien I und II

8.52	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Hypopharynxkarzinome in den Stadien cT1-cT2 cN0 cM0 sollen entweder mit einer primären Resektion +/- einer adjuvanten Radio- oder Radiochemotherapie oder mit einer primären Radio- oder Radiochemotherapie behandelt werden.	
Level of Evidence	⊕⊖⊖⊖	
Literatur	[Burbure, N 2021]	
Starker Konsens		017-082OL-1.0-8.52-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.4: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien I und II

8.53	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei einer primär nicht operativen Therapie sollten Patienten mit Hypopharynxkarzinomen im den Stadien I-II (UICC 8. Ausgabe) eine alleinige Strahlentherapie erhalten. Bei größeren T2 Tumoren kann eine Radiochemotherapie angeboten werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.53-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.4: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien I und II

8.54	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Wenn im Stadium II bei Hypopharynxkarzinomen eine Radiochemotherapie indiziert wird, sollte eine Cisplatin-basierte Chemotherapie simultan zur Radiotherapie appliziert werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.54-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.4: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien I und II

8.55	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Bei Patienten, die z. B. aufgrund einer eingeschränkten Nierenfunktion Cisplatin nicht erhalten können, können als simultane Systemtherapie Mitomycin C + 5-FU, Carboplatin + 5-FU oder ein Taxan eingesetzt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.55-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.4: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien I und II

8.56	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Bei einer primärem Radio- oder Radiochemotherapie von Hypopharynxkarzinomen im den Stadien I-II (UICC 8. Ausgabe) sollte die Strahlentherapie mit 5 x 2 Gy pro Woche bis zu einer Zielvolumendosis von 70 Gy im Bereich der befallenen Lymphknoten und des Primärtumors erfolgen oder ein anderes etabliertes Schema mit biologisch äquivalenter Gesamtdosis zur Anwendung kommen. Die Bestrahlung nicht befallener Lymphknotenlevel sollte mit 45 - 54 Gy mit Einzeldosen von 1,5Gy - 1,8 Gy erfolgen.</p> <p>Die zu bestrahlenden elektiven Lymphknotenlevel sollten sich nach dem aktuellen internationalen Konsensus richten.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.56-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.4: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien I und II

8.57	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die primäre Radio- oder Radiochemotherapie von Hypopharynxkarzinomen in den Stadien I+II soll in IMRT-Technik unter möglichst guter Schonung der Speicheldrüsen, der nicht befallenen Anteile des Schluckweges und der Mundhöhle erfolgen, ohne die empfohlenen Dosen in den Zielvolumen zu unterschreiten.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.57-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.4: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien I und II

8.58	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei primär chirurgisch behandelten Patienten mit Hypopharynxkarzinomen im Stadien I+II (UICC 8. Ausgabe) sollte eine adjuvante Radio- oder Radiochemotherapie erfolgen, wenn die Resektion R1 oder <5mm im Gesunden erfolgt ist. Auch kann bei G3, L1, V1 oder Pn1 eine adjuvante Radiotherapie angeboten werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.58-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.4: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien I und II

8.59	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Wenn eine adjuvante Bestrahlung bei Hypopharynxkarzinomen in den Stadien I+II indiziert ist, sollte die Strahlentherapie mit 60 - 66 Gy (1,8 - 2,2 Gy Einzeldosis) im Bereich der knappen Resektionsränder und mit 45 - 54 Gy mit Einzeldosen von 1,5Gy - 1,8 Gy Im Bereich nicht befallener Lymphknotenlevel erfolgen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.59-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.4: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien I und II

8.60	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Die postoperative Strahlen-, bzw. Strahlenchemotherapie von Hypopharynxkarzinomen in den Stadien I-II sollte möglichst früh nach Abschluss der Wundheilung innerhalb eines Zeitraums von 6 Wochen nach der Operation begonnen werden</p> <p>und</p> <p>soll in IMRT-Technik unter möglichst guter Schonung der Speicheldrüsen, des Schluckweges und der Mundhöhle erfolgen, ohne die empfohlenen Dosen in den Zielvolumen zu unterschreiten.</p>	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.60-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.61	Evidenzbasiertes Statement	2024
ST	Die Therapieergebnisse bei Plattenepithelkarzinomen des Hypopharynx unterscheiden sich in den Stadien cT3 cN0-cN3 cM0 nach einer primären Resektion +/- einer adjuvanten Radio- oder Radiochemotherapie im Vergleich zu einer primären Radio- oder Radiochemotherapie in Bezug auf das Überleben in den verfügbaren Registerdaten nicht signifikant.	
Level of Evidence	⊕⊖⊖⊖	
Literatur	[Kim, YJ 2018] , [Hochfelder, CG 2021]	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.61-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.62	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Hypopharynxkarzinome in den Stadien cT3 cN0-cN3 cN0 sollen entweder mit einer primären Resektion +/- einer adjuvanten Radio- oder Radiochemotherapie oder mit einer primären Radio- oder Radiochemotherapie behandelt werden.	
Level of Evidence	⊕⊖⊖⊖	
Literatur	[Hochfelder, CG 2021] , [Kim, YJ 2018]	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.62-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.63	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Ist chirurgisch eine Laryngektomie erforderlich, kann neben den vorgenannten Therapieverfahren auch eine neoadjuvante Chemotherapie mit nachfolgender Radio- oder Radiochemotherapie bei gutem Therapieansprechen auf die neoadjuvante Therapie (mindestens partielle Rückbildung) oder nachfolgender Resektion bei schlechtem Ansprechen auf die neoadjuvante Therapie erfolgen.	
Level of Evidence	1a - S3 Leitlinienadaptierung - Larynxkarzinom, Version 1.1 2019 (7.28)	
Literatur	[Pignon, JP 2009] , [Blanchard, P 2011] , [Forastiere, AA 2003] , [Forastiere, AA 2013] , S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Larynxkarzinoms.Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 017-076OL, 2019	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.63-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.64	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Bei Patienten mit cT4a cN0-cN3 cM0 Hypopharynxkarzinomen gibt es Hinweise aus Krebsregisterdatenbanken für ein besseres Gesamtüberleben nach einem primär chirurgischen Vorgehen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.64-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.65	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten mit Hypopharynxkarzinomen des Stadiums cT4a cN0-cN3, bei denen chirurgisch eine R0-Resektion möglich erscheint, sollte eine primär chirurgische Therapie erfolgen. Alternativ kann unter Inkaufnahme einer höheren lokalen Rückfallrate auch eine Radiochemotherapie oder eine neoadjuvante Chemotherapie durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.65-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.66	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Ist im Stadium cT4a cN0-cN3 cM0 eine R0-Resektion eines Hypopharynxkarzinoms wahrscheinlich nicht erreichbar, soll eine primäre Radiochemotherapie erfolgen.	
Level of Evidence	1a - S3 Leitlinienadaptierung - Larynxkarzinom, Version 1.1 2019 (7.34)	
Literatur	[Pignon, JP 2009] , [Blanchard, P 2011] , S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Larynxkarzinoms.Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 017-076OL, 2019	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.66-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.67	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Eine Tracheotomie, die vor einer Laryngektomie durchgeführt wird, wirkt sich negativ auf die Prognose aus, weil häufiger Stomarezidive auftreten können.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.67-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.68	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Vor einer geplanten totalen Laryngopharyngektomie sollte auf eine Tracheotomie verzichtet werden. Im Falle einer Dyspnoe kann im Rahmen der Erstdiagnostik ein transorales Tumordebulking zur Vermeidung einer Tracheotomie durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.68-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.69	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die primär nicht operative Therapie bei Patienten mit Stadium III-IVb Hypopharynxkarzinom (UICC 8. Ausgabe) soll als Radiochemotherapie erfolgen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.69-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.70	Evidenzbasiertes Statement	2024
ST	Bei Patienten mit Stadium III-IVb Hypopharynxkarzinomen (UICC 8. Ausgabe) sind die lokoregionäre Tumorkontrolle und das Gesamtüberleben nach primärer Radiochemotherapie statistisch signifikant besser als nach alleiniger Radiotherapie.	
Level of Evidence	1a - S3 Leitlinienadaptierung - Larynxkarzinom, Version 1.1 2019 (7.9)	
Literatur	[Pignon, JP 2009] , [Blanchard, P 2011] , [Forastiere, AA 2003] , [Forastiere, AA 2013] , S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Larynxkarzinoms.Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 017-076OL, 2019 , [Lacas, B 2021]	
		017-082OL-1.0-8.70-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.71	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Beim Hypopharynxkarzinom im Stadium III-IVb soll im Falle einer primären Radiochemotherapie die simultane Chemotherapie Cisplatin-basiert sein.	
Level of Evidence	1a - S3 Leitlinienadaptierung - Larynxkarzinom, Version 1.1 2019 (7.14)	
Literatur	[Pignon, JP 2009] , [Blanchard, P 2011] , S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Larynxkarzinoms.Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 017-076OL, 2019 , [Lacas, B 2021]	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.71-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.72	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten, die z. B aufgrund einer eingeschränkten Nierenfunktion nicht Cisplatin erhalten können, können als simultane Systemtherapie Carboplatin + 5-FU, Mitomycin C + 5-FU oder ein Taxan eingesetzt werden.	
	Konsens	017-082OL-1.0-8.72-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.73	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei einer primärem Radio- oder Radiochemotherapie von Hypopharynxkarzinomen im den Stadien III-IVb (UICC 8. Ausgabe) sollte die Strahlentherapie mit 5x2 Gy pro Woche bis zu Zielvolumendosis von 70 Gy im Bereich der befallenen Lymphknoten und des Primärtumors bzw. ein anderes etabliertes Schema mit biologisch äquivalenter Gesamtdosis erfolgen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.73-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.74	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Bei einer primärem Radio- oder Radiochemotherapie von Hypopharynxkarzinomen sollte die Bestrahlung nicht befallener Lymphknotenlevel mit 45 - 54 Gy mit Einzeldosen von 1,5Gy - 2 Gy erfolgen.</p> <p>Die zu bestrahlenden elektiven Lymphknotenlevel sollten sich nach dem aktuellen internationale Konsensus richten.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.74-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.75	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die primäre Radio- oder Radiochemotherapie von Hypopharynxkarzinomen in den Stadien III bis IVb soll in IMRT-Technik unter möglichst guter Schonung der Speicheldrüsen, des nicht befallenen Schluckweges und der Mundhöhle erfolgen, ohne die empfohlenen Dosen in den Zielvolumen zu unterschreiten.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.75-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.76	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Ist chirurgisch eine Laryngopharyngektomie erforderlich, kann neben den vorgenannten Therapieverfahren auch eine neoadjuvante Chemotherapie mit nachfolgender Radio- oder Radiochemotherapie bei gutem Therapieansprechen auf die neoadjuvante Therapie (mindestens partielle Rückbildung) oder nachfolgender Resektion bei schlechtem Ansprechen auf die neoadjuvante Therapie erfolgen.	
Level of Evidence	1a - S3 Leitlinienadaptierung - Larynxkarzinom, Version 1.1 2019 (7.28)	
Literatur	[Pignon, JP 2009] , [Forastiere, AA 2013] , S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Larynxkarzinoms.Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 017-076OL, 2019 , [Forastiere, AA 2003] , [Blanchard, P 2011]	
Starker Konsens		017-082OL-1.0-8.76-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.77	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Alle Patienten in den Stadien, bei denen eine Laryngektomie erforderlich wäre, sollen im interdisziplinären Tumorboard einvernehmlich diskutiert und eine gemeinsame Therapieempfehlung von Hals-Nasen-Ohren-Arzt als auch vom Radioonkologen gefunden werden. Diese Therapieempfehlung und die Alternativen sollten dem Patienten von beiden Disziplinen vermittelt werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.77-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.78	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Eine postoperative Radio- oder Radiochemotherapie soll bei Hypopharynxkarzinomen</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei pT3-Karzinomen und pT4-Karzinomen • pN2-pN3 • bei Karzinomen mit knappen oder positiven Resektionsrändern (R0 < 5mm; R1), perineuraler Invasion, Gefäßinvasion (Lymphgefäßinvasion und/oder Veneninvasion) • bei einem befallenen Lymphknoten mit extrakapsulärem Tumorwachstum erfolgen. 	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.78-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.79	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Eine postoperative Radiochemotherapie soll</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei R1 oder Resektionsrand <5mm im Bereich der Mukosa in den nicht vom Knorpel umgebenen Tumoranteilen oder • bei extrakapsulärem Tumorwachstum an den Lymphknoten erfolgen. 	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.79-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.80	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad A	Sofern die Indikation zu einer adjuvanten Radiochemotherapie gestellt wurde, soll die Chemotherapie mit einem simultanen cisplatinhaltigen Schema erfolgen.	
Level of Evidence	1b - S3 Leitlinienadoptierung - Larynxkarzinom, Version 1.1 2019 (7.39)	
Literatur	[Bernier, J 2004] , [Cooper, JS 2004] , S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Larynxkarzinoms.Langversion 1.1, AWMF-Registernummer: 017-076OL, 2019 , [Fietkau, R 2020]	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.80-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.81	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten, die z. B aufgrund einer eingeschränkten Nierenfunktion Cisplatin nicht erhalten können, können als simultane Systemtherapie Mitomycin C + 5-FU, Carboplatin + 5-FU oder Docetaxel eingesetzt werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.81-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.82	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Hypopharynxkarzinomen im Stadium III-IVb sollte eine adjuvante Bestrahlung befallener Lymphknoten mit Kapseldurchbruch (ECS) mit 60-66 Gy mit Einzeldosen von 2,0 - 2,2 Gy, befallener Lymphknotenlevel ohne Kapseldurchbruch mit 54 - 60 Gy mit Einzeldosen von 1,8 Gy - 2,0 Gy, und nicht befallener Lymphknotenlevel mit 45 - 54 Gy mit Einzeldosen von 1,5Gy - 1,8 Gy erfolgen. Die zu bestrahlenden elektiven Lymphknotenlevel sollten sich nach dem aktuellen internationale Konsensus richten.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.82-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.83	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die adjuvante Radio- oder Radiochemotherapie von Hypopharynxkarzinomen im Stadium III-IVb soll in IMRT-Technik unter möglichst guter Schonung der Speicheldrüsen, des nicht befallenen Schluckweges und der Mundhöhle erfolgen, ohne die empfohlenen Dosen in den Zielvolumen zu unterschreiten.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.83-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.84	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die postoperative Strahlen-, bzw. Strahlenchemotherapie sollte möglichst früh nach Abschluss der Wundheilung innerhalb eines Zeitraums von 6 Wochen nach der Operation begonnen werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.84-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.5: Hypopharynx-Karzinome in den UICC Stadien III und IV

8.85	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Die Stimm- und Schluckfunktion sollte prätherapeutisch bei larynxerhaltender Therapie untersucht und dokumentiert werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.85-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.6: Neck-dissection

8.86	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Sowohl eine elektive als auch therapeutische Neck dissection soll funktionelle Aspekte berücksichtigen und Strukturen wie z.B. den N. accessories, den M. sternocleidomastoideus und die V. jugularis interna neben anderen nicht lymphatischen Strukturen erhalten.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.86-2024
8.87	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Der Erhalt des N. accessorius bei der Neck-dissection führt zu einer Verbesserung der Lebensqualität.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.87-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.6: Neck-dissection

8.88	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten mit eindeutig lateral der Mittellinie gelegenem T1-Oropharynxkarzinom der Tonsille und der Rachenseitenwand und cN0-Status soll unabhängig vom p16-Status im Rahmen eines primär chirurgischen Vorgehens eine elektive ipsilaterale selektive Neck dissection (Level IIa, III und IV) durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.88-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.6: Neck-dissection

8.89	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Bei Patienten im cT2 cN0 Oropharynxkarzinom sollte bei streng lateraler Lokalisation unabhängig vom p16-Status im Rahmen eines primär chirurgischen Vorgehens mindestens eine einseitige elektive selektive Neck dissection (Level IIa, III, IV) erfolgen.</p> <p>Bei Patienten mit mittelliniennahen Tumoren und mittellinienunabhängig, allen Weichgaumen- und Zungengrundkarzinomen sollte bereits im Stadium T1 unabhängig vom p16-Status im Rahmen eines primär chirurgischen Vorgehens eine beidseitige elektive selektive Neck dissection (Level IIa, III, IV) durchgeführt werden.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.89-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.6: Neck-dissection

8.90	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten mit eindeutig lateral der Mittellinie gelegenen cT1 cN0-Hypopharynxkarzinom und cN0-Status sollte im Rahmen eines primär chirurgischen Vorgehens mindestens eine elektive ipsilaterale selektive Neck dissection (Level IIa, III und IV) durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.90-2024

8.91	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei cN0-Hypopharynxkarzinomen mit mittelliniennaher Tumorlokalisation oder Hinweisen auf eine tiefe Tumorerfiltration oder ab der Kategorie T2 soll im Falle eines primär chirurgischen Konzepts eine beidseitige elektive selektive Neck dissection (Level IIa, III, IV) durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.91-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.6: Neck-dissection

8.92	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten mit lateralisiertem Oro-, Hypopharynxkarzinom, die sich gleichzeitig oder vor einer transoralen endoskopischen Kopf-Hals-Operation einer Neck dissection unterziehen, kann eine Ligatur/Klippung von gefährdenden versorgenden Blutgefäßen in Erwägung gezogen werden, um die Schwere und Inzidenz postoperativer Blutungen zu reduzieren.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.92-2024

8.93	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei nodalpositivem Oro-, und Hypopharynxkarzinom sollte im Rahmen eines primär chirurgischen Vorgehens stadienunabhängig eine mindesten ipsilaterale kurative Neck dissection durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-8.93-2024

Kapitel 8: Behandlungsempfehlungen in der Primärtherapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms unter Berücksichtigung Effektivität, Funktionalität und Lebensqualität

Kapitel 8.6: Neck-dissection

8.94	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Der Umfang einer kurativen Neck dissection im Rahmen eines primär chirurgischen Vorgehens bei nodalpositiven Oro-, bzw. Hypopharynxkarzinomen soll von dem Ausmaß des Lymphknotenbefalls abhängig gemacht werden. Das Mindestausmaß beinhaltet die selektive Neck dissection der Level IIa, III, IV und kann bis zur radikalen Neck dissection gesteigert werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-8.94-2024

Spezielles Pflegehandeln bei OPC–Patient*innen

Bereich	Intervention	Ziel
Information	Mediale und interaktive Angebote Individuell angepasste Beratung Beratungsgespräche	Prävention, Wissensdefizite ausgleichen, schnellere Diagnosestellung, Reduktion psychischer Belastungen
Psychosoziale Begleitung	Regelmäßige Assessments (z.B. HADS, SF 12/36) Soziale Einbindung Sexualität thematisieren Lebensqualität erkennen und fördern	Überwachung der Bedürfnisse, Selbstbewusstsein und -wahrnehmung sicherstellen, Compliance fördern, Lebensqualität steigern, psychische Belastungen thematisieren und senken
Ernährung	Fundierte Ernährungs-Assessment Kau- und Schlucktraining (z.B. Sprach- und Zungenübungen, Singen) Orale Zufuhr von Nahrung Applikation via Nasensonde oder PEG	Erhalten oder Wiederherstellung der Kau- und Schluckfunktion, Mangelernährung verhindern, adäquaten Ernährungsstatus (wieder)erlangen, Mortalität senken,
Abhängigkeit von Suchtmitteln	Stabilisierung der Suchtmittelzufuhr Reduktion der Zufuhr Vollständige Entwöhnung	Verbesserte Therapieergebnisse, verbesserte Wundheilung, verbesserter Mundstatus, verbesserter Ernährungsstatus

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.1: Therapieempfehlung bei gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.1	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Die biologischen Eigenschaften von Tumorrezidiven oder Zweitkarzinomen in vorbehandeltem Gebiet sind aus strahlentherapeutischer und chirurgischer Sicht nicht mit Therapie-naiven, also nicht-vorbehandelten Gewebesituationen in der Primärtherapie gleichzusetzen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.1-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.1: Therapieempfehlung bei gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.2	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Grundsätzlich sollte zur histologischen Sicherung eines Rezidivtumors/Zweitkarzinoms in vorbehandeltem Gebiet eine Biopsie bzw. narbenbedingt eine begrenzte Exzisionsbiopsie durchgeführt werden.</p> <p>Ist im Rahmen der Abklärung eines dringenden Rezidiv-/Zweitumorverdacht in vorbehandeltem Gewebe eine gezielte Biopsie aufgrund diffuser äußerlich/endoskopisch nicht sichtbarer Tumorausbreitung nicht zielführend, kann zur histologischen Sicherung und Darstellung der Tumorausbreitung eine explorative Salvage-Chirurgie mit begrenzter Resektion suspekter Raumforderungen sowohl in Oro-/bzw. Hypopharynx als auch im Halsbereich durchgeführt werden.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.2-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.1: Therapieempfehlung bei gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.3	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Im Falle eines lokoregionären Rezidivs im vorbehandelten Gebiet sollte geprüft werden, ob eine funktionell sinnvolle R0-Salvageresektion möglich ist.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.3-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.1: Therapieempfehlung bei gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.4	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei lokoregionären Rezidiven oder Zweikarzinomen im Bereich des Oro- oder Hypopharynx im voroperierten, aber nicht vorbestrahlten Gebiet, sollte bei sinnvoll möglicher R0 Resektion eine Resektion +/- adjuvanter Radio- oder Radiochemotherapie erfolgen oder eine primäre Radio- oder Radiochemotherapie durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.4-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.1: Therapieempfehlung bei gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.5	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Bei lokoregionären Rezidiven oder Zweikarzinomen im Bereich des Oro- oder Hypopharynx im vorbestrahlten Gebiet sollte bei gegebener funktionell sinnvoller R0-Resektabilität eine Salvageresektion einer nicht-operativen Therapie vorgezogen werden.</p> <p>Eine postoperative Re-Bestrahlung kann insbesondere nach der Salvageresektion angeboten werden, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> · ein langes Intervall zur 1. Bestrahlungsserie (mindestens 6 Monate) · keine Grad IV Spätfolgen der 1. Bestrahlungsserie im erneut zu bestrahlenden Bereich · keine größeren Wundheilungsstörungen nach Salvageresektion · wenn Risikofaktoren vorliegen (z.B. Resektion <5mm i.G., >1 befallener LK oder ECE) 	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.5-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.1: Therapieempfehlung bei gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.6	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Wenn eine postoperative Re-Bestrahlung (ggf. mit kombinierter Chemotherapie) nach Salvageresektion durchgeführt wird, sollte eine Gesamtdosis von mindestens 50 Gy (R0) – 60 Gy (R1/2) in 2 Gy Äquivalenzdosis für einen alpha/beta-Wert von 10 Gy angestrebt werden. Das CTV sollte in dieser Situation so klein wie sinnvoll möglich gehalten werden (z.B. ehemalige Tumorregion 5-10 mm), um das Volumen im Normalgewebe, das kumulativ >100 Gy erhält zu minimieren.</p> <p>Eine simultane Chemotherapie kann analog zur primären Radiochemotherapie ausgewählt werden. Bei kurzem Intervall (6-12 Monate) zur vorherigen Chemotherapie sollte ein alternatives Chemotherapieschema bevorzugt werden.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.6-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.1: Therapieempfehlung bei gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.7	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Im Falle eines lokoregionären Rezidivs der Halslymphknoten eines ursprünglichen Oropharynx- (unabhängig vom HPV-Status) oder Hypopharynxkarzinoms in vorbestrahltem/voroperiertem Gebiet sollte bei gegebener funktionell sinnvoller Operabilität eine Salvage-Neck dissection durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.7-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.1: Therapieempfehlung bei gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.8	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die Patienten sollen im Falle eine Re-Bestrahlung über das deutlich erhöhte Risiko von Grad IV Spätfolgen der Strahlentherapie aufgeklärt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.8-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.1: Therapieempfehlung bei gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.9	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Bei lokoregionären Rezidiven oder Zweitkarzinomen im Bereich des Oro- oder Hypopharynx im vorbestrahlten Gebiet, bei denen eine R0-Resektion nicht sinnvoll möglich ist, kann eine Re-Bestrahlung möglichst in Kombination mit einer simultanen Chemotherapie erfolgen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> · ein langes Intervall zur 1. Bestrahlungsserie (mindestens 6 Monate) · keine Grad IV Spätfolgen der 1. Bestrahlungsserie im erneut zu bestrahlenden Bereich <p>Die simultane Chemotherapie kann analog zur primären Radiochemotherapie ausgewählt werden. Bei kurzem Intervall (6-12 Monate) zur vorherigen Chemotherapie sollte ein alternatives Chemotherapieschema bevorzugt werden.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.9-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.1: Therapieempfehlung bei gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.10	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Wenn eine Re-Bestrahlung in kurativer Intention bei einem lokoregionären Rezidiv/Zweitkarzinom durchgeführt wird, sollte eine Gesamtdosis von ca. 60 Gy (2 Gy Äquivalenzdosis für einen alpha/beta-Wert von 10 Gy) angestrebt werden.</p> <p>Das CTV sollte in dieser Situation so klein wie sinnvoll möglich gehalten werden (z.B. GTV + 5 mm), um das Volumen im Normalgewebe, das kumulativ >100 Gy erhält zu minimieren.</p> <p>Die Patienten sollen im Falle eine Re-Bestrahlung über das deutlich erhöhte Risiko von Grad IV Spätfolgen der Strahlentherapie aufgeklärt werden.</p>	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-9.10-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.2: Therapieempfehlung bei nicht gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.11	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Der gegen den PD-1-Rezeptor gerichtete Antikörper Pembrolizumab soll bei Patienten mit metastasiertem oder nicht lokal therapierbarem rezidivierten Oro-, Hypopharynxkarzinom mit PD-L1-exprimierenden Tumor- und Immunzellen (CPS \geq 1) als first-line Monotherapie (vor allem bei CPS \geq 20 und bei geringer Krankheitslast) oder in Kombination mit Platin und 5-Fluorouracil eingesetzt werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-9.11-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.2: Therapieempfehlung bei nicht gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.12	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Nach 4-6 Zyklen einer solchen Kombinationstherapie (Empfehlung 9.11) soll bei nicht progredienter Erkrankung eine Erhaltungstherapie bis zum Progress oder Unverträglichkeit mit Pembrolizumab bei PD-L1 positiven Patienten bzw. bei negativem PD-L1 Status (CPS < 1) mit Cetuximab nach EXTREME/TPEX-Protokoll erfolgen.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-9.12-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.2: Therapieempfehlung bei nicht gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.13	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten mit metastasiertem oder nicht lokal therapierbarem rezidivierten Oro-, Hypopharynxkarzinom in gutem Allgemeinzustand (ECOG PS \leq 1), die immunhistologisch keine PD-L1 exprimierenden Tumor- oder Immunzellen (CPS < 1) aufweisen, sollte Cetuximab als first-line Therapie in Kombination mit Platin (vorzugsweise Cisplatin) und 5-Fluorouracil (EXTREME-Protokoll) oder mit Docetaxel an Stelle von 5-FU (TPEX-Protokoll) eingesetzt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.13-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.2: Therapieempfehlung bei nicht gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.14	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Nach einer platinbasierten Vortherapie kann insbesondere bei Patienten, die für eine kombinierte Chemo(immun)therapie nicht geeignet sind oder bei denen ein geringer Remissionsdruck besteht, anstelle einer Monotherapie mit Pembrolizumab auch Nivolumab als first-line Monotherapie (unabhängig von der PD-L1 Expression) erwogen werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-9.14-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.2: Therapieempfehlung bei nicht gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.15	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten mit metastasiertem oder nicht lokal therapierbarem rezidivierten Oro-, Hypopharynxkarzinom mit CPS < 1, die für eine Kombinationstherapie mit Cisplatin oder mit 5-FU ungeeignet sind, kann eine Kombinationstherapie mit Docetaxel (oder Paclitaxel) und Cetuximab, oder Nivolumab Monotherapie (nach vorheriger Platin-basierter Radio-Chemo-, oder alleiniger Platin-basierter Chemotherapie) eingesetzt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.15-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.2: Therapieempfehlung bei nicht gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.16	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten mit metastasiertem oder nicht lokal therapierbarem rezidivierten Oro-, Hypopharynxkarzinom in reduziertem Allgemeinzustand (ECOG PS \geq 2) und gegebenen Kontraindikationen zur Immuntherapie sollte primär eine Monotherapie, beispielsweise mit Docetaxel oder Cetuximab (off label), erwogen und gegen eine alleinige symptomorientierte Supportivtherapie abgewogen werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.16-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.2: Therapieempfehlung bei nicht gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.17	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Nach Versagen einer primären platinhaltigen Kombinationstherapie mit Cetuximab sollte eine Zweitlinientherapie mit einem Checkpoint-Inhibitor (Pembrolizumab [TPS \geq 50%] oder Nivolumab als Monotherapie) durchgeführt werden	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-9.17-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.2: Therapieempfehlung bei nicht gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.18	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Nach Versagen einer primären platinhaltigen Kombinationstherapie mit Pembrolizumab kann eine Zweitlinientherapie mit Docetaxel oder Paclitaxel, ggf. in Kombination mit Cetuximab (off label), durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-9.18-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.2: Therapieempfehlung bei nicht gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.19	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Nach Versagen einer Erstlinientherapie mit Pembrolizumab oder Nivolumab als Monotherapie kann eine Zweitlinientherapie mit Platin/5-FU und Cetuximab oder mit Docetaxel bzw. Paclitaxel und Cetuximab durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-9.19-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.2: Therapieempfehlung bei nicht gegebener Operabilität bzw. Bestrahlungsoption

9.20	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei Patienten, die unter einer Zweitlinientherapie unter Einschluß von Cetuximab oder Pembrolizumab oder Nivolumab keine Tumorprogredienz zeigen, soll eine Fortführung der Therapie mit der jeweils eingesetzten Substanz bis zum Therapieversagen (Progredienz oder Unverträglichkeit) angeboten werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-9.20-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.3: Supportive Therapie

9.21	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Patienten, die wegen eines Oro-, Hypopharynxkarzinoms operiert und/oder bestrahlt worden sind, sollten eine Wiederherstellung ihrer Kaufähigkeit durch eine kaufunktionelle Rehabilitation durch Implantat- bzw. konventionell prothetische Versorgung erhalten. Weiterhin sollte bei diesen Patienten eine regelmäßige zahnärztliche Überwachung erfolgen. Zahnärztlich-chirurgische Maßnahmen sollten bei diesen Patienten durch mit diesem Krankheitsbild erfahrene Fachkollegen vorgenommen werden.	
Level of Evidence	3 - S3 Leitlinienadaptierung - Mundhöhlenkarzinom, Version 3.0 202 (9.2)	
Literatur	[Epstein, JB 1998] , [Denis, F 2003] , [Allison, PJ 1999] , [Granström, G 2003] , [Mericske-Stern, R 1999] , [McCord, JF 2004] , S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. AWMF-Registernummer: 007/100OL, 2021. Version 3.0 :	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-9.21-2024

Kapitel 9: Behandlungsempfehlungen Residualtumor, Rezidiv, Zweitkarzinom und rezidivierende Metastasierung

Kapitel 9.3: Supportive Therapie

9.22	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Bei geplanter Radio- bzw. Radiochemotherapie des Oro-, Hypopharynxkarzinoms (primär oder adjuvant) sollte eine zahnärztliche Kontrolle vor Therapiebeginn erfolgen. Der Patient sollte über Prophylaxemaßnahmen informiert werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-9.22-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

10.1	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Für das bestmögliche funktionelle Ergebnis sollen prä-, peri- und/oder posttherapeutisch rehabilitative Maßnahmen Teil des Therapiekonzeptes sein.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-10.1-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

10.2	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Vor- und/oder im Rahmen der Primärtherapie soll über die Möglichkeit einer Kontaktaufnahme zu den Selbsthilfegruppen informiert werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-10.2-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.1: Schluckrehabilitation

10.3	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Bei einer präoperativ bestehenden Schluckstörung sollte die Dysphagiediagnostik und ggf. das Schlucktraining schon präoperativ bzw. prätherapeutisch erfolgen. So früh wie möglich soll postoperativ bzw. posttherapeutisch die Schluckfunktion untersucht werden. Ziel ist die rasche orale Nahrungsaufnahme und bei Bedarf ein Schlucktraining, in Abhängigkeit vom Heilungsverlauf und den eingesetzten Therapieverfahren.</p>	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-10.3-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.2: Sprech- und Stimmrehabilitation

10.4	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Schon vor Beginn der Tumor-Therapie soll die spätere Sprech- und Stimmfunktion berücksichtigt werden.</p> <p>Die Patienten sollen über die verschiedenen Reha-Möglichkeiten unter Einbeziehung von Stimmtherapeuten und Patientenbetreuern der Selbsthilfegruppen informiert werden.</p>	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-10.4-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.2: Sprech- und Stimmrehabilitation

10.5	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Für die Entscheidung, welches Verfahren zur Sprech- und Stimm-Reha nach Therapie eines Oro-, bzw. Hypopharynxkarzinoms eingesetzt wird, sollen die zu erwartenden anatomischen Verhältnisse nach Behandlung, die Befunde der Stimm- und Artikulationsdiagnostik und die Präferenz des Patienten berücksichtigt werden.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-10.5-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.3: Psychosoziale Rehabilitation

10.6	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die berufliche Rehabilitation ist nach der Therapie eines Oro- bzw. Hypopharynxkarzinoms durch die funktionellen Einschränkungen eine besondere Herausforderung und sollte bereits vor Therapiebeginn in der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-10.6-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.3: Psychosoziale Rehabilitation

10.7	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die sofortige und langfristige bedarfsorientierte psychoonkologische Versorgung soll sichergestellt sein.	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-10.7-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.3: Psychosoziale Rehabilitation

10.8	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Patienten und Angehörigen sollen bereits im Rahmen der Primärtherapie über mögliche psychosoziale Folgen und ggf. Hilfen informiert werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-10.8-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.3: Psychosoziale Rehabilitation

10.9	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Patienten mit Oro-/Hypopharynxkarzinom sollen darüber informiert werden, dass sie sozialrechtlichen Anspruch auf Anschlussheilbehandlung (AHB) und im weiteren Verlauf auf Medizinische Rehabilitation haben. Die AHB und Rehabilitation soll ärztlicherseits empfohlen werden.</p>	
	Konsens	017-082OL-1.0-10.9-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.3: Psychosoziale Rehabilitation

10.10	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Oro-, Hypopharynxkarzinompatienten sollen in entsprechend spezialisierten Einrichtungen rehabilitiert werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-10.10-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.3: Psychosoziale Rehabilitation

10.11	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Für das bestmögliche funktionelle Ergebnis sollen prä-, peri- und posttherapeutisch rehabilitative Maßnahmen Teil des Therapiekonzeptes sein.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-10.11-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.4: Ernährung

10.12	Evidenzbasierte Empfehlung	2024
Empfehlungsgrad B	Patienten, die tumor- oder behandlungsbedingt dem Risiko einer Malnutrition ausgesetzt sind, sollten frühzeitig eine professionelle Ernährungsberatung und Ernährungstherapie erhalten.	
Level of Evidence	2+ - S3 Leitlinienadaptierung - Mundhöhlenkarzinom, Version 3.0 2021 (9.7)	
Literatur	[Loscalzo, M 1996] , [Schweinfurth, JM 2001] , [Deurloo, EE 2001] , [Beaver, ME 1998] , [Lee, JH 1998] , [Mekhail, TM 2001] , S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. AWMF-Registernummer: 007/100OL, 2021. Version 3.0 ;	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-10.12-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.4: Ernährung

10.13	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Bei Patienten mit Oro- und Hypopharynxkarzinomen mit erheblicher Schluckstörung sollte bei unzureichender oraler Nahrungsaufnahme eine zusätzliche enterale Sondenernährung durchgeführt werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-10.13-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.4: Ernährung

10.14	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die prophylaktische Anlage einer PEG vor primärer oder adjuvanter Radiochemotherapie soll bei fehlenden Schluckbeschwerden nicht bzw. im Falle von Schluckbeschwerden nicht ohne primäre Schluckdiagnostik erfolgen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-10.14-2024

Kapitel 10: Rehabilitation, Psychosoziale Versorgung und Supportive Therapie

Kapitel 10.4: Ernährung

10.15	Konsensbasiertes Statement	2024
EK	Im Falle der Notwendigkeit einer Sondenernährung (transnasal oder transkutan) sollte bei bestehender oder zu erwartender länger anhaltenden Dysphagie die PEG einer nasogastralen Sonde vorgezogen werden	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-10.15-2024

Kapitel 11: Nachsorge

11.1	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	<p>Als maximale Nachsorgeintervalle sollten auch bei Beschwerdefreiheit für das 1. und 2. Jahr 3 Monate und das 3. bis 5. Jahr 6 Monate eingehalten werden. Für jeden Patienten sollte ein risikoadaptierter fachärztlicher Nachsorgeplan erstellt werden. Lebensqualität und Schmerzen sollten regelmäßig erfragt werden. Nach dem 5. Jahr sollten regelmäßige fachärztliche Kontrollen angeboten werden. Adoption Empfehlung 9.1. S3_Leitlinie Mundhöhlenkarzinom [AWMF-Registernummer: 007/100OL et al. 2021]</p>	
	Konsens	017-082OL-1.0-11.1-2024

Kapitel 11: Nachsorge

Kapitel 11.2: Bildgebung in der Nachsorge

11.2	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	In der Routinenachsorge sollte die Schnittbildgebung (CT, MRT) und deren zeitliche Untersuchungsintervalle abhängig von Risikoprofil, des Tumorstadiums sowie der Therapieform indiziert werden.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-11.2-2024

Kapitel 11: Nachsorge

Kapitel 11.4: Molekulare Diagnostik, Screening in der Nachsorge

11.3	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Es existieren keine etablierten Tumormarker für die molekulare Diagnostik in der Nachsorge von Patienten mit einem Oro-, Hypopharynxkarzinomen.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-11.3-2024

Kapitel 11: Nachsorge

Kapitel 11.5: Sozialrechtliche und psychosoziale Beratung

11.4	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die sozialrechtliche und psychosoziale Beratung sollte Bestandteil der Langzeitbetreuung von Patienten mit Oro-, bzw. Hypopharynxkarzinomen sein.	
	Starker Konsens	017-0820L-1.0-11.4-2024

Kapitel 12: Versorgungsstrukturen

12.1	Konsensbasierte Empfehlung	2024
EK	Die multidisziplinäre Versorgung von Patienten mit Oro-, bzw. Hypopharynxkarzinomen sollte von Einrichtungen durchgeführt werden, die die Zertifizierungsvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft erfüllen (Zertifizierte Kopf-Hals-Tumorzentren).	
	Starker Konsens	017-082OL-1.0-12.1-2024

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 1: p16 Immunhistologie

Zähler	Pat. des Nenners mit p16 Immunhistologie
Nenner	Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oropharynxkarzinoms
Referenz Empfehlungen	Empfehlung 4.5
Anmerkung	Qualitätsziel: Möglichst häufig immunhistologische Untersuchung bei Pat. mit Oropharynxkarzinom ICD-Codes Oropharynx: ICD-10 C01, C02.4, C02.8, C02.9, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09, C10, C14.0, C14.2, C14.8.

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 2: Angaben im histopathologischen Befundbericht nach Resektion

Zähler	<p>Pat. des Nenners mit sämtlichen der folgenden Angaben im histopathologischen Befundbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tumorlokalisierung u. -größe · pTN-Status · histologischer Tumortyp nach aktueller WHO-Klassifikation · lokale Tumorausdehnung, infiltrierte Strukturen · LK-Metastasen nach Level und Seite getrennt: <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der untersuchten LK - Anzahl der befallenen LK - größter Durchmesser der LK-Metastasen · kapselüberschreitendes Tumorwachstum (ECS, ENE) · Lymphgefäß-/ Veneninvasion u. perineurale Invasion · Vorhandensein einer in situ Komponente (mit Größe) · Differenzierung des Tumors entsprechend dem etablierten Graduierungsschema · Abstand zu den lateralen und basalen Resektaträndern für alle relevanten Absetzungsränder sowie für die invasive und die in situ-Komponente in mm. <ul style="list-style-type: none"> · R-Klassifikation · nur Oropharynx: Angabe des p16-Expressionsstatus (positiv, negativ).
Nenner	Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms und Resektion
Referenz Empfehlungen	Empfehlung 6.4
Anmerkung	Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständiger Befundbericht nach Resektion

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 3: CT/MRT Hals zum Lymphknoten-Staging

Zähler	Pat. des Nenners mit Staging-CT oder MRT des Halses (Schädelbasis bis obere Thoraxapertur)
Nenner	Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms
Referenz Empfehlungen	Empfehlung 7.7
Anmerkung	Qualitätsziel: Möglichst häufig Lymphknoten-Staging des Halses mittels CT/MRT

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 4: Thorax-CT zum Ausschluss eines pulmonalen Tumorbefalls

Zähler	Pat. des Nenners mit Thorax-CT zum Ausschluss eines pulmonalen Tumorbefalls (Filia, Zweitkarzinom)
Nenner	Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms
Referenz Empfehlungen	Empfehlung 7.10
Anmerkung	Qualitätsziel: Möglichst häufig Thorax-CT zum Ausschluss eines pulmonalen Tumorbefalls

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 5: Bildgebung zum Ausschluss von Lebermetastasen

Zähler	Pat. des Nenners mit Bildgebung zum Ausschluss von Lebermetastasen
Nenner	Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms
Referenz Empfehlungen	Empfehlung 7.11
Anmerkung	Definition Bildgebung: Sonographie, CT (auch als Thorax-CT mit Oberbauch), MRT u. PET in Kombination mit KM-unterstützter Schnittbildgebung

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 6: Durchführung Panendoskopie

Zähler	Pat. des Nenners mit Panendoskopie
Nenner	Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms
Referenz Empfehlungen	Empfehlung 7.17
Anmerkung	Qualitätsziel:Möglichst häufig Durchführung der Panendoskopie bei Primärdiagnostik

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 7: Prätherapeutische Tumorkonferenz

Zähler	Pat. des Nenners mit prätherapeutischer Vorstellung in der Tumorkonferenz
Nenner	Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms
Referenz Empfehlungen	Empfehlung 8.1
Anmerkung	Teilnehmende Tumorkonferenz: HNO, MKG, Radioonkologie, Onkologie, Pathologie und Radiologie

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 8: Cisplatin-basierte Chemotherapie bei primärer Radiochemotherapie

Zähler	Pat. des Nenners mit Cisplatin-basierter Chemotherapie
Nenner	<p>Alle Pat. mit Erstdiagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> · Oropharynxkarzinom im Stadium I/II oder III oder · HPV/p16 negativem Oropharynxkarzinom im Stadium IV-A/IV-B oder · Hypopharynxkarzinom im Stadium III/IV-A/IV-B <p>und primärer simultaner Radiochemotherapie</p>
Referenz Empfehlungen	Empfehlung 8.14, Empfehlung 8.35, Empfehlung 8.36, Empfehlung 8.72
Anmerkung	Qualitätsziel: Adäquate Rate an Cisplatin-basierter Chemotherapie bei primärer Radiochemotherapie

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 9: Primäre Radiochemotherapie

Zähler	Pat. des Nenners mit primärer Radiochemotherapie
Nenner	<p>Alle Pat. mit Erstdiagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> · Oropharynxkarzinom im Stadium III oder · HPV/p16 negativem Oropharynxkarzinom im Stadium IV-A/IV-B oder · Hypopharynxkarzinom im Stadium III/IV-A/IV-B <p>≤ 70 Jahre ohne Resektion</p>
Referenz Empfehlungen	Empfehlung 8.31, Empfehlung 8.33, Empfehlung 8.70
Anmerkung	Qualitätsziel: Adäquate Rate an kombinierter Radiochemotherapie bei Pat. ohne primäre Resektion

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 10: Postoperative Radio-/Radiochemotherapie (Hypopharynxkarzinom)

Zähler	Pat. des Nenners mit postoperativer Radio- oder Radiochemotherapie
Nenner	<p>Alle Pat. mit Erstdiagnose Hypopharynxkarzinom und operativer Therapie und</p> <ul style="list-style-type: none"> · pT3/pT4 und/oder · pN2/pN3 und/oder · R1-Resektion/R0<5mm und/oder · L1 und/oder · Pn1 und/oder · extrakapsulärem Tumorwachstum
Referenz Empfehlungen	Empfehlung 8.79
Anmerkung	Qualitätsziel: Adäquate Rate an postoperativer Radio- oder Radiochemotherapie ICD-Codes Hypopharynx: ICD-10 C12, C13

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 11: Postoperative/-therapeutische Untersuchung der Schluckfunktion

Zähler	Pat. des Nenners mit postoperativer bzw. posttherapeutischer Untersuchung der Schluckfunktion
Nenner	Alle Pat. mit Oro-/Hypopharynxkarzinom
Referenz Empfehlungen	Empfehlung 10.3
Anmerkung	Qualitätsziel: Möglichst häufig postoperative bzw. posttherapeutische Untersuchung der Schluckfunktion

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 12: Beratung durch Sozialdienst

Zähler	Pat. des Nenners mit Beratung durch Sozialdienst
Nenner	Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms und Pat. mit neu aufgetretenem (Lokal-)Rezidiv u./o. Fernmetastasen
Referenz Empfehlungen	Empfehlung 10.9
Anmerkung	Qualitätsziel:Möglichst häufig Beratung durch Sozialdienst

Kapitel 13: Qualitätsindikatoren

QI 13: 30d-Mortalität

Zähler	a) Pat. des Nenners, die innerhalb von 30 Tagen postoperativ verstorben sind b) Pat. des Nenners, die innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss der Radiochemotherapie verstorben sind
Nenner	Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms und a) Operation b) primärer Radiochemotherapie in kurativer Intention
Referenz Empfehlungen	
Anmerkung	b\) Möglichst niedrige Rate an posttherapeutisch verstorbenen Pat. mit primärer Radiochemotherapie

Versionsnummer: 1.0

Erstveröffentlichung: 03/2024

Nächste Überprüfung geplant: 03/2029

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online