

Neues zum Anaplastischen Schilddrüsenkarzinom – ein Update

T. Brandenburg^{1,2}, Y. M. Machlah^{1,2}, D. Führer^{1,2}

¹Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen

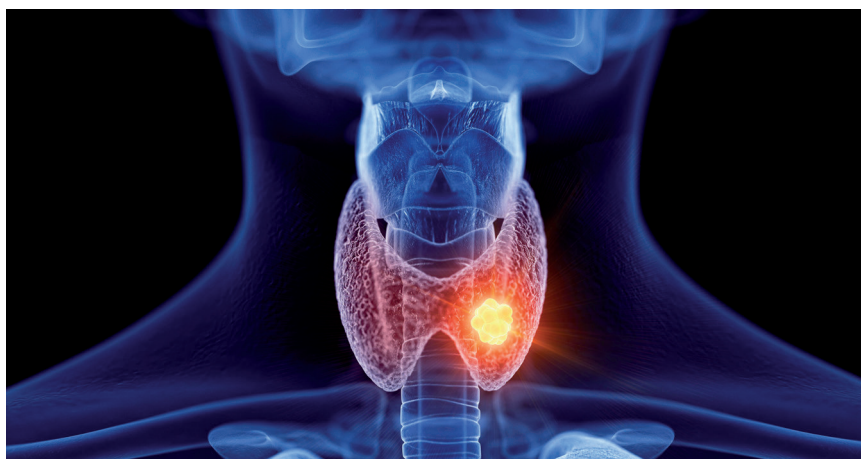
²Endokrines Tumorzentrum am WTZ, Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Member of ENDO-ERN und EURACAN

Durch Fortschritte in Grundlagenforschung, Medikamentenentwicklung und Studien haben sich Behandlungsperspektiven des anaplastischen Schilddrüsenkarzinoms (ATC) verändert. Insbesondere die Verfügbarkeit spezifischer Onkogen-gerichteter Therapien (BRAF, RET, NTRK) und die Immuntherapie geben dem ATC erstmalig „eine Prognose“. Diese Änderungen wurden kürzlich mit der Neuauflage der Leitlinie der *American Thyroid Association* (ATA) aktualisiert, deren wesentliche Neuerungen hier zusammengefasst werden.

Anaplastisches Schilddrüsenkarzinom (ATC)

Das ATC kann *de novo* oder durch Dedifferenzierung aus einem differenzierten Schilddrüsenkarzinom (DTC) entstehen und hat trotz einiger Fortschritte in der Therapie weiterhin eine sehr schlechte Prognose. Aufgrund der Aggressivität werden ATC gemäß UICC (8. Edition) [1] als Stadium IV „gegraded“. Das Stadium IVA bezeichnet dabei eine Tumorklassifikation, die ausschließlich auf die Schilddrüse begrenzt ist. Zeigt sich die Tumorkapsel durchbrochen oder liegt ein Lymphknotenbefall vor, so bedeutet dies Stadium IVB. Finden sich bei Diagnosestellung Fernmetastasen, liegt ein Stadium IVC vor. Aufgrund des ähnlichen Verhaltens, wird mit Neuauflage der aktuellen Tumorklassifikation der WHO (*World Health Organisation*) auch das primäre Plattenepithelkarzinom der Schilddrüse als ATC eingestuft [2].

Sofern klinisch sinnvoll und vom Patienten gewünscht, wird beim ATC seit längerem ein multimodaler Therapieansatz aus Thyreoidektomie und anschließender kombinierter Radiochemotherapie (Doxorubicin,



Das anaplastische Schilddrüsenkarzinom, kurz ATC, ist eine seltene, hochaggressive Form des Schilddrüsenkarzinoms. ©SciePro – stock.adobe.com

Paclitaxel oder Docetaxel in Kombination mit Cisplatin oder Carboplatin) im Stadium IVA verfolgt [3].

Insbesondere für den Einsatz zielgerichteter Therapien und die kombinierte Immuncheckpoint-Blockade wurden in den letzten Jahren in Kasuistiken, Fallserien und zuletzt auch klinischen Studien Therapieerfolge berichtet, so dass das therapeutische Vorgehen beim ATC derzeit im Umbruch ist. Ein individualisierter, molekularbasierter Behandlungsansatz wird auch bereits in den 2021 bzw. 2022 aktualisier-

ten internationalen Leitlinien von ATA und ESMO abgebildet [4, 5].

Multi-Tyrosinkinase-Inhibitortherapie beim ATC

Eine Multi-Tyrosinkinase-Inhibitortherapie analog zum differenzierten (DTC) oder medullären (MTC) Schilddrüsenkarzinom ist im europäischen Raum beim ATC aktuell nicht zugelassen, die Studienergebnisse zu MKI wie Sorafenib [6], Sunitinib [7] und Pazopanib [8] sind ernüchternd [3, 9, 10]. Auch Lenvatinib hat sich als Monotherapie in mehreren Studien als wenig