

Abklärung beim Verdacht auf ein pulmonal metastasiertes Mammakarzinom

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei metastasiertem Mammakarzinom liegt zwischen 2 und 3,5 Jahren nach dem ersten Auftreten von Metastasen, wobei 25-30 % aller Patientinnen 5 Jahre und 10 % mehr als 10 Jahre leben. Das unterscheidet diesen Tumor deutlich von anderen. Diese Unterschiede sind auf eine variable Biologie zurückzuführen, aber auch auf eine individualisierte Therapie.

Thorakale Prädelektionsorte für Metastasen sind die Lunge und die Pleura, wenn man von Lymphknotenmetastasen entlang der Arteria mammaria einmal absieht. Symptome verursachen einzelne Metastasen in der Regel nur, wenn sie pleuranah liegen oder Kontakt zum Bronchialsystem haben.

Jedoch ist nicht jede im Thorax-CT gefundene pulmonale Veränderung sofort eine Metastase. In Studien fanden sich bis zu 70 % Rundherde, die anderen Entitäten entsprachen (benigne Herde, Residuen von Entzündungen, primäre Lungenkarzinome). Insofern ist eine Artdiagnostik immer indiziert, wenn Zweifel aufgrund des initialen Tumorstadiums bestehen.

Eine wenig belastende Operation ist die video-assistierte Thorakoskopie, bei der pulmonale oder pleurale Veränderungen reseziert oder Material für eine Bestimmung des aktuellen Hormonrezeptor-Status gewonnen werden kann.

Dr. med. Gunda Leschber
Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie

Der Pleuraerguss beim Mammakarzinom

Eine spezielle Form der Metastasierung ist der maligne Pleuraerguss, der bei 46 % aller metastasierten Mammakarzinome im Verlauf der Erkrankung auftritt. Andererseits sind ca. 30 % aller Pleuraergüsse im thoraxchirurgischen Krankengut durch ein Mammakarzinom bedingt.

Der Erguss kann bereits bei Diagnosestellung vorhanden sein oder auch erst Jahre später im Rahmen der Nachsorge oder aufgrund einer klinischen Verschlechterung entdeckt werden. Die Ursache ist eine Karzinose der Pleura, was in der Regel als Zeichen der Generalisierung der Erkrankung anzusehen ist. Wenn es sich jedoch um die erste und alleinige Fernmetastase handelt, ist die Prognose besser als bei weiteren viszerale Metastasen. Die Patienten stellen sich meist wegen Husten, progredienter Dyspnoe oder Schmerzen vor.

Die Therapie der Wahl besteht in einer video-assistierte Thorakoskopie (VATS) mit Talkum-Pleurodesse, d. h. einer Verklebung der viszerale mit der parietalen Pleura zur Vermeidung erneuter Ergussbildung. Der Vorteil der Thorakoskopie besteht in der Lösung möglicher Verwachsungen oder Verklebungen, wodurch eine gute Verteilung des Talkums erzielt wird. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit,

unter Sicht ausreichend große Proben aus der Pleura zur Bestimmung der Hormon- und HER2-Rezeptoren zu entnehmen.

Eine Thorakoskopie ist für Patientinnen in klinisch stabilem Zustand (hausintern hat sich ein Karnofsky-Index über 50 % bewährt) und hinreichender Immunkompetenz indiziert (d. h. der Nadir nach Chemotherapie muss überschritten sein).

Alternativ zur Pleurodesse (bei schlechtem Allgemeinzustand oder sonstigen Kontraindikationen) kann in Lokalanästhesie eine Dauerdrainage eingelegt werden. Dabei werden weiche Silikon-schläuche über eine kurze subkutane Tunnelung in die Pleurahöhle eingebracht. Sie sind nach außen mit einem Rückschlagventil verschlossen. Diese geschlossenen Systeme ermöglichen eine häusliche Versorgung durch eine entsprechend eingewiesene Hauskrankenpflege.

Mareike Graff
Oberärztin der Klinik für Thoraxchirurgie

Fortbildungen

In der ELK: Konferenzraum im Haus 207, Seiteneingang

Anmeldung sekr.pneumologie@elk-berlin.de | FB-Punkte der Ärztekammer Berlin

17.10.2012 | 16:00 Uhr: Bronchiektasen – Aktuelle Therapiekonzepte |

Prof. Dr. med. Karl Paul, Berlin

07.11.2012 | 13:00 – 17:00 Uhr: Bronchoskopie & Beatmung für Pneumologen und

Intensivmediziner | Prof. Dr. med. Christian Grohé, Dr. med. Hartmut Brestrich,

Dr. med. Sylke Kurz, Dr. med. Barbara Wiesner, Berlin

21.11.2012 | 16:00 Uhr: Aktuelle Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms |

Privatdozent Dr. med. Martin Reck, Großhansdorf

12.12.2012 | 16:00 Uhr: Tyrosinkinase-Inhibitoren beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom |

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Rainer Wiewrodt, Münster

Indikationsstellung und Technik der Metastasen Chirurgie an der Lunge

In der Evangelischen Lungenklinik Berlin (ELK) werden jährlich ca. 150 Patientinnen und Patienten mit Lungenmetastasen thoraxchirurgisch operiert. Führend sind dabei Patienten mit kolorektalen und Nierenzellkarzinomen, zunehmend aber auch Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren.

Die Indikation zur kurativ intendierten Metastasen Chirurgie wird immer im interdisziplinären Dialog gestellt, wobei von thoraxchirurgischer Seite die funktionelle Operabilität zu prüfen und die Chance auf eine komplette Resektion (Ro) zu beurteilen sind. Eine Kenntnis der Möglichkeiten der modernen Thoraxchirurgie für die onkologisch tätigen Kolleginnen und Kollegen ist bei diesem Dialog ebenso erforderlich wie die umfassende Kenntnis onkologischer Konzepte bei den einzelnen Krankheitsentitäten durch die Thoraxchirurgen. Die alleinige Anzahl von Metastasen stellt keine Kontraindikation dar, da durch die Laserchirurgie ein maximal parenchymsparendes Vorgehen gewährleistet wird. Entscheidend ist vielmehr die Lokalisation der Metastasen in der Lunge, d. h. ob diese Anschluss an zentrale Strukturen haben und damit möglicherweise anatomische Resektionen (Segmentresektion oder Lobektomie) erforderlich werden.

In der ELK werden vor einer Metastasenoperation die Dünnschicht-CT-Bilder (2 mm) mit einem CAD-System gescannt, um in der Analyse der Parenchymschichten alle Rundherde zu detektieren, die Metastasen entsprechen könnten. So müssen sich die Thoraxchirurgen nicht alleine auf ihr Tastgefühl verlassen, um die komplette Resektion zu gewährleisten. Intraoperativ wird die gesamte Lunge zusätzlich sorgfältig palpirt, da gerade die subpleuralen Grenzschichten die Grauzone des CT Thorax sind.

Die Technik der Metastasen Chirurgie in der ELK besteht in einer anterolateralen Thorakotomie und Verwendung eines



Abb. 1: CT Thorax mit einer Laserresektionshöhle links bei noch nicht resezierter Metastase rechts

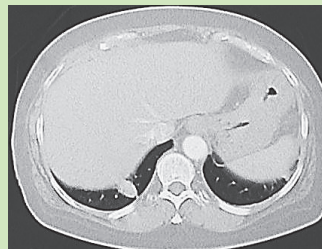


Abb.2: CT Thorax mit dem Residuum einer flüssigkeitsgefüllten Höhle (links), die sich im Verlauf zurückbildet (rechts)

Neodym-YAG-Lasers, mit dem die Metastasen unter Mitnahme eines schmalen Parenchymsaums gesunden Gewebes aus der Lunge herausgeschält werden. Eine Koagulationsnekrose im angrenzenden Parenchym erhöht den Sicherheitsabstand. Die Pleura visceralis wird anschließend readaptiert. Es verbleibt ein Hohlraum (Abb. 1). Solche zum Teil mit Flüssigkeit gefüllten Hohlräume können im postoperativen Verlauf leicht als erneute Metastasen fehlgedeutet werden, da sie radiologisch zunächst nicht von Rundherden zu unterscheiden sind. Ihre maximale Ausprägung erreichen sie nach 3 Monaten, nach 6 Monaten bilden sie sich durch die zunehmende Vernarbung jedoch wieder zurück (Abb. 2). Im Zweifelsfall sollten die Patientinnen thoraxchirurgisch erneut vorgestellt werden, da anhand des Operationsbefundes ein Abgleich mit den radiologischen Bildern erfolgen kann.

Bilaterale Herde stellen keine Kontraindikation dar, sofern weitere Organmanifestationen ausgeschlossen sind. Hier erfolgt zunächst die Sanierung einer Seite per Thorakotomie und Laserchirurgie, nach Rekonvaleszenz wird dann in einem zweiten Eingriff die Gegenseite operiert, in der Regel nach einem Intervall von 4 bis 6 Wochen.

Dr. med. Gunda Leschber
Chefärztin der Klinik für Thoraxchirurgie

Neuer Arzt im MVZ Oranienburg

Dr. Eckehard Frisch, Facharzt für Innere Medizin, ist seit Juli 2012 im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) der ELK in Oranienburg tätig. Spezialisiert auf Palliativmedizin und Pneumologie sorgt der vormalige leitende Stationsarzt der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Infektiologie und Pneumologie an der Charité nun für die wohnortnahe ambulante Betreuung von Patienten mit einer chronischen Hypoventilation, die auf eine zeitweise oder ständige Beatmung angewiesen sind. Kontakt: Telefon 03301 532722 | praxis@lungenmvz-oranienburg.de

Gemeinsames Gedenken

Am 17. November 2012 wird an die Menschen gedacht, die im zurückliegenden Jahr in der ELK verstorben sind. Zur Gedenkstunde um 14:00 Uhr in der Schlosskirche Buch (Alt-Buch 36, 13125 Berlin) sind Angehörige und Mitarbeiter eingeladen.

Herausgeber: Evangelische Lungenklinik Berlin – Krankenhausbetriebs gGmbH

Lindenberger Weg 27 | 13125 Berlin | Telefon 030 94802-0
Geschäftsführer Bert Zeckser | www.pgdiakonie.de
Registergericht AG Berlin Charlottenburg Reg.-Nr. 97 HRB 41784
kostenfreier Versand

Zentrales Aufnahmetelefon für Einweiser

Telefon 030 94802-260 | Telefax 030 94802-298
belegung@elk-berlin.de | Mo – Fr 07:00 bis 15:30 Uhr