

Pneumologie Intensiv am 4. 2. 2006

Maligne Lungen- und Mediastinalerkrankungen

Prof. Dr. Rudolf M. Huber, Pneumologie, Klinikum der Universität München – Innenstadt
Ziemssenstraße 1, D-80336 München

E-Mail: pneumologie@med.uni-muenchen.de

Pulmonale und mediastinale Raumforderungen stellen hohe Anforderungen an die Differentialdiagnostik und die Therapie-Entscheidungen im Alltag. Zwar ist das Lungenkarzinom die häufigste pulmonale Raumforderung, jedoch gibt es auch zu einem nicht unerheblichen Anteil benigne Veränderungen und können neben Metastasen anderer Tumore Lymphome, Sarkome und andere maligne Tumoren im Bereich der Lungen angesiedelt sein. Die mediastinale Raumforderung reicht ätiologisch vom extragonadalen Keimzelltumor über die verschiedenen Lymphome bis zum neurogenen Tumor.

Das **Lungenkarzinom** ist weltweit der häufigste tödliche Tumor. In Deutschland sterben daran jährlich ca. 40.000 Menschen. Etwa 80% aller Lungenkarzinome sind nicht-kleinzellige Lungenkarzinome (NSCLC), ca. 20 % weisen eine kleinzellige Histologie (SCLC) auf. Zu einem geringeren Anteil kommen auch Karzinoide und adenoidzystische Karzinome der Lunge vor. Wenngleich z.B. Asbestexposition und Exposition gegenüber radioaktiver Strahlung ein Lungenkarzinom verursachen können und deshalb anamnestisch berücksichtigt werden müssen, ist die bei weitem überwiegende Ursache das inhalative Zigarettenrauchen. Die Symptome sind sehr unspezifisch und ähnlich den Symptomen des chronischen Rauchers, so dass eine symptom-orientierte Diagnostik erst meist lokal fortgeschrittene oder metastasierte Stadien entdeckt. Früherkennungsmethoden wie moderne Sputumdiagnostik, neuere Verfahren der Endoskopie und das Niedrig-Dosis-Computertomogramm des Thorax bieten die Chance einer Früherkennung und sollten bei geringstem Verdacht zum Einsatz kommen. Für die Eignung als Screening-Methoden werden die Ergebnisse randomisierter Studien erwartet.

Für die Prognose und die therapeutischen Optionen ist neben dem Allgemeinzustand das Tumorstadium von entscheidender Bedeutung. Für die Ausbreitungsdiagnostik im Thorax werden primär Bronchoskopie und Computertomographie durchgeführt, wobei letztere wegen der Häufigkeit von Metastasen auch den Oberbauch einschließlich der Leber und den Nebennieren umfassen sollte. Wenn sich therapeutische Konsequenzen ergeben, wird die Metastasensuche um das Skelett-Szintigramm und teilweise die kraniale Computertomographie ergänzt. Die Positronenemissionstomographie stellt die metabolische Aktivität des Tumors und seiner Metastasen dar und wird vermutlich auch in Deutschland größere Bedeutung bekommen.

NSCLC: In den lokal beschränkten Stadien sollten in der Regel multimodale Ansätze zum Einsatz kommen. Die Stadien I und II werden primär einer Operation zugeführt, im Stadium III A profitieren vermutlich Patienten mit einem ausgeprägtem mediastinalen Lymphknotenbefall („bulky disease“) nicht mehr von einer Operation. Wegen der hohen Rate an systemischen Rezidiven wird in den Stadien (IB), II und IIIA eine adjuvante Chemotherapie empfohlen. Im inoperablen Stadium IIIA und im Stadium IIIB ist die Radiochemotherapie bei Patienten mit guten Prognosefaktoren inzwischen Standard. Die Induktionschemotherapie oder Induktionsradiochemotherapie sollte noch weiter in Studien untersucht werden und kommt derzeit in individuellen Zentrumsentscheidungen zum Einsatz. Im metastasierten Stadium wird bei Patienten mit gutem Allgemeinzustand eine Kombination aus einem Platin-Derivat und Paclitaxel, Docetaxel, Vinorelbin oder Gemcitabin verwandt. Im

Rezidiv können in der Monotherapie Docetaxel, Pemetrexed oder auch ein Inhibitor der Tyrosinkinase des EGF-Rezeptors, Erlotinib zu einer besseren Lebensqualität und auch einer Lebensverlängerung führen.

SCLC: Hier liegt noch häufiger bei Diagnosestellung ein metastasiertes Stadium vor, so dass als wesentlicher Therapiebestandteil die Polychemotherapie mit meist einem Platinderivat und Etoposid zum Einsatz kommt und zu einer klaren Überlebensverlängerung führt. Im lokal beschränkten Stadium verbessert eine Radiochemotherapie die Ergebnisse, vor allem wenn die Strahlentherapie früh (spätestens ab dem zweiten Zyklus) mit der Chemotherapie kombiniert wird. Möglicherweise verbessert eine frühe simultane hyperfraktionierte Radiotherapie die Ergebnisse weiter. Im Rezidiv konnte Topotecan als Monotherapie Gleichwertigkeit mit einer Kombinationstherapie und Überlegenheit gegenüber einer symptomatischen Therapie (best supportive care) zeigen, beim späten Rezidiv kann die primäre Chemotherapie erneut zum Einsatz kommen.

Unter Berücksichtigung aller Altersgruppen sind bis zu 75% der **Mediastinaltumoren** benigne. Die Differentialdiagnose von Mediastinaltumoren variiert nach Lage (vorderes, mittleres und hinteres Mediastinum) und Alter. Im vorderen Mediastinum finden sich vor allem Raumforderungen des Thymus, Teratome, mesenchymale Tumoren, Lymphknotenmetastasen, M. Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome sowie intrathorakale Struma und Epithelkörperchen und Pseudotumoren, im mittleren Mediastinum Perikardzysten, bronchogene Zysten und Lymphome, im hinteren Mediastinum neurogene Tumoren, bronchogene und gastroenterogene Zysten und Tumoren des Ösophagus. Neurogene Tumoren und enterogene Zysten stellen bei Kindern die häufigsten Entitäten dar. Hodgkin und Non-Hodgkin Lymphome sind gehäuft in der Altersgruppe zwischen 20 und 40 Jahren anzutreffen. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von malignen Tumoren.

Da im Erwachsenenalter 40% der Mediastinaltumoren maligne oder potentiell maligne sind, primär gutartige Geschwülste im weiteren Verlauf maligne entarten oder bei Größenzunahme in diesem kritischen anatomischen Kompartiment Druckerscheinungen und Beschwerden hervorrufen können, ist grundsätzlich die operative Entfernung, zumindest aber die histologische Sicherung anzustreben. Die Therapie richtet sich dann nach der jeweiligen genauen Histologie und sollte in der Regel interdisziplinär abgesprochen werden.