

Biopsieren oder nicht?

„Der Lungenrundherd ist ein Dilemma“

Der Zufallsbefund „Lungenrundherd“ wird durch das zunehmende Screening bei COPD immer häufiger gestellt. Muss dann immer biopsiert werden, um ein malignes Geschehen sicher auszuschließen? – „Ein Dilemma“, meint eine Expertin.

Der Lungenrundherd ist eine intrapulmonale Parenchymverdichtung mit einem Durchmesser von weniger als drei Zentimetern, die weder mit einer Atelektase noch mit pathologisch vergrößerten Lymphknoten einhergeht. Wird ein Lungenrundherd diagnostiziert, nicht selten als Zufallsbefund, stellt sich die Frage: biopsieren oder nicht? Denn ein malignes Geschehen wie etwa ein Lungenkarzinom oder eine Metastasierung extrathorakaler Karzinome sollte ausgeschlossen werden.

Empfohlen wird, bei jedem neu aufgetretenen, isolierten Lungenrundherd zunächst das Malignitätsrisiko abzuschätzen. Es ist z. B. höher bei Patienten, die älter als 60 Jahre sind und bei Rauchern mit über 20 Zigarettenpackungsjahren. Eine glatt begrenzte Morphologie spricht eher für ein benignes Geschehen als ein unregelmäßiger Rand mit Spiculae, eine extrathorakale maligne Erkrankung eher für einen bösartigen Tumor.

Fleischner-Kriterien kritisch hinterfragen

Zur radiologischen Abklärung können die Fleischner-Kriterien herangezogen werden. Sie empfehlen bei einem solitären Rundherd und niedrigem Tumorrisiko (< 5 %) bei einem Durchmesser < 6 mm keine Routinekontrolle, bei 6 bis 8 mm ein CT nach sechs bis zwölf Monaten und nach 18 bis 24 Monaten. Überschreitet der Rundherd den Durchmesser von 8 mm, sollte nach drei, neun und zwölf Monaten kontrolliert werden.

Anders bei einem höheren Tumorrisiko: Hier empfehlen die Fleischner-Kriterien bei einem Rundherd < 6 mm ein CT nach zwölf Monaten, bei einer Größe von 6 bis 8 mm ein CT nach sechs bis zwölf und nach 18 bis 24 Monaten.

Bei Patienten mit moderatem (5 bis 65 %) und hohem (> 65 %) Risiko sollte bei einem Durchmesser von >8 mm ein FDG PET/CT, eine Biopsie oder eine Resektion ins Auge gefasst werden. Nach Ansicht von Dr. Jutta Kapes, Thoraxklinik Heidelberg, ist jedoch das „Nichtstun bei einem Lungenrundherd unter 6 mm kritisch zu hinterfragen“. Auch die BTS-(British Thoracic Society) Leitlinien sieht sie nicht ganz unkritisch. Das seien alles keine Tools, um die Notwendigkeit der Abklärung eines Lungenrundherds suffizient zu bestimmen. Zusätzlich zu diesen Kriterien müsse auch das allgemeine Risiko eines solchen Eingriffs berücksichtigt werden, also etwa die (kardiopulmonale) Komorbidität, der Allgemeinzustand und der Patientenwunsch.

Karzinom nicht übersehen, unnötige OPs vermeiden

Ihr Fazit: Der pulmonale Rundherd ist ein Dilemma. Es gelte ein Bronchialkarzinom im Frühstadium nicht zu übersehen, und dabei gleichzeitig unnötige Operationen zu vermeiden und die Patienten nicht zu gefährden. Mit keinem nicht invasiven diagnostischen Verfahren lässt sich zweifelsfrei die Dignität eines pulmonalen Rundherdes klären. In jedem Fall ist die Abklärung pulmonaler Rundherde eine interdisziplinäre Aufgabe,



Eine Biopsie sollte bei einem Lungenrundherd nur bei einem höheren Tumorrisiko entnommen werden.

die möglichst in einem Lungenkrebszentrum durchgeführt werden sollte.

Beate Fessler

Quelle: Lungenrundherd interdisziplinär beleuchtet, oder ... da ist ein Schatten auf der Lunge und jetzt habe ich Krebs?, DGP-Kongress, 16.3.2018

Immer mehr ältere NSCLC-Patienten

Deutschland gehört weltweit zu den Ländern mit dem höchsten Anteil an ≥ 80 -Jährigen Menschen – und die Lebenserwartung nimmt weiter zu. Damit steigt die Inzidenz von Krebserkrankungen. Die wachsende Zahl älterer Tumorpatienten spiegelt sich in einer Analyse der Evangelischen Lungenklinik Berlin wider, für die knapp 7.100 zwischen 2001 und 2015 behandelte Patienten mit histologisch gesichertem Lungenkarzinom ausgewertet wurden (Tessmer A et al. Pneumologie 2018;72:Abstr. P166). In der Gesamtgruppe lag das Alter über die 14 Untersuchungsjahre bei median 67,8 Jahren. Doch fiel ein deutlicher Altersanstieg auf: Im Jahr 2001 waren die Patienten median 67,3 Jahre alt. Zehn Jahre später lag dies bereits bei 69,3 Jahren, 2015 bereits bei 69,7 Jahren. Entsprechend nahm auch der Anteil ≥ 75 -jähriger bzw. ≥ 80 -jähriger Patienten mit der Zeit zu: Patienten der ersten Gruppe stellten 2001 nur 11,5%, 2015 aber bereits 26,7% des Gesamtkollektivs und damit ein gutes Viertel aller Patienten des Lungenkrebszentrums. Der Anteil der ≥ 80 -Jährigen verdreifachte sich in diesem Zeitraum: von 3,4% in 2001 auf 9,6% bis 2015.

Dr. Antje Tessmer, Evangelische Lungenklinik Berlin, wies darauf hin, dass diese älteren Patienten wegen der häufigen Begleiterkrankungen und der deshalb notwendigen Komedikationen, physiologischer Organveränderungen und geriatrischer Syndrome eine große Herausforderung im klinischen Alltag darstellen. Die Behandlung ist daher komplex, sodass von Fachgesellschaften ein geriatrisches Assessment vor Therapiebeginn empfohlen wird.

Katharina Arnheim