

## «If you have a hammer, everything looks like a nail»<sup>1</sup>

Leserbrief zu: Jaggi D, et al. «Pseudo-COPD» durch ein adenoidzystisches Karzinom [1]

Mit Interesse habe ich den Artikel von Dieter Jaggi, Daniel Schilter und Carlo Mordasini gelesen. Da ich kürzlich bei einer fast 80jährigen Patientin mit einem subtotal stenosierenden adenoidzystischen Karzinom eine Tracheateilresektion mit End-zu-End-Anastomose durchgeführt habe, habe ich die Literatur sehr genau durchgesehen. Die beschriebene Therapie ist bei einer 49jährigen Patientin falsch, und das sollte kommuniziert werden. Zumal die von den Autoren nicht zitierten Literaturstellen, zum Beispiel jene der Cleveland Clinic in der Zeitschrift «Chest», das endoskopische Vorgehen klar relativieren: «Our case report supports the literature in that a combination therapy of endoscopic laser photoresection, external beam radiation, and endobronchial radiation therapy may provide better palliation and survival in patients with a nonresectable ACC» [2]. Es wird hier klar von einer Palliation gesprochen, was von den Autoren des vorliegenden Papers nicht erwähnt wird. Dies ist ein Beispiel von selektiver Auswahl der Referenzen, die irreführend ist und vermieden werden sollte.

Der Tumor muss wegen seiner hohen lokalen Rezidivrate chirurgisch reseziert und anschliessend eventuell bestrahlt werden.

Freundliche Grüsse

*Ralph Alexander Schmid*

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med.  
Ralph Alexander Schmid  
Klinikdirektor/Chefarzt  
Klinik und Poliklinik  
für Thoraxchirurgie  
Inselspital  
Freiburgstrasse 14  
CH-3010 Bern  
[ralph.schmid@insel.ch](mailto:ralph.schmid@insel.ch)

### Literatur

1 Jaggi D, Schilter D, Mordasini C. «Pseudo-COPD» durch ein adenoidzystisches Karzinom. Schweiz Med Forum. 2007; 7(24):525–6.

2 Aggarwal A, Tewari S, Mehta AC. Successful management of adenoid cystic carcinoma of the trachea by laser and irradiation. Chest. 1999;116:269–70.

1 Anonym; bezieht sich üblicherweise auf Chirurgen.

### Replik oder «Den Nagel nicht auf den Kopf getroffen»

Wir bedanken uns für das Interesse an unserem Fall.

In der Absicht, im Rahmen der Rubrik *Der besondere Fall* auf die Wichtigkeit der Flussvolumenkurve bei der Beurteilung der Lungenfunktion hinzuweisen, haben wir darauf verzichtet, den weiteren Verlauf und insbesondere das definitive therapeutische Vorgehen bei unserer Patientin zu beschreiben. Die interventionelle Bronchoskopie drängte sich auf, weil die Patientin zunehmend dyspnoisch wurde, eine verlässliche histologische Diagnose nötig war und im Hinblick auf einen chirurgischen Eingriff die endoluminale Tumorausdehnung erfasst werden musste.

Da die endoskopische Laserkoagulation und die Zangenabtragung bei einem adenoidzystischen Karzinom nicht kurativ sein kann, haben wir die Patientin danach selbstverständlich dem Thoraxchirurgen vorgestellt, der sie dann der Tumorausdehnung entsprechend operiert hat (Resektion von distaler Trachea, Hauptkarina, rechtem Hauptbronchus, rechtem Oberlappen und oberem Intermediärbronchus mit Rekonstruktion der Karina durch Implantation des linken Hauptbronchus und mittleren Intermediärbronchus auf der Höhe der distalen Trachea, Rekonstruktion der rechten distalen Trachealwand mit einem Muskellappen). Anschliessend erfolgte eine perkutane Radiotherapie. Die Patientin ist bisher rezidivfrei.

Der Vorwurf der tendenziös ausgewählten Referenzen ist für uns nicht nachvollziehbar, zumal in der von uns angegebenen Literatur ausschliesslich die komplette chirurgische Resektion mit eventueller postoperativer Radiotherapie als kuratives Therapiekonzept genannt wird.

Korrespondenz:  
Dr. med. Dieter Jaggi  
Pneumologie  
Spital Netz Bern-Tiefenau  
Tiefenastrasse 112  
CH-3004 Bern  
[dieterjaggi@spitalnetzbern.ch](mailto:dieterjaggi@spitalnetzbern.ch)

*Dieter Jaggi, Daniel Schilter, Carlo Mordasini*