

Unklarer Lungenrundherd

Barbara Padberg^a, Markus Furrer^b, Max Kuhn^c

Kantonspital Graubünden Chur

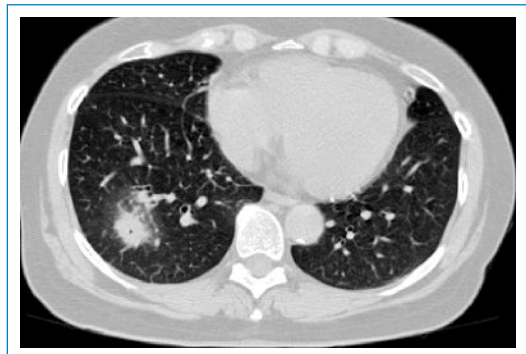
^aInstitut für Pathologie und Rechtsmedizin, ^bDepartement für Chirurgie, ^cDepartement für Innere Medizin

Summary

Focally organising pneumonia: sufficient grounds for surgery

We present the case of a 58-year-old female smoker with a 25 millimeter diameter pulmonary lesion prompting strong suspicion of peripheral lung cancer. Histological investigation of the surgical lung biopsy showed an isolated focal lesion of organising pneumonia. So-called focal organising pneumonia has been described as a discrete form of organising pneumonia. The radiological features of this lesion are often indistinguishable from those of lung cancer.

Fallbeschreibung

Anlässlich eines Hausarztbesuchs fiel bei einer 58-jährigen Raucherin im Thoraxröntgenbild ein 25 Millimeter grosser Rundherd im rechten Unterlappen auf. Nach Vergleichsaufnahmen schien die Läsion unter antibiotischer Therapie innerhalb eines Monats geringfügig grösser geworden zu sein. In einer daraufhin veranlassten Computertomographie (CT) liess der Befund ein peripheres Bronchuskarzinom nicht ausschliessen (Abb. 1 ). Die daraufhin durchgeführte Bronchoskopie zeigte aber keinen eindeutigen Befund. Aus der gewonnenen Lavageflüssigkeit ergab sich das Bild einer leichten floriden Entzündung. Man stellte die Indikation zur Operation. Aufgrund der parazentralen Lage war die Läsion einer Keilresektion nicht zugänglich. Intraoperativ stellte sich parabranchial eine leichtgradige Induration, nicht aber der klassische Tastbefund eines Karzinoms dar. Aufgrund des suspekten CT-Befundes wurde interdisziplinär die Indikation zur Unterlappenresektion gestellt; der fadenmarkierte Befund wurde intraoperativ einer Schnellschnitt-

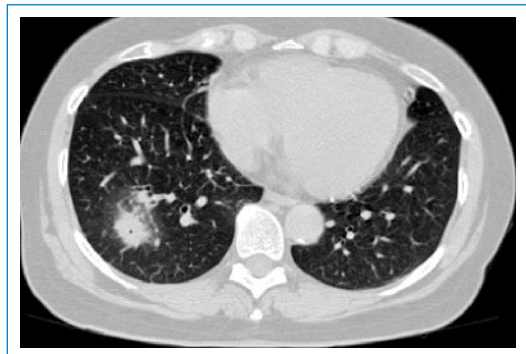




Abbildung 1

Computertomographie:

Tumorverdächtige Verschattung im rechten Unterlappen.

untersuchung zugeführt. Das 17×15×4 cm grosse Lungenresektat zeigte parabranchial einen 2 cm grossen, abgekapselt imponierenden, verfestigten, dunkelroten bis -gelben Bezirk. In der Schnellschnittuntersuchung und nach abschliessender Aufarbeitung fand sich mikroskopisch eine Verlegung der Alveolarräume durch einsprossendes Granulationsgewebe (Abb. 2A ) sowie eine stärkergradige Fibrosierung der Alveolen und eine Vermehrung von Alveolarmakrophagen (Abb. 2B ) als Ausdruck einer verzögerten Resorption im Sinne einer inkompletten Karnifikation. Das übrige Parenchym zeigte neben einer Anthrakose ein diffuses Emphysem und kleine Herde einer fibrosierenden Alveolitis. Ein Jahr postoperativ ist die Patientin beschwerdefrei.

Kommentar

Bei der Resorption alveolärer Herdpneumonien spielen u.a. Alter und Abwehrlage des Patienten eine Rolle. Entleerte frische Abszesse können kollabieren und vernarben, chronische und derbwandige Abszesse dagegen häufig nicht [1]. Die sogenannte fokale organisierende Pneumonie wird als milde Form der organisierenden Pneumonie aufgefasst, bei der sich radiologisch nicht selten die Differentialdiagnose zu einem zerfallenen Tumor ergibt [2]. Die Histologie der organisierenden Pneumonie ist dadurch charakterisiert, dass das Fibrin der akuten Phase durch Granulationsgewebe aufgeschlossen und organisiert wird, das von den Bronchioli respiratorii in die Alveolarräume vorwächst. Der Prozess geht in eine narbige Verödung des Lungengewebes über [1]. Die Ursache einer organisierenden Pneumonie kann mitunter nicht hinreichend geklärt werden (i.e. kryptogene organisierende Pneumonie). In einer kürzlich veröffentlichten Studie der Mayo-Klinik wurden insgesamt 26 konsekutiv operierte Patienten mit einer fokalen organisierenden Pneumonie (Durchmesser zwischen 0,6 und 6,75 cm) untersucht [2]. Die bei annähernd der Hälfte der Patienten (46%) durchgeführte Bronchoskopie war in allen Fällen nicht diagnostisch; alle Patienten wurden mit Verdacht auf eine maligne Neoplasie einer operativen Therapie (Wedge-Resektionen, Lob- und Segmentektomien) zugeführt. Lediglich bei 3 der insgesamt 26 Patienten (12%) fand sich eine zugrundeliegende infektiöse Ursache, während die restlichen Fälle (88%) einer fokalen kryptogenen organisierenden Pneumonie entsprachen.

Nach Studienuntersuchungen entsprechen um die 13% aller organisierenden Pneumonien den sogenannten fokalen organisierenden Pneumonien [2, 3]. Nahezu charakteristisch ist, wie auch im vorliegenden Fall, dass der radiologische Befund (u.a. positive PET und Kontrastmittel-CT) mit Verdacht auf ein Karzinom die Indikation zur Operation darstellt [2–5]. Die Mehrzahl der Fälle entspricht nach abgeschlossener Untersuchung einer kryptogenen organisierenden Pneumonie [2, 3]. Unterschiedliche Angaben bestehen bezüglich des klinischen Spektrums der Erkrankung. Die Mehrzahl der in Studien zusammengefassten Patienten sind Raucher mittleren oder

höheren Alters [2] mit chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) [5]. In manchen Studien scheinen männliche Patienten zu dominieren [5], während diese Annahme in anderen Studien [2] und auch mit dem vorliegenden Fall nicht bestätigt werden kann. Wenngleich auf histologischer Ebene keine wesentlichen Unterschiede bestehen, so werden weitere Untersuchungen sehr wahrscheinlich zeigen können, dass zwischen fokaler und nichtfokaler organisierender Pneumonie Unterschiede in der Pathogenese bestehen [2]. Grund genug also für eine chirurgische Intervention: Die Operation bleibt die Therapie der Wahl.

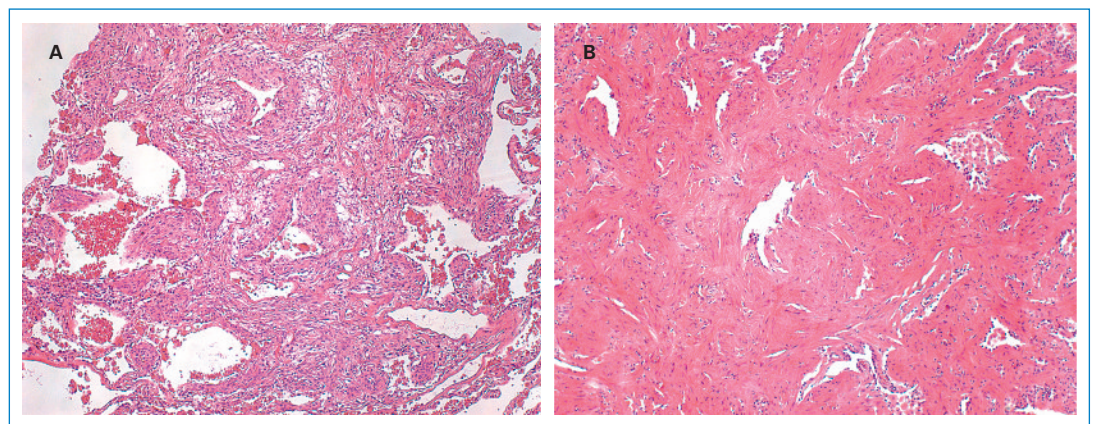


Abbildung 2

Mikroskopie des Lungenbezirkes (H&E, 500fache Vergrößerung):

A: Die Alveolen sind angefüllt mit lockerem Granulationsgewebe und Makrophagen.

B: Die bereits älteren Abschnitte zeigen intraalveoläre Makrophagen und eine unregelmässige Fibrosierung der Alveolen.

Korrespondenz:

Dr. med. Barbara Padberg
Leitende Ärztin
Institut für Pathologie
und Rechtsmedizin
Kantonsspital Graubünden
CH-7000 Chur
barbara.padberg@ksgr.ch

Literatur

- 1 Remmele W (Hg.). Pathologie Lungenentzündungen. 2. Auflage. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag; 1997.
- 2 Maldonado F, Daniels CE, Hoffmann EA, Yi ES, Ruyu JH. Focal organizing pneumonia on surgical lung biopsy. Causes, Clinicoradiologic features and outcomes. *Chest*. 2007;132: 1579–83.
- 3 Omyak FS, Demirbas HM, Mavili E, Akgun H, Gulmez I, Demir R, Oezesmi M. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia: clinical and roentgenological features in 26 cases. *Respiration*. 2005;72:254–62.
- 4 Oikonomou A, Hansell DM. Organizing pneumonia: the many morphological faces. *Eur Radiol*. 2002; 12:1486–96.
- 5 Melloni G, Cremonia G, Bandiera A, Arrigoni R, Rizzo N, Varagona R, Muriana G, Caretta A, Ciriaco P, Canneto B. Localized organizing pneumonia: report of 21 cases. *Ann Thorac Surg*. 2007;83:1946–51.