

Der vermeintlich «einfache» Hämatothorax


104.6 mm

Claudio Caviezel^a, Andrea Ertmer^b, Rainer Grobholz^c, Franco Gambazzi^a

Kantonsspital, Aarau, Schweiz

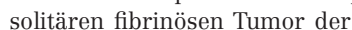
^a Abteilung für Thoraxchirurgie; ^b Institut für Radiologie; ^c Institut für Pathologie

Fallbeschreibung

Eine 66-jährige Patientin wird wegen zunehmender Dyspnoe seit 2 Tagen und stechender linksthorakaler Schmerzen auf die Notfallstation zugewiesen. Das konventionelle Röntgenbild lässt einen massiven Pleurerguss links vermuten. Es besteht eine orale Antikoagulation wegen einer Lungenembolie in den 1980er Jahren. Zusätzlich ist eine COPD Gold III bekannt. Ein Trauma ist nicht erinnerlich. Mit der Verdachtsdiagnose eines spontanen Hämatothorax unter Antikoagulation erfolgt die Einlage einer Thoraxdrainage links. 500 ml Blut werden gefördert, die Kontrollröntgenaufnahme zeigt keine wesentliche Befundänderung. Deswegen sowie aufgrund des klinischen Verdachts auf eine Raumforderung erfolgt am darauffolgenden Tag eine Computertomographie des Thorax. Aufgrund der radiologischen Befunde wird der Verdacht auf einen mehrzeitig entstandenen, basal gefangenen subakuten Hämatothorax geäußert. Die Begrenzung der Formation war zwar etwas konvex, aber aufgrund der oralen Antikoagulation, der Dichtewerte bis 120 Hounsfield-Einheiten und des in der vorliegenden Phase fehlenden Nachweises einer Vaskularisation liegt diese radiologische Diagnose nahe. Differentialdiagnostisch wird zumindest aus klinischer Sicht weiterhin eine tumoröse Struktur in Betracht gezogen, obwohl die radiologische Befundung den Hämatothorax favorisiert (Abb. 1 ).

Nach erneuter Anamnese besteht die zunehmende Dyspnoe bereits seit mehreren Monaten und wurde subjektiv von der Patientin auf die COPD zurückgeführt.

Wir stellten die Indikation zur diagnostischen Thorakoskopie links.

Intraoperativ zeigt sich tatsächlich nebst mässig viel Blut vor allem ein grosser, ca. 20 × 15 cm messender Tumor, den Lungenunterlappen beinahe komplett verdrängend. Es erfolgt eine antero-laterale Thorakotomie. Der Tumor entspricht makroskopisch am ehesten einem solitären fibrinösen Tumor der Pleura (Abb. 2 ). Er wird nach zentraler, zum Teil intraperikardialer Sicherung der Pulmonalarterie und der Pulmonalvenen komplett reseziert. Der Tumor zeigt nur Verwachsungen an der viszeralen Pleura des Oberlappens ohne eigentlichen Stiel. Der postoperative Verlauf gestaltet sich komplikationslos, und die Patientin kann am 10. postoperativen Tag in die Rehabilitation entlassen werden. Die definitive Histologie bestätigt den solitären fibrösen Pleuratumor. Aufgrund des Fehlens von Atypien und Mitosefiguren ergeben sich histologisch keine Hinweise für ein malignes Verhalten.

Diskussion

Solitäre fibröse Tumoren der Pleura (SFT) sind relativ selten, in der Literatur finden sich gut 800 Fälle. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen, am häufigsten tritt der SFT zwischen der fünften und achten Lebensdekade auf. Mehr als die Hälfte der Tumoren sind asymptomatisch. Die symptomatischen äussern sich am häufigsten durch Thoraxschmerzen, Dyspnoe und chronischen Husten. Bis 22% aller SFT verursachen als paraneoplastisches Syndrom eine hypertrophe Osteoarthropathie. Einige Patienten weisen ein sogenanntes «Clubbing» der distalen Phalangen auf. Selten wurden Hypoglykämien und Galaktorrhoe beschrieben. Diese paraneoplastischen Syndrome verschwinden zügig nach Entfernung des Tumors.

Konventionell-radiologisch ist es schwierig, die Läsion vom Lungengewebe abzugrenzen. Die Computertomographie ist die Untersuchung der Wahl, allerdings kann häufig nur wenig Zusatzinformation gewonnen werden. SFT mit einem Stiel zeigen nicht selten eine wechselnde intrathorakale Position bei Lageänderung des Patienten. Die Dichte des Tumors ist sehr heterogen, und den grösseren Läsionen kann es im CT durchaus an Hinweisen auf einen Pleuratumor fehlen.

Die Therapie besteht in der Resektion im Gesunden, je nach Grösse thorakoskopisch oder via Thorakotomie.

80% der SFT sind benigne. Die meisten entspringen der viszeralen Pleura und haben einen definierten Stiel. Tumoren, welche in die Lunge hineinwachsen oder der parietalen Pleura am Mediastinum oder Diaphragma entspringen, sind häufiger maligne. Diese zeigen histologisch zumeist eine hohe Zellularität mit infiltrativem Wachstum, mässige bis starke Zellatypien und eine gesteigerte mitotische Aktivität. Tumoren mit einem Ursprung an der parietalen Pleura sind häufiger sessil und breitbasig.

Differentialdiagnostisch muss nebst der malignen Variante des SFT und anderen mesenchymalen Pleuratumoren ein malignes sarkomatoides Mesotheliom der Pleura in Betracht gezogen werden. Mittels FNP des Tumors könnte ein Mesotheliom immunzytochemisch abgegrenzt werden, allerdings wird die präoperative transthorakale Punktion bei Mesotheliom-Verdacht nicht empfohlen. Letzteres weist in der Regel bei der radiologischen Abklärung ein deutlich diffuseres Ausbreitungsmuster auf, während der SFT wie beschrieben lokalisiert und entsprechend gut abgrenzbar ist. Ausserdem sind die SFT während einer Thorakoskopie sehr gut erkennbar. Die thorakoskopische Methode ist zudem ein zwingen-

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

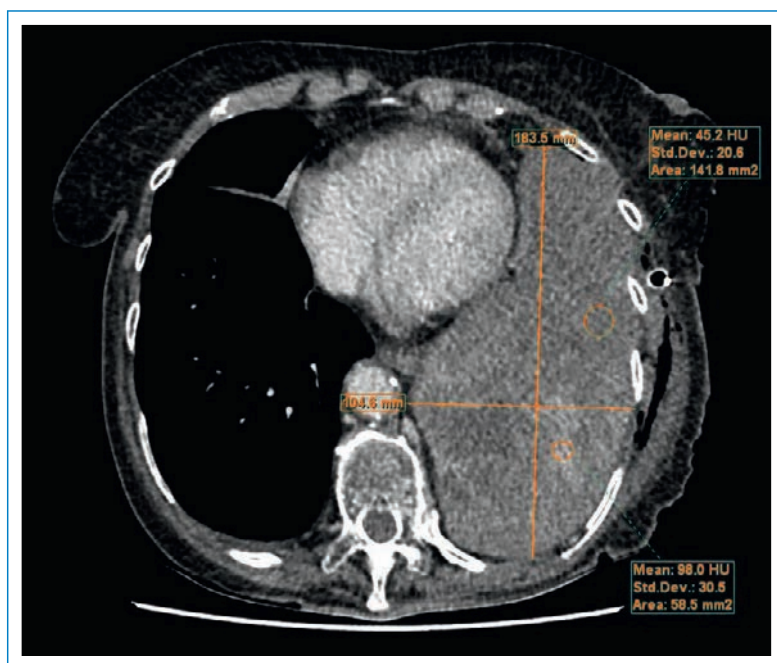


Abbildung 1
Axiales CT-Bild mit dem vermeintlichen Hämatothorax links inklusive des Durchmessers und der Hounsfield-Einheiten.



Abbildung 2
Makroskopisches Präparat des solitären fibrösen Tumors der Pleura.

des Diagnostikum bei Verdacht auf ein malignes Mesotheliom.

Die Prognose des benignen SFT ist ausgezeichnet, Rezidive treten nach kompletter Resektion höchst selten auf. SFT der parietalen Pleura und breitbasig aufsitzende scheinen eher zu rezidivieren, und beim Rezidiv sollte immer an Malignität gedacht werden.

Korrespondenz:

Dr. med. Claudio Caviezel
Abteilung für Thoraxchirurgie
Kantonsspital Aarau AG
Tellstrasse
CH-5001 Aarau
[claudio.caviezel\[at\]ksa.ch](mailto:claudio.caviezel[at]ksa.ch)

Empfohlene Literatur

- Briselli M, Mark EJ, Dicersin GR. Solitary fibrous tumors of the pleura: eight new cases and review of 360 cases in the literature. *Cancer*. 1981;47:2678–89.
- de Perrot M, Fischer S, Bründler MA, Sekine Y, Keshavjee S. Solitary fibrous tumors of the pleura. *Ann Thorac Surg*. 2002;74:285–93.
- Sung SH, Chang JW, Kim J, Lee KS, Han J, Park SI. Solitary fibrous tumors of the pleura: surgical outcome and clinical course. *Ann Thorac Surg*. 2005;79:303–7.
- Shields TW. Localized fibrous tumors of the pleura. In: Shields TW (ed.). *General Thoracic Surgery*. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2009. p. 835–45.
- Cardinale L, Ardisson F, Volpicelli G, Solitro F, Fava C. CT sign, patterns and differential diagnosis of solitary fibrous tumors of the pleura. *J Thorax Dis*. 2010;2:21–5.