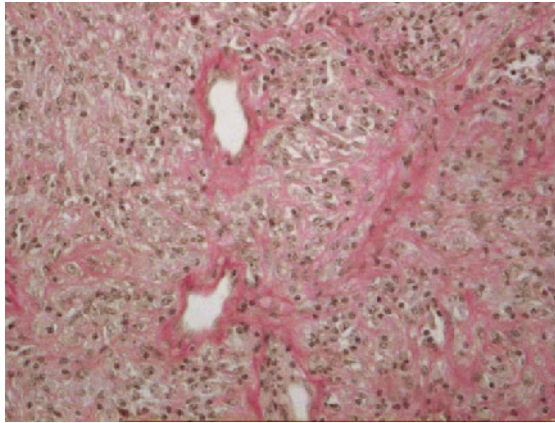


Pleuraerguss mit seltener Ursache

Eine 66-jährige Patientin ohne relevante Vorerkrankungen wurde zur Abklärung einer seit wenigen Wochen bestehenden Belastungsdyspnoe vorstellig.

Radiologisch konnte in der Thoraxröntgenaufnahme ein linksseitiger Pleuraerguss mit einer pleuraständigen, rundlichen Raumforderung nachgewiesen werden. Zytologisch



▲ **Abb. Histologie des Pleuratumors**

handelte es sich um einen nicht malignitätsverdächtigen Befund mit reichlich mesothelialer Zellkomplexe. CT-morphologisch konnte ein pleuraständiger Rundherd im linken Lungenoberlappen nachgewiesen werden. Nach entsprechender Vorbereitung wurde eine Klemmenresektion im Bereich des linken Oberlappens vorgenommen. Das Resektat entsprach histologisch einem spindelzelligen und teils epitheloiden, gefäßreichen Tumor mit zentral ausgedehnten Nekrosen und stark entzündlicher Überlagerung (s. Abb.). Die Diagnose lautete daher „Hämangioperizytom der Pleura“.

Solitäre fibröse oder mesenchymale Tumore der Lunge und der Pleura sind sehr selten. Weniger als 1% aller malignen Gefäßmissbildungen können als Hämangioperizytome identifiziert werden, sie machen etwa 5% aller mesenchymalen Tumore aus. Sie treten meist in der 5. und 6. Lebensdekade auf; Hauptmanifestationsort sind Haut-, Weichteil- und Muskelgewebe im Bereich der Extremitäten oder des Retroperitonealraums. In diesem Fall war histologisch eine eindeutige Zuordnung des Tumors äußerst schwierig. Nachdem die Tumorzellen CD-34 negativ waren und die Proliferation mit Ki 67 mit 20% relativ hoch war, sprach der immunohistochemische Befund am ehesten für einen malignen, mesenchymalen Tumor mit „Hämangioperizytom-ähnlichen“ Charakteristika. Dies ist deshalb besonders bemerkenswert, da die primäre Manifestation eines Sarkoms der Lunge oder der Pleura äußerst selten ist und sich in einem ausführlichen Tumorstaging kein Hinweis auf eine extrapulmonale Tumormanifestation ergab, sodass eine pulmonale Metastase unwahrscheinlich erschien. Der postoperative Verlauf nach einer kurativen chirurgischen Resektion war problemlos. Sie konnte in gutem Allgemeinzustand entlassen werden. Eine adjuvante Chemotherapie lehnte die Patientin ab. Sie war über einen Beobachtungszeitraum von 12 Monaten rezidivfrei.

Quelle: Berghaus TM et al. (2008) Pleuraerguss mit seltener Ursache. *Der Pneumologe* 5:402–406

den unterschiedliche interventionelle, chirurgische und immuntherapeutische Konzepte entwickelt, um die Notwendigkeit der wiederholten häufiger Parazentese zu vermeiden und eine längerfristige Kontrolle zu ermöglichen.

Peritoneovenöse Shunts. Peritoneovenöse Shunts wurden ursprünglich für den Einsatz bei Leberzirrhose entwickelt [6]. Der LeVein-Shunt drainiert Aszites in die V. cava superior über ein Ventilsystem, das sich ab einem Druck von 3 cm H₂O öffnet und keinen Rückfluss erlaubt. Der Denver-Shunt öffnet sich ab

einem Druckgradienten von 1 cm H₂O [7, 8].

Kontrollierte Studien zum Einsatz der Systeme bei malignem Aszites wurden bislang nicht durchgeführt [9]. Obwohl Tumorzellen aus der Peritonealhöhle in das venöse System verteilt werden, zeigte sich kein Hinweis auf eine klinisch signifikante Etablierung von Tumorzellmetastasen [10]. Hierbei ist anzumerken, dass eine kritische Betrachtung der möglicherweise induzierten hämatogenen Metastasen bei Patienten mit fortgeschrittener Peritonealkarzinose aufgrund der limitierten Überlebensdauer nur schwierig durchzuführen und möglicherweise auch wenig relevant ist. Die hohe Rate an Shuntverschlüssen stellt das Hauptproblem für den breiten Einsatz dar, da sowohl die schlechte Langzeitfunktionsrate als auch der fehlende Überlebensvorteil in einem inadäquaten Verhältnis zu Risiko und Aufwand des operativen Eingriffs stehen [11].

» Die chirurgische Indikation für die Anlage eines peritoneovenösen Shunts ist sehr kritisch zu stellen «

Hämorrhagischer Aszites und ein Proteingehalt von 4,5 g/l werden wegen des hohen Risikos des Shuntverschlusses als Kontraindikationen angesehen. Weitere Kontraindikationen sind lokalisierter bzw. gekammerter Aszites, Gerinnungsstörungen sowie chronische Niereninsuffizienz [10]. Während bei gynäkologischen Tumoren eine Effektivität bei >50% der Patienten gezeigt werden konnte, war die Therapie bei Tumoren des Gastrointestinaltrakts nur bei 10–15% erfolgreich, weshalb gastrointestinale Tumoren als relative Kontraindikationen anzusehen sind [9, 10, 12].

Die chirurgische Indikation für die Anlage eines peritoneovenösen Shunts ist daher sehr kritisch auf individueller Basis zu stellen. Notwendige Voraussetzungen sind die Ausschöpfung bzw. Erfolglosigkeit aller anderen Therapiemethoden sowie eine ausreichende Lebenserwartung des Patienten.