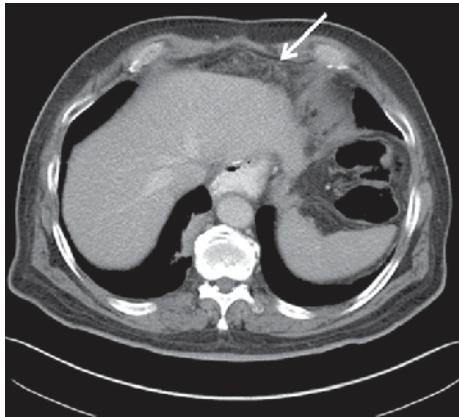


## Peritonealkarzinose

Die Peritonektomie kombiniert mit hyperthermer intraperitonealer Chemotherapie (HIPEC) etabliert sich zunehmend als potenziell kurative Therapieoption bei Patienten mit peritoneal metastasierten gastrointestinalen und gynäkologischen Tumoren sowie primär peritonealen Malignomen. Entscheidend für die Prognose ist die möglichst komplette Zytoreduktion, die bei den allermeisten Fällen neben der partiellen bis subtotalen



Die CT im Rahmen der Nachsorge zeigt den Befund einer Peritonealkarzinose nebst Pleurakarzinose, aus Vieth V et al (2010) Der Onkologe 16: 462-470

parietalen PE auch eine Multiorganresektion erforderlich macht. Im Vordergrund steht dabei, für den Patienten eine adäquate Lebensqualität bei maximaler Tumoresektion zu erhalten. Die Morbidität nach PE und HIPEC liegt in erfahrenen Zentren zwischen 25 und 35% bei einem Mortalitätsrisiko von <5%. Zu beachten sind nicht nur chirurgisch technische Aspekte und die intraoperative Entscheidungsfindung, sondern auch das intraoperative anästhesiologische Management, die Intensivtherapie, die Schmerztherapie, das Komplikationsmanagement, die Physiotherapie und mehr. Die wohl größte Herausforderung im Management der Peritonealkarzinose bleibt die Patientenselektion. Der Schnitt-

bilddiagnostik in Verbindung mit der FDG-PET fällt hierbei eine wichtige Rolle zur Abschätzung der Operabilität zu. Mehr zu Epidemiologie, Pathophysiologie, Selektion und Indikationsstellung sowie Diagnostik und Komplikationen lesen Sie im CME-Beitrag „Peritonealkarzinose“ der Ausgabe 04/2011 von „Der Chirurg“.

Bearbeiten Sie den Beitrag auf: [www.CME.springer.de](http://www.CME.springer.de)

Quelle: Königsrainer I et al. (2011) Peritonealkarzinose. Der Chirurg 82:375–381

auch eine deutlich geringere Komplikationsrate [25].

**Langzeitdrainage.** In den Fällen, in denen die Lunge durch den Tumor bereits gefangen ist und eine Wiederausdehnung der Lunge nicht möglich ist, besteht die alternative Behandlung durch eine Langzeitdrainage mit Sekretbeutel oder pleuroperitonealem Shunt. Beide Systeme neigen zur Verlegung durch Fibringerinnsel bzw. Tumorgewebe, Dislokationen und Infektionen. Im Falle der Langzeitdrainage kommt es in etwa 30% der Fälle zu einer spontanen Pleurodese, so dass die Drainage nach 4–12 Wochen wieder entfernt werden kann.

**Palliative Pleurektomie.** Eine palliative Pleurektomie zur Behandlung eines rezidivierenden Pleuraergusses wird nur in Einzelfällen empfohlen werden können. Die perioperative Mortalität und Komplikationsrate ist bei diesen im Allgemeinzustand stark eingeschränkten Patienten sehr hoch.

**Pleurodese.** Der Effekt der Pleurodese wird umso besser sein, je geringer die Lunge selbst erkrankt ist. Systematische Untersuchungen mit verschiedenen Methoden und Substanzen haben gezeigt, dass die Erfolgsrate nach Applikation von Talkum verglichen mit anderen Substanzen am höchsten ist. Grundvoraussetzung dabei ist immer eine weit-

gehende Entfaltung der Lunge, so dass eine Verklebung der Pleura visceralis und parietalis möglich ist. Medikamente wie Kortikosteroide und nichtsteroidale Antiphlogistika hemmen die entzündliche Reaktion, die für eine Pleurodese erforderlich ist, und sollten in der Behandlungszeit gemieden werden.

Die Nebenwirkungen der Pleurodese bestehen in Schmerzen, Fieber, Husten und seltener Infektionen. Ein entzündlich bedingtes Lungenödem kann vor allem nach Talkumpoudrage auftreten.

## Fazit für die Praxis

### Maligner Aszites

- ▶ Trotz der limitierten Prognose kann die Lebensqualität durch eine adäquate Therapie des malignen Aszites gesichert oder sogar verbessert werden.
- ▶ Symptomatisch Therapie der Wahl ist die Parazentese.
- ▶ Peritoneovenöse Shunttechniken sind bei gastrointestinalen Tumoren wegen geringer Effektivität und hoher Komplikationsraten nicht zu empfehlen.
- ▶ Die intraperitoneale Catumaxomab-Therapie ist eine zielgerichtete Behandlung des malignen Aszites und der Peritonealkarzinose, die für viele Patienten eine Option darstellt.

### Maligner Pleuraerguss

- ▶ Die therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung des malignen Pleuraergusses bei metastasiertem Karzinom sind nach wie vor eingeschränkt.
- ▶ Aus klinischer Sicht ist es wichtig, den malignen Pleuraerguss primär konsequent zu behandeln, um dem Patienten Beeinträchtigungen durch den rezidivierenden Erguss zu ersparen.
- ▶ Nach länger andauernder konservativer Behandlung mit „gefangener Lunge“ wird die Behandlung für den Patienten eingreifender und langwieriger.