

Überraschungsbefund im Röntgenthorax

Erguss, Schwarte oder Tumor?

Als eine 84-jährige Patientin über plötzlich einsetzende stechende Atem- und bewegungsabhängige linksthorakale Schmerzen klagte, sprach zunächst alles für eine vertebrale Ursache. Die Röntgen-Thorax-Aufnahme jedoch lenkte den Blick auf eine ganz andere, unerwartete Diagnose.

— Die betagte Patientin litt seit vielen Jahren an einem Wirbelsäulensyndrom mit Spinalkanalstenose. Außerdem war eine ausgeprägte Osteoporose bekannt. Ein plötzlich einsetzender atem- und bewegungsabhängiger stechender Schmerz führte notfallmäßig zur stationären Aufnahme.

Verschattung im Röntgenthorax

Die anamnestischen Angaben sprachen gegen ein akutes Koronarsyndrom und entsprechend der Vorgeschichte für eine vertebrale Genese der Schmerzsymptomatik. Die klinische Untersuchung, das EKG und die Routinelaborwerte waren unauffällig.

Bei der Röntgen-Thorax-Aufnahme fand sich über dem linken Lungenunterfeld eine ausgedehnte, relativ scharf begrenzte homogene Verschattung. Man diskutierte einen Tumor, aber auch einen Erguss oder eine Schwarte. Sonografisch zeigte sich eine ca. 7 cm große echoarme Raumforderung mit Pleurakontakt. Es wurde eine Feinnadelpunk-

tion durchgeführt. Die zytologische Untersuchung ergab jedoch nur eine sanguinolentes Punktat ohne Nachweis von malignen Zellen. Auch im Thorax-CT ergaben sich keine neuen Gesichtspunkte. Hier zeigte sich eine ausgedehnte, glatt berandete und solide imponierende Raumforderung im linken Unterlappen der Pleura aufsitzend mit geringer Kompressionsatelektase. Eine Aussage zur Dignität des Befundes war nicht möglich.

Exstirpation und Histologie

Daraufhin wurde im Rahmen einer anterolateralen Minithorakotomie links der Tumor exstirpiert. Histologisch handelte es sich um einen umkapselten solitären fibrösen Tumor mit regionären Nekrosen im Sinne eines Pleurafibroms ohne Hinweise für Malignität.

Seltener Tumor

Das solitäre Pleurafibrom ist ein seltener Tumor der Pleura, der in jedem Lebensalter auftreten kann. Er geht meist von

der Pleura visceralis aus. Histologisch finden sich Bindegewebszellen spindelförmiger Konfiguration mit retikulären Fasern. Die Tumorgöße variiert erheblich. Es sind Fälle bis zu einem Durchmesser von fast 40 cm beschrieben.

Für die genaue differenzialdiagnostische Zuordnung, vor allem im Hinblick auf ein Pleuramesotheliom, sind immunhistochemische Untersuchungen unverzichtbar.

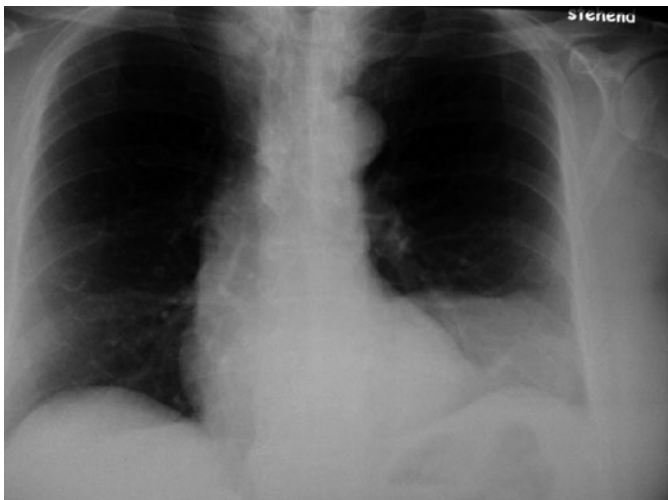
Unspezifische Symptomatik

Pleurafibrome sind meist ein radiologischer Zufallsbefund; denn die Symptomatik ist unspezifisch: chronischer Husten, thorakales Druckgefühl und Dyspnoe. Wenn die Pleura parietalis infiltriert ist, können auch Thoraxschmerzen auftreten.

Benigne – mit wenigen Ausnahmen

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich um einen gutartigen Tumor. Allerdings ist auch eine maligne Entartung mit Rezidivneigung bzw. Metastasierung möglich. Indikatoren für ein potenziell malignes Verhalten sind die Tumorgöße und die Nekrotisierungstendenz. Angesichts dieser Kriterien, die bei der Patientin vorlagen, musste man, obwohl der Tumor in toto entfernt werden konnte, von einem UMP- (unknown malignant potential-) Tumor ausgehen. Somit bestand die Notwendigkeit für kurzfristige Kontrolluntersuchungen.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■



Homogene Verschattung über dem linken Lungenunterfeld.

Fabula docet

Bei der differenzialdiagnostischen Abklärung eines tumorverdächtigen Thoraxbefundes sollte auch an ein Pleurafibrom gedacht werden. Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um einen gutartigen Tumor.