

Kompetente Antworten innerhalb von 48 Stunden

Unseren Lesern steht ein neuer Online-Service zur Verfügung:
Unter www.springermedizin.de/mmw-sprechstunde erhalten Sie Rat in kniffligen Fällen.
Unsere Experten, Prof. H. S. Füeßl und Dr. med. P. Stiefelhagen, beantworten – meist innerhalb von 48 Stunden – medizinische Fragen, die sich in Ihrem Praxisalltag ergeben.

Lymphknotenmetastase entfernt, kein Hinweis auf Primärtumor Wie geht es jetzt weiter?

Frage von W. W.:

Ich habe eine Frage zu einem 67-jährigen Patienten, bei dem ein retroperitonealer Tumor über Laparotomie in toto entfernt wurde, der auf dem Duodenum aufgelegt war, jedoch ohne Verbindung zur Duodenalwand oder zum Pankreas. Die abschließende Histologie lautete: Lymphknotenmetastase eines gut differenzierten neuroendokrinen Karzinoms (G1) mit kräftiger zytoplasmatischer Markierung bzgl. Chromogranin A.

Bei dem vom behandelnden Krankenhaus veranlassten PET-CT an einer Universitätsklinik fand sich kein Hinweis auf Lymphknotenmetastasen oder Leberbefall. Weitere Empfehlungen wurden (leider) nicht gegeben. Präoperativ waren die Gastroskopie mit Blick bis ins Jejunum und die Koloskopie bis ins terminale Ileum unauffällig. Das Thorax-CT wurde postoperativ durchgeführt: o. B. Neuronenspezifische Enolase (NSE, präoperativ) und Chromogranin A und 5-HIES im 24-Std.-Urin (postoperativ) lagen im Normalbereich. Muss hier die Diagnostik bei unbekanntem Primärtumor weitergeführt werden, wenn ja, welche? Oder genügt eine Verlaufsbeobachtung mit regelmäßiger Kontrolle eines spezifischen Tumormarkers, z. B. Chromogranin A?

Antwort von MMW-Experte Prof. Füeßl:

Auf der Basis der gegebenen Informationen sind diese Fragen nicht leicht zu beantworten. Bestanden vor der Laparotomie irgend-

welche klinischen Symptome oder handelt es sich um einen Zufallsbefund im Rahmen einer Bildgebung aus welchen Gründen? Bestand vor der Operation bereits der Verdacht auf einen neuroendokrinen Tumoren (nachdem NSE präoperativ bestimmt wurde) und wenn ja, warum wurden nicht auch Chromogranin A und 5-HIES präoperativ bestimmt? Die Angaben zum Staging und Grading des Tumors sind unvollständig. Diese Frage ist insofern wichtig, als dadurch wesentlich die Prognose eines neuroendokrinen Karzinoms bestimmt wird. Der immunhistochemische Nachweis von Chromogranin A, Serotonin oder Somatostatin in der Histologie korreliert nicht mit der systemischen Hormonsekretion oder der funktionellen Aktivität des Tumors. Viele NET sind immunhistochemisch positiv für Chromogranin A, obwohl dieser Tumormarker im Serum nicht signifikant erhöht ist. Insofern kann man die Verlaufsbeobachtung mittels Chromogranin A versuchen, darf sich aber bei einem negativen Befund nicht in Sicherheit wiegen, dass kein Rezidiv vorliegt.

Ich würde empfehlen, den Patienten in ihrem lokalen Tumor Board vorzustellen unter Würdigung sämtlicher Informationen, die bislang vorliegen. Da der Tumor sich in enger Nachbarschaft zum Duodenum befand, könnte man zur Verlaufskontrolle regelmäßige Endosonografien durchführen, insbesondere dann, wenn die präoperative Endosonografie positiv war. Alternativ bieten sich PET-CT-Verfahren mit spezifischen Tracern an.



Prof. Dr. med. H. S. Füeßl
Isar-Amper-Klinikum,
München-Ost, Haar



**Dr. med.
P. Stiefelhagen**
Westerwald-Klinik
Hachenburg

Antwort von MMW-Experte Dr. Stiefelhagen:

Wenn es sich in der Tat um eine Metastase und nicht um den Primärtumor handelt (kann der Pathologe das mit letzter Sicherheit sagen?), so müsste der Primärtumor im Magen-Darm-Trakt oder Bronchialsystem lokalisiert sein. Wenn mittels PET kein Tumor lokalisiert werden konnte, so gibt es m. E. kein spezifischeres Verfahren, um den Tumor zu lokalisieren. Wenn also jetzt kein weiteres Tumorgewebe nachweisbar ist, würde man m. E. zum jetzigen Zeitpunkt auch keine weitere Therapie planen, aber das PET in einigen Monaten oder wenn spezifische Symptome auftreten wiederholen. Ich würde Ihnen aber raten, den Patienten mit allen Befunden nochmals in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorzustellen.