



INTERNATIONALE AKADEMIE FÜR PATHOLOGIE  
DEUTSCHE ABTEILUNG e.V.  
INTERNATIONAL ACADEMY OF PATHOLOGY  
GERMAN DIVISION INC.

# **Klinische Angaben**

## **Lehrserie Nr. 19**

### **Lungentumoren unter dem Aspekt der aktuellen WHO- Klassifikation**

von:

**Annette Fisseler-Eckhoff, Wiesbaden, K.-M.  
Müller, Münster, 2009**

## **Fallanamnesen:**

### **Fall 01**

57 Jahre alte Frau, Nichtraucherin. 6 und 3 Jahre vor Lungenoperation Struma-Operationen, 2 Jahre vorher gynäkologische Totaloperation (kein Karzinom). 6 Monate dauernde schwere Erkältung und Gewichtsabnahme von 10kg. Röntgenaufnahme 4 Wochen vor OP: geringe Transparenzerhöhung im linken Oberfeld. Computertomogramm: o.B. Bronchoskopie: Gestielter Tumor im distalen linken Hauptbronchus. Nach histologischer Diagnose aus PE Pneumonektomie mit Lymphknotenausräumung.

### **Fall 02**

23 Jahre alte Frau, 5 Jahre vor OP röntgenologisch kleine rundliche Verschattung am rechten unteren Hiluspol. Nach Angiographie seinerzeit Diagnose einer Nebenlunge. Über fasst 5 Jahre verkalkte Größenzunahme der Verschattung. Bronchoskopischer Befund einen Monat vor OP: Stark vaskularisierter Tumor im rechten Unterlappenbronchus. Keine PE wegen Blutungsgefahr. Erweiterte Unterlappenektomie mit Lymphadenektomie.

### **Fall 03**

54 Jahre alter Mann. Seit mehr als 20 Jahren bis zu 60 Zigaretten täglich geraucht. Einen Monat vor OP Verdacht auf rechtsseitigen zentralen Lungentumor. Endoxan-Therapie. Danach röntgenologisch Rückbildung der Mediastinalverbreiterung. Endoskopisch leichtgradige Einengung des ventralen Oberlappensegmentbronchus rechts, kein Tumornachweis. Probethorakotomie. Nach Schnellschnittdiagnose von Lymphknotenmetastasen rechtsseitige Pneumonektomie. Histologischer Nachweis eines kleinzelligen Mikrokarzinoms im Segmentbronchus Nr. 4 als wahrscheinlicher Primärtumor der mediastinalen Lymphknotenmetastasen.

### **Fall 04**

73-jähriger Patient, wenige Wochen vor der stationären Aufnahme Anlage eines aortokoronaren Venenbypasses. Im Rahmen der präoperativen Röntgenthoraxaufnahme fiel ein subpleural gelegener intrapulmonaler Fremdgewebsherd auf.

### **Fall 05**

70-jähriger Patient mit unklaren multiplen Rundherden in der linken Lunge, Zustand nach Unterlappenresektion rechts 7/79 wegen eines Plattenepithelkarzinoms. Zustand nach Tumornephrektomie rechts bei Nierenzellkarzinom 9/79.

### **Fall 06**

84-jährige Patientin, Zustand nach Hemikolektomie 22.10.2004. Jetzt Verdacht auf peripheres Lungenkarzinom im Unterlappen links, DD Metastase Kolonkarzinom.

### **Fall 07**

73-jähriger Patient, seit 4 Monaten trockener Husten. Präoperatives Röntgenbild mit diffuser interstitieller Zeichnungsvermehrung. Probebiopsie: nicht kleinzelliges Karzinom.

### **Fall 08**

53 Jahre alte Frau, Operationspräparat. 30 Jahre vor Lungenoperation über 5 Jahre Spülerin in einer Faser-verarbeitenden Fabrik. Bei Belastungsdyspnoe 14 Jahre vor Lungen-OP Rente wegen Asbestose (BK 4103). Neigung zu Bronchitiden. 1 Jahr vor Operation Verdacht auf Pleuramesotheliom rechts bei abgekapseltem Erguß und Pleuraverdickung im Bereich des rechten Lungenunterfeldes. CT-Thorax: Weichteildichte, gestielte Struktur im Segment Nr. 7 oder 10 rechts. Pleura-Biopsie und Erguß-Zytologie ohne Tumorzellen. Bronchoskopie: o.B. Operation: totale Pleurektomie und Unterlappenresektion bei tumorverdächtigem nekrotischem Prozeß im Bereich der hinteren Unterlappenanteile. Schnellschnittuntersuchung: massive Entzündung, zunächst kein Tumor.

### **Fall 09**

79 Jahre alt gewordener Mann (Obduktionsgut). Ehemaliger Bergmann (20 Jahre unter Tage). Röntgenologisch wiederholt "atypische Schwielenbildung im rechten Mittelgeschoß" beschrieben. 4 Wochen vor Tod zunehmende Dyspnoe, Appetitlosigkeit, Übelkeit. Röntgenologisch eine Woche vor Tod Verdacht auf zentrales Bronchialkarzinom. Klinische Todesursache: kardio-respiratorische Insuffizienz. Dringender Verdacht auf Tumorleiden bei bekannter Silikose.

### **Fall 10**

49-jähriger Pat. der wegen Husten, Hämoptysen und wiederkehrenden Pneumonien stationär aufgenommen wurde. Die Bronchoskopie ergab einen polypoiden endobronchial gewachsenen größeren lobulierten Tumor mit kleinherdigen Verkalkungen. Postobstruktive Pneumonie.

### **Fall 11**

68 Jahre alter Mann. Seit 3 Monaten Nachtschweiß, intermittierend seit 2 Jahren Hämoptysen, wobei es sich nur um geringste Blutbeimengungen im Sputum handelt. Belastungsdyspnoe. Langjähriger Nikotinabusus, Zeichen der chronischen Bronchitis, instabiles Bronchialsystem. In der Bronchusbiopsie Befunde eines zentral lokalisierten undifferenzierten Malignoms, klinisch Stadium IIb.

### **Fall 12**

71-jähriger Patient. Zustand nach Nierenzellkarzinom mit Tumornephrektomie 2003.4 Jahre später Verdacht auf solitäre Metastase des Nierenzellkarzinoms.

### **Fall 13**

61 Jahre alter Mann. Seit 40 Jahren 30 Zigaretten täglich. Chronischobstruktive Bronchitis, 6 Monate vor Lungenoperation rezidivierende Bronchopneumonien/Leistungsknick. Röntgenaufnahme: hilusnahe 4 x 2 cm große Verschattung. Bronchoskopie 4 Wochen vor Operation: Tumorverschluß des Unterlappenbronchus, Übergreifen auf den Oberlappenbronchus. Histologie aus PE: "großzelliges, wenig verhornendes Plattenepithelkarzinom". Pneumonektomie (TNM: T3/N2/M0). Tod am 14. postoperativen Tag in respiratorischer Insuffizienz.

### **Fall 14**

62-jähriger Patient, im Rahmen einer Gastroenteritis Durchführung einer Röntgenuntersuchung der Brustkorborgane, dabei wurde als Zufallsbefund ein tumorsuspekter Herd im rechten Lungenunterlappen festgestellt. Im CT keine mediastinalen oder hilären Lymphknotenvergrößerungen.

### **Fall 15**

35 Jahre alte Frau. Operationspräparat. Bekannte Neurofibromatose von Recklinghausen. Nach der Begutachtung eingegangene zusätzliche Informationen: 7 Jahre vor Lungenoperation Entfernung eines Myoms und von Teilen des Ovars. Seinerzeitige Diagnose: Fibroleiomyom. Bereits 1,5 Jahre vor der Lungenoperation Nachweis multipler pulmonaler Rundherde. Ein Jahr vor Lungenoperation Entfernung multipler subcutaner Knoten. Diagnose: Neurofibrome. Röntgenbefund: großer homogener Tumor im rechten Lungenoberfeld und drei knollige Raumforderungen auf der linken Seite. Später computertomographisch Nachweis großer Tumormassen in der Leber. Verdacht auf rezidivierende Lungenembolien.

### **Fall 16**

14jähriges Mädchen mit bekanntem Turner-Syndrom (X0-Mosaik). Zustand nach Therapie mit Wachstumshormonen seit dem 2. Lebensjahr. Bei Kontrolluntersuchung im Rahmen der Abklärung eines Rundherdes im rechten Lungenlappen überraschender Befund einer "diffusen interstitiell-zystischen Lungenerkrankung". Verdacht auf Histiocyotosis X. Offene Lungenbiopsie zur Abklärung des Befundes.

### **Fall 17**

15 Jahre, männlich. Seit Jahren Asthma bronchiale. 8 Monate vor Lungenoperation röntgenologisch Rundherd im Segment 3 links. Kontinuierliche Vergrößerung des Rundherdes. Katheter-Saugbiopsie ohne eindeutige Diagnose. Operation mit Excision des Rundherdes.

### **Fall 18**

88 Jahre alter Mann. 2 Jahre vor Lungenoperation PE aus apikalem Oberlappensegment links bei Verdacht auf Karzinom in einer alten tuberkulösen Kaverne. Aspergillom? Seinerzeit wurde in der Biopsie deskriptiv von „eingedickten Eiweißstrukturen“ gesprochen. Befund in den nachfolgenden 2 Jahren weitgehend stationär. Operative Entfernung des linken Oberlappens unter der Verdachtsdiagnose einer Tuberkulose mit Pilzbesiedlung. Postoperativ Stumpfinsuffizienz/Re-Thorakotomie/Unterlappenentfernung.

### **Fall 19**

51-jähriger Patient, seit geraumer Zeit Luftnot, Husten, Auswurf. Die endoskopische Untersuchung zeigt einen die Schleimhaut auftreibenden Tumor im Bereich der mittleren Trachea mit endoluminalem Wachstum. Klinische Verdachtsdiagnose: Karzinoidtumor. Procedere: Tracheateilresektion.

### **Fall 20**

34 Jahre alter Mann. Seit 2 Monaten zunehmende allgemeine Hinfälligkeit. Rezidivierende Fieberschübe, massiver Gewichtsverlust. BSG 97/130 nW. Differentialblutbild unauffällig. Keine tastbaren Lymphknotenvergrößerungen. Röntgenuntersuchung: 5 Rundherde im rechten Lungenmittel- und Unterlappen. Sonographie und CT: 2 cm im Durchmesser großer echoarmer Bezirk im Pankreaskopfbereich. Fraglich vergrößerte Lymphknoten an den Nierenhili. Knochenszintigramm: multiple osteolytische Herde.

### **Fall 21**

66 jähriger Patient, seit Wochen Husten und Dyspnoe.

## **Fall 22**

77 Jahre alter Mann. Beruf: Maschinenschlosser in einer Zuckerfabrik (1950 - 1981) gelegentliche Turbinenrevision. 10 Jahre vor dem Tod Harnblasenpapillom, 3 Monate vor dem Tod Pleuraerguß rechts. Obduktionsbefund: Pleuraerguß und massive Pleuraschwarte "rechts". Bronchopneumonien.

## **Fall 23**

68 Jahre alter Mann, Raucher, auswärtig vordiagnostizierter Tumor im rechten Lungenunterlappen. Eine auswärts durchgeführte Probebiopsie ergab die Diagnose Misch tumor, adenosquamöses Karzinom. Im Rahmen des Staging fiel eine Nebennierenmetastase links auf.

## **Fall 24**

65 Jahre alter Mann. Im Rahmen der Untersuchungen bei der Behandlung einer arteriellen Verschlusskrankheit röntgenologische Diagnose eines pulmonalen Rundherdes. Bei klinischer Untersuchung kein Hinweis für einen primär extrapulmonalen Tumor. Präoperative Diagnosesicherung nicht möglich.

## **Fall 25**

56-jähriger Patient mit thorakalen Schmerzen sowie Sinustachykardie und Dyspnoe, seit Wochen Stechen im Bereich der rechten Brust sowie im Schulterbereich, in den letzten Tagen Dyspnoe. Röntgenthorax und CT-Thorax: Ausgedehnte, teils nekrotische Raumforderung im rechten apikalen Oberlappen mit breitbasigem Pleurakontakt, Abdrängung des Mediastinums nach links. Durchführung einer medianen Sternotomie mit extrapleuraler, erweiterter Mediastinaltumorresektion und Tumordefektresektion des Nervus vagus und Nervus phrenicus rechts und Subsegmentresektion Oberlappen S1 und Mittellappen S4.

## **Fall 26**

54 Jahre alter Mann. Operationsgut. Vor 4 Jahren kurative Ober- und Unterlappenklemmenresektion wegen eines Plattenepithelkarzinoms rechts. Jetzt große Tumorverschattung im rechten Oberfeld. Endoskopisch kein Tumornachweis. 3 Wochen vor Operation perthorakale Lungenbiopsie aus 6 cm großem Pancoast-Tumor. Histologische Tumorsicherung. Mediastinoskopie ohne Hinweise für Lymphknotenmetastasen.

## **Fall 27**

13 Jahre alter Patient aus Bosnien. Im August beim Fußballspielen stechende Schmerzen im Rücken verspürt, Röntgen-Thoraxaufnahme sowie CT ergaben eine unklare 4 cm große Raumforderung im Bereich der linken Brust. Verdacht auf Tuberkulose: Sputums auf säurefeste Stäbchen negativ, PCR auf Mycobacterium tuberculosis complex negativ, WT10 positiv. Trotz negativem Direktnachweis antituberkulostatische Therapie. Unter der Therapie Tumorgrößenzunahme links zentral. Videothorakoskopische Punktion eines mediastinalen Lymphknotens: Hochdifferenzierter neuroendokriner Tumor. Aufgrund der Tumorgröße Induktionschemotherapie anschließende erweiterte Oberlappen-Doppelmanschettenresektion mit systematischer mediastinaler, hilärer und interlobärer Lymphknotendissektion.

## **Fall 28**

70-jähriger männlicher Patient, Zustand nach Unterlappenresektion rechts 7/97 wegen eines Plattenepithelkarzinoms, Zustand nach Nephrektomie rechts 9/97 wegen eines tubulo-papillären und kompakt klarzelliges Nierenzellkarzinoms, pT1, G2, aktuell Nachweis eines Rundherdbefundes in S1 links

## **Fall 29**

Zustand nach Rektumresektion wegen eines Rektumkarzinoms, Zustand nach Chemotherapie. Jetzt pulmonal aufgetretener Rundherd. Thorakotomie rechts 6/07 zur Metastasenresektion.