

KF-1.4 „Palliative“ Ösophagusresektion bei Adenokarzinom des distalen Ösophagus mit V.a. mediastinale Lymphknotenmetastasen und Lungenrundherden

C. Ludwig¹, N. Mose¹, J. Roder¹

¹Kreisklinikum Altötting- Burghausen

Bei einem 53-jährigen Patienten mit Dysphagie konnte im Dezember 2012 ein mittelgradig differenziertes tubulo-papilläres Adenokarzinom im distalen Ösophagus endoskopisch biotisch gesichert werden. Endosonographisch ergab sich als Stadium uT3N+. In den Staginguntersuchungen zeigten sich paraoesophageale und perihiläre Lymphknotenvergrößerungen sowie über beiden Lungen unspezifische kleine Rundherde, die bei Verkalkung in ihrer Dignität nicht sicher zu beurteilen waren und differentialdiagnostisch auch einer Sarkoidose hätten zugeordnet werden können. In Anbetracht der diagnostischen Unsicherheit bezüglich Metastasierung wurde in der interdisziplinären Tumorkonferenz zunächst das kurative Therapiekonzept mit neoadjuvanter Radiochemotherapie und anschließender Resektion gewählt. Unter Radiochemotherapie zeigten sich in einer Computertomographie vom Januar 2013 die Lungenrundherde sowie auch die mediastinalen Lymphknoten größenkonstant. Für den Primärtumor ergab sich eine sehr gute Regression, welche auch in den Restaginguntersuchungen im März 2013 im Sinne einer mixed response endoskopisch bestätigt werden konnte. In der interdisziplinären Tumorkonferenz wurde daraufhin der Abbruch der neoadjuvanten Radiochemotherapie beschlossen. Obwohl das Vorliegen eines metastasierten Ösophaguskarzinoms nicht ausgeschlossen werden konnte, wurde in Anbetracht des guten Allgemeinzustandes und des jungen Alters des Patienten die Entscheidung zur Resektion getroffen. Am 20.03.2013 wurde die rechts-transthorakale Ösophagektomie mit Rekonstruktion durch Magenhochzug im hinteren Mediastinum sowie die Lymphknotenexstirpation und Lungenkeilexzision am rechten Unterlappen durchgeführt. Im histopathologischen Befundbericht ergab sich die Klassifikation ypT0, N0 (0/13), L0, V0, Resektionsstatus R0 mit kompletter Tumorregression. In den Lymphknoten und im Lungenresektat konnten keine Tumorzellen nachgewiesen werden, wobei als Überraschungsbefund in beiden Gewebeproben eine Tuberkulose diagnostiziert werden konnte. Retrospektiv kann die Diagnose Tuberkulose die computertomographisch gesehenen Lymphknotenvergrößerungen und die Lungenrundherde erklären. Es wurde eine antimikrobielle Therapie eingeleitet und die onkologische Therapie beendet. Take-home-message: Trotz ihrer Seltenheit muss die Tuberkulose als Differentialdiagnose bei Lungenrundherden sowie mediastinalen Lymphknotenvergrößerungen auch bei malignen gastrointestinalen Tumoren in Betracht gezogen werden.