

INTERDISZIPLINÄRE ONKOLOGIE

Offizielles Organ der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie

Thoraxchirurgische Eingriffe in palliativer Intention

Tomaselli F

Interdisziplinäre Onkologie 2013;
5 (1), 58-60



Homepage:

www.kup.at/acoasso

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**



Thoraxchirurgische Eingriffe in palliativer Intention

F. Tomaselli

Kurzfassung: Aufgrund der wesentlichen Fortschritte in der modernen Thoraxchirurgie und Anästhesie stehen heute bei einzelnen palliativen Situationen operative Verfahren zur Verfügung.

Voraussetzung für eine Thoraxchirurgie in palliativer Intention ist ein interdisziplinäres Miteinander und ein offener empathischer Umgang mit den Patienten und deren Angehörigen. Dieser Artikel beleuchtet die momentane Situation und soll dazu beitragen, auch bei fortgeschritte-

nen Erkrankungen die symptomorientierte Operation in Erwägung zu ziehen.

Schlüsselwörter: Thoraxchirurgie, Palliation, Intention

Abstract: Thoracic Surgery in Palliative Intent. Due to the significant advances in modern thoracic surgery and anesthesia there are now palliative surgical procedures available for various conditions.

The prerequisite for thoracic surgery in palliative intent is an interdisciplinary cooperation and an open, empathic approach to the patients and their relatives. This article looks at the current situation and should help, even in case of advanced disease, consider symptom-based operation. *Interdiz Onkol 2013; 2 (1): 58–60.*

Key words: thoracic surgery, palliation, intent

■ Einleitung

In der interdisziplinären onkologischen Thoraxchirurgie nehmen operative Eingriffe in palliativer Intention einen zunehmenden Stellenwert ein, obwohl es derzeit noch kaum valide Daten (Metaanalytik bzw. prospektiv-randomisierte Studien) zu diesem Thema gibt.

Lediglich für die minimalinvasive (VATS-) Therapie des malignen Pleuraergusses [1–3] existieren Daten, die belegen, dass der Patient von dieser Therapieform profitiert.

Somit beruht die Evidenz des interdisziplinären thoraxchirurgischen Handelns [4, 5] in den meisten Fällen auf:

- klinischer Erfahrung,
- onkologisch-operativem Wissen und
- einer transparenten interdisziplinären Zusammenarbeit.

Patienten und deren soziales sowie familiäres Umfeld sollten über den geplanten, palliativen operativen Eingriff genauestens informiert werden, wobei eine empathische Patientenbetreuung die Basis für dieses Miteinander darstellt.

Die häufigsten Indikationen für thoraxchirurgische Eingriffe in palliativer Intention lassen sich in folgende Gruppen einteilen:

1. Management von vital bedrohlichen Zuständen (vor allem Blutungssituation)
2. Behebung bzw. Beseitigung therapierefraktärer Schmerzsymptome
3. Symptomorientierte Behandlung von therapierefraktären poststenotischen Infektionen

Die palliative Thoraxchirurgie ermöglicht so eine vorübergehende Erhaltung bzw. Verbesserung von Lebensqualität und

lässt in weiterer Folge eine Betreuung von schwerkranken Patienten in ihrem gewohnten familiären Umfeld zu.

Die funktionelle Abklärung der Operabilität erfolgt nach bestehenden Standards [6, 7], wobei das Ausmaß der Operation von einem minimalinvasiven Vorgehen (z. B. VATS-Pleurodese) bis zur intraperikardialen Pneumonektomie reichen kann.

Auch bei geplanten Tumorreduktionen bzw. -resektionen muss die funktionelle Resektabilität entsprechend präoperativen Standards ermittelt werden; hier gelten klar definierte Vorgaben bezüglich der technischen Umsetzung.

Es sollte möglichst eine R0-Resektion erzielt werden, wobei jedoch auch eine Tumorreduktion (Tumor-Debulking) im Einzelfall durchaus Sinn machen kann.

■ Palliative thoraxchirurgische Eingriffe beim nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom

Im diagnostizierten Tumorstadium 3b und 4 gemäß der TNM-Klassifikation [8, 9] ist aus heutiger Sicht eine kurative Lungenresektion nicht mehr sinnvoll bzw. möglich.

Anatomische (Segmentresektion, Lobektomie, Pneumonektomie) bzw. nicht-anatomische atypische Lungenresektionen sind auch in diesen Tumorstadien (Tumorstadium UICC 3b und 4) eine effiziente Option und stellen bei folgenden Symptomen eine thoraxchirurgische Möglichkeit in palliativer Intention dar:

1. Vital bedrohliche Blutungssituation
2. Therapierefraktäre Schmerzsituation
3. Therapierefraktäre (inkl. interventionelle) poststenotische Infektionsproblematik (Abb. 1 und 2)

Vor allem Infektions- bzw. Sepsisbilder im Rahmen von poststenotischen Komplikationen stellen eine durchaus gangbare Indikation für ein resezierendes Verfahren dar. Im Rahmen dieser operativen Vorgehensweise kann die Ursache kompetent behoben und eine effiziente Therapie von poststeno-

Eingelangt am 20. August 2012; angenommen am 27. August 2012

Aus der Abteilung für Chirurgie, Krankenhaus der Elisabethinen Linz

Korrespondenzadresse: Univ.-Doz. Dr. med. Florian Tomaselli, Abteilung für Chirurgie, Krankenhaus der Elisabethinen Linz, A-4040 Linz, Fadingerstraße 1; E-Mail: florian.tomaselli@elisabethinen.or.at

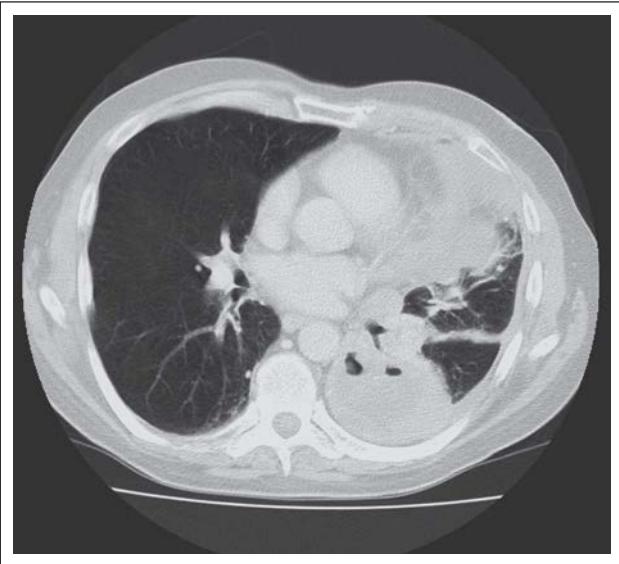


Abbildung 1: Präoperatives Thorax-CT bei therapierefraktärer Stenoseproblematik cT2–3cN2cM1 (cereb.).

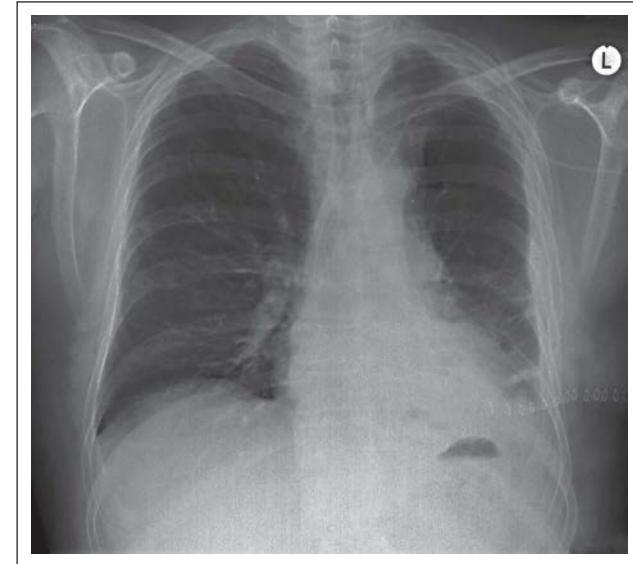


Abbildung 2: Postoperatives Thoraxröntgen (7. po) vor Entlassung.

tischen abszedierenden Pneumonien bzw. auch eine nachhaltige Kontrolle von tumorassoziierten Blutungen erreicht werden.

■ Thoraxwandtumore

Palliative thoraxchirurgische Indikationen im Fall von Thoraxwandtumoren sind meistens aufgrund therapierefraktärer Schmerzzustände (trotz Ausschöpfung sämtlicher, moderner schmerzanalgetischer Verfahren) bzw. bei drohenden Erosions- bzw. exulzerierenden Dekubitusblutungen symptomorientiert.

Palliative Resektionen müssen in einem interdisziplinären Umfeld geplant und umgesetzt werden, wobei Patienten und ihre Angehörigen in den Entscheidungsprozess eingebunden werden sollten.

Therapierefraktäre Schmerzen können aufgrund einer Brustwandinfiltration vor allem durch die Kompression von Interkostalnerven, die Beteiligung des kostalen Periosts sowie der knöchernen Struktur der Pleurablätter eine massive Beeinträchtigung für den Patienten darstellen. Das postoperative Ergebnis hängt davon ab, ob alle infiltrierten Areale entfernt werden können. Hierbei bildet die anatomische Struktur (Wirbelsäule, Rippen inkl. Gelenke sowie der rückenmarksnahe Abschnitt der intrakostalen Nerven) die Grenze des operativen Vorgehens. Eine daran anschließende Schmerztherapie (bis hin zur intrathekalen Schmerztherapie) sollte auf jeden Fall entweder stationär oder ambulant angeboten werden bzw. gewährleistet sein.

■ Mediastinale Tumore

Der Großteil der mediastinalen Tumoren bleibt über ein langes Intervall asymptomatisch und wird meist erst als Zufallsbefund diagnostiziert. Grundsätzlich gilt sowohl für die interdisziplinäre als auch chirurgische Therapie von mediastinalen Tumoren die kurative radikale Resektion zu planen und umzusetzen.

Eine palliative Tumorreduktion im Sinne eines Tumor-Debulking kann in Einzelfällen indiziert sein.

Jedoch ist die palliative Operation wie bei einem kurativen Therapieansatz in der Regel nur der erste Schritt, auf den anschließend multimodale Strategien folgen [7]. Bei Patienten, welche mit einer rasch progredienten, mediastinalen klinischen Problematik vorgestellt werden, ist im Regelfall folgendes Vorgehen notwendig:

1. Eine rasche effiziente Diagnosesicherung für eine anschließende adjuvante Kombinationstherapie und
2. ein interventionelles Stenosemanagement (venös bzw. intestinal).

■ Maligner Pleura- bzw. Perikarderguss

Die Hauptsymptome des malignen Pleuraergusses sind Atemnot, Husten und Thoraxschmerzen und stellen für den Patienten meist eine deutliche Reduktion der Lebensqualität mit mehr oder weniger häufigen Krankenhausaufenthalten dar.

Die Wahrscheinlichkeit für Malignopatienten, einen rezidivierenden Pleuraerguss zu entwickeln, liegt bei 26–49 % bei Mammakarzinom, bei 10–24 % bei Bronchialkarzinom und bei 16–17 % bei Ovarialkarzinom [1].

Bei fehlender systemischer Therapiemöglichkeit sollte im Rahmen eines interdisziplinären Zugangs eine möglichst rasche und effiziente Ergussbehandlung angestrebt werden. Durch die mögliche Reduktion des Pleuraergusses kann für den Großteil der Patienten für den Zeitraum von mehreren Wochen bis Monaten eine annähernd normale Alltagssituation hergestellt werden.

Große Fallstudien [10] sowie Übersichtsarbeiten [1–3] zeigen, dass die minimalinvasive (VATS-) Talkumpleurodese die effizienteste Methode darstellt. Die Quote einer suffizienten Ergussreduktion kann gegenüber herkömmlichen Pleurodeseverfahren (ca. 60–75 %) auch deutlich (> 90 %) gesteigert werden [10].

Die minimalinvasive VATS-Talkumpleurodese stellt für die Patienten einen komplikationsarmen sicheren Eingriff dar. Es sollten jedoch im Vorfeld folgende Bedingungen gewährleistet bzw. überprüft werden:

- Die durch Kompression atelektatisch veränderte Lunge sollte nach Ergussdrainage radiologisch kontrolliert entfaltbar sein.
- Die Dekompression der Lunge muss zu einer deutlichen Linderung der respiratorischen Beschwerdesymptomatik führen.

Für den symptomatischen malignen Perikarderguss stellt die VATS-Chirurgie ebenfalls eine Alternative dar, die mittels minimalinvasivem Zugang und einer definitiven Drainage eine spürbare Entlastung bietet. Der diagnostische und somit therapeutische Erfolg der minimalinvasiven VATS-Perikardfenestrierung liegt bei > 90 % [11, 12].

■ Zusammenfassung

Die Thoraxchirurgie in palliativer Intention stellt einen wesentlichen Aspekt in der interdisziplinären Zusammenarbeit bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen dar. Jede palliative Operation kann ein sinnvolles Verfahren sein, wenn die Ziele sowohl für den Patienten als auch für das behandelnde Team klar definiert und die technische operative Umsetzung sicher realisierbar ist. Heute spielt die Thoraxchirurgie eine wesentliche Rolle bei:

- Blutungssituation
- therapierefraktären Schmerzsituationen und vor allem bei
- therapie- (inkl. interventionellen) refraktären poststenotischen Infektionen.

■ Interessenkonflikt

Der Autor verneint einen Interessenkonflikt.

■ Relevanz für die Praxis

1. Eine symptomorientierte Therapie sollte in einem interdisziplinären Team geplant und umgesetzt werden.
2. Vor geplanten interventionellen bzw. operativen Maßnahmen muss eine umfassende und offene Information des Patienten gewährleistet sein.
3. Die wichtigsten Indikationen sind maligner Pleuraerguss, poststenotische Infektionsproblematik und therapierefraktärer Schmerz.

Literatur:

1. Furrer M, Inderbitzi R. Pleurodeseverfahren beim malignen Pleuraerguss. Schweiz Med Wochr 1992; 122: 181–8.
2. Moores DWO. Malignant pleural effusion. Sem Oncol 1991; 18: 59–61.
3. Austin EH, Flye MW. The treatment of recurrent malignant effusion. Ann Thorac Surg 1979; 28: 190–203.
4. Ellis J, Mulligan I, Rowe J, et al. Impatient general medicine is evidence based. Lancet 1995; 346: 407–10.
5. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, et al. Evidence-based medicine: What it is and what isn't. BMJ 1996; 312: 71–2.
6. Arroglia AC, Buzaid AC, Mattay RA. Which patients can safely undergo lung resection? J Respir Dis 1991; 12: 1080–4.
7. Herfarth C, Schlag P (Hrsg). Richtlinien zur operativen Therapie maligner Tumoren. 4. Aufl. Demeter, Gräfeling, 1993.
8. Mountain CF. Revisions in the international system for staging lung cancer. Chest 1997; 111: 1718–23.
9. Goeckenjan G. Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms. Pneumologie 2010; 64 (Suppl 2): e1–e164.
10. Boutin C. Pleurodesis for chronic pleural effusion. In: Boutin C (ed). Practical Thoracoscopy. Springer, Berlin, 1990; 65–72.
11. Inderbitzi R, Furrer M, Leupi F. Pericardial biopsy and fenestration. Eur Heart J 1993; 14: 135–7.
12. Kralstein J, Frishman W. Malignant pericardial diseases: Diagnosis and treatment. Am Heart J 1987; 113: 785–90.



Univ.-Doz. Dr. Florian Tomaselli

1998 Facharzt für Allgemeinchirurgie (Salzburg), 2001 Facharzt für Thoraxchirurgie (Graz), 2003 Habilitation (Graz) und 2005 Facharzt für Viszeralchirurgie.

Operative Schwerpunkte: onkologische Thoraxchirurgie (inklusive VATS) und Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts (Ösophagus, Magen), interdisziplinäres Metastasenmanagement (Lunge, Leber) und SILS (CHE, Kolon).

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere
zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)