

# Zungentumor als Erstmanifestation eines metastasierenden Bronchialkarzinoms

D. Plett, F. Sack, S. Remmert - Duisburg



Malteser  
...weil Nähe zählt.

## Einleitung:

Das Lungenkarzinom ist der bei weitem häufigste von der Lunge ausgehende, maligne Tumor. Die vier großen histologischen Typen des Lungenkarzinoms sind: Plattenepithelkarzinom (30 bis 40 %), Adenokarzinom (25 bis 30 %), großzelliges Karzinom (weniger als 10 %) und kleinzelliges Karzinom (15 bis 20 % der Lungenkarzinome). Die Mehrheit der Patienten mit einem Lungenkarzinom hat zum Zeitpunkt der Diagnosestellung Symptome. Allerdings gibt es keine spezifischen Frühsymptome (1). Die Symptomatik des Lungenkarzinoms kann vom endobronchialen Wachstum, von der Ausbreitung im Thorax oder durch eine Fernmetastasierung bestimmt sein (Tab.1, 2). Ein besonderer Fall eines Lungenkarzinoms wird hier vorgestellt. Die Erstmanifestation eines bereits diffus metastasierenden Lungenkarzinoms zeigte sich erst in Form eines Zungentumors.

### Symptome und Befunde des Lungenkarzinoms und Häufigkeitsverteilung wichtiger Symptome\*1

Symptome und Befunde durch endobronchiales Wachstum  
Husten (8–75 %), Hämoptysen (6–35 %), Schmerz, Giemen (0–2 %), poststenotische Pneumonien, Dyspnoe (3–60 %), Stridor (0–2 %)

Symptome und Befunde durch die Ausbreitung im Thorax  
Thoraxschmerz (20–49 %), Heiserkeit, obere Einflusstauung, Hornerische Trias, Pleuraerguss, Perikarderguss, Dysphagie, hochstehendes Zwerchfell

Systemische Zeichen der Tumorerkrankung  
Gewichtsverlust (0–88 %), Nachtschweiß, Abgeschlagenheit, Fieber (0–20 %)

Symptome und Befunde durch Fernmetastasierung  
Knochenschmerzen (6–25 %), Kopfschmerzen, neurologische oder psychiatrische Auffälligkeiten, Querschnittslähmung, Hepatomegalie, pathologische Frakturen

Symptome durch paraneoplastische Syndrome  
Cushing-Syndrom, Syndrom der inadäquaten ADH-Freisetzung, Lambert-Eaton-Syndrom, Pierre-Marie-Bamberger-Syndrom u.a.

Tab. 1: Symptome und Befunde des Lungenkarzinoms und Häufigkeitsverteilung wichtiger Symptome

## Literaturverzeichnis:

- (1) Dtsch Arztebl Int 2009; 106(49): 809-20: Lungenkarzinom – aktuelle Diagnostik und Therapie
- (2) Spiro SG, Gould MK, Colice GL: Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndroms, Chest 2007; 132: 149-60
- (3) Alberg AJ, Ford JG, Samet JM: Epidemiology of lung cancer: ACCP evidence based clinical practice guidelines. Chest 2007; 132: 29-55
- (4) Rivera MP, Mehta AC: Initial diagnosis of lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2007; 132: 131-48

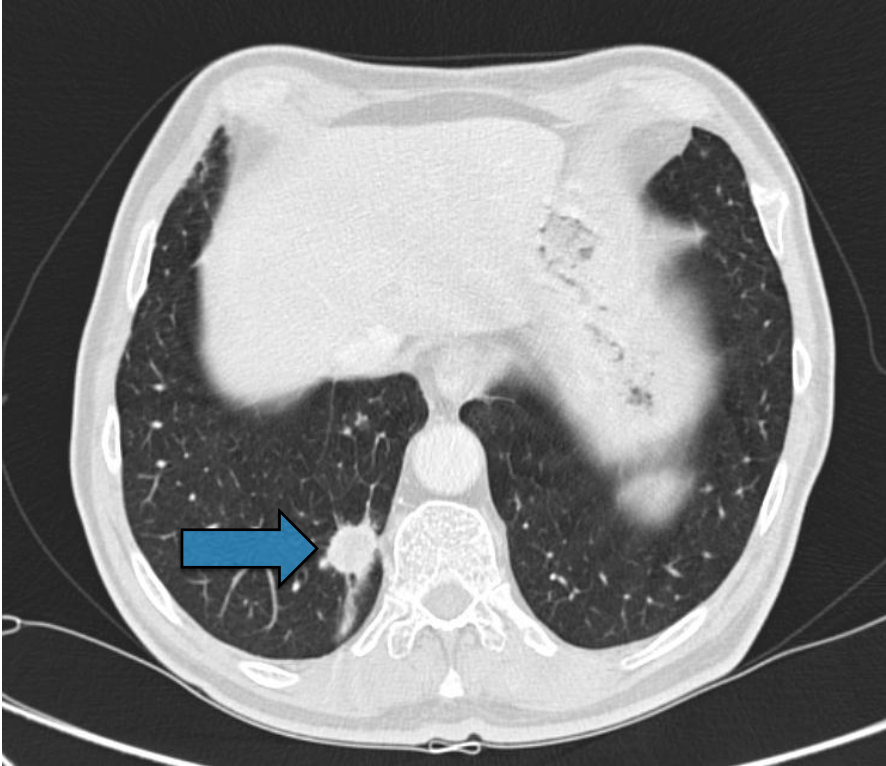
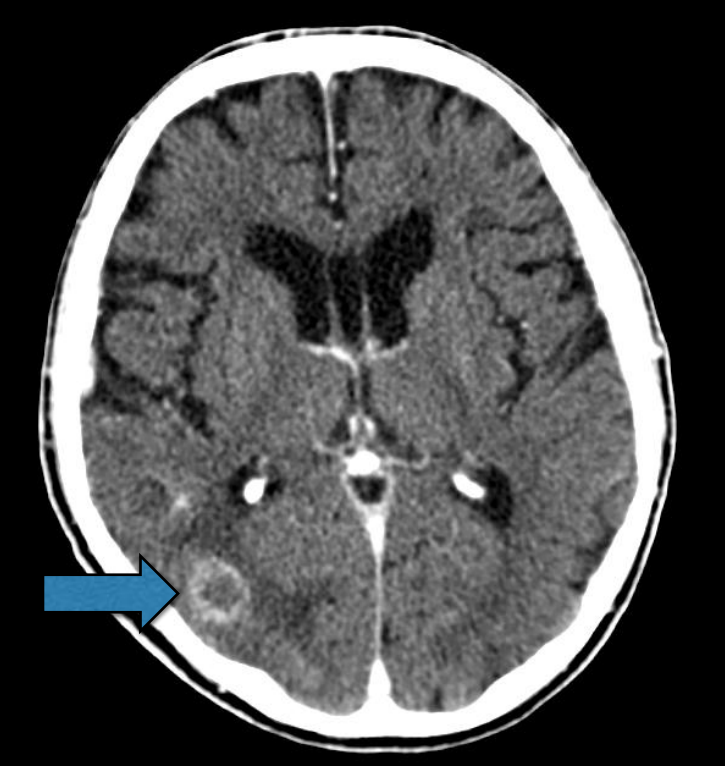
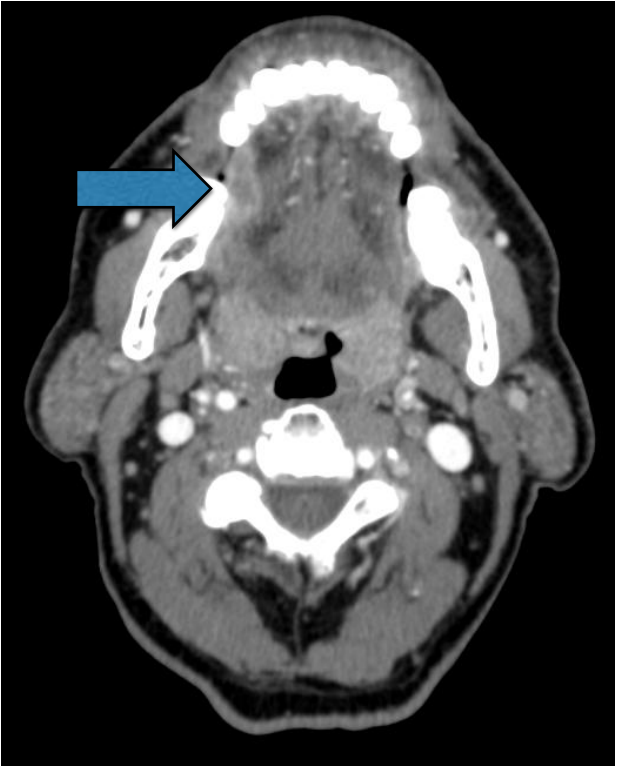


Bild 1 (links): CT-Hals: Hier zeigt sich die kontrastmittelaufnehmende Läsion am ventrolateralen Zungengrund rechts

Bild 2 (mittig): CT-Schädel: Darstellung der intracerebralen Metastase im Occipitallappen rechts

Bild 3 (rechts): CT-Thorax: Der vermutete Primarius im dorso-basalen Unterlappen rechts

## Kasuistik:

In unserer HNO-ärztlichen Ambulanz stellte sich ein 70-jähriger Patient mit einer seit 6 Wochen bestehenden Veränderung des rechten Zungenrandes vor. Anamnestisch bestanden zum Zeitpunkt der Erstvorstellung eine leichte Schmerzsymptomatik sowie ein ungewollter Gewichtsverlust von 4 kg. In der HNO-Spiegeluntersuchung zeigte sich im hinteren Drittel des rechten Zungenrandes eine malignomsuspekte Raumforderung. Vor der geplanten Panendoskopie wurde ein CT-Staging durchgeführt. Hier ließen sich eine zentral einschmelzende, kontrastmittelaufnehmende Läsion am ventrolateralen Zungengrund rechts, im M. pterygoideus medialis links sowie intramuskulär links dorsal auf Höhe C3-C7 nachweisen. Im CT des Thorax fielen multiple intrapulmonale Herde beidseits auf, der Größte im dorso-basalen Unterlappen rechts. Außerdem zeigten sich malignomverdächtige Befunde in Leber, Lunge, Rippen, Nebennieren, Mesenterium, Pankreas, Peritoneum und schließlich im ergänzenden CT des Schädels auch intracerebral. Histologisch ergab sich nach Probeentnahme aus dem Zungenbefund die Diagnose eines niedrig differenzierten, nicht-kleinzelligen Adenokarzinoms entsprechend der Klinik im Sinne einer Metastase eines Bronchialkarzinoms. Der Patient erhielt anschließend durch die Onkologie unseres Hauses eine palliative Chemotherapie mit Paclitaxel und Carboplatin sowie eine Ganzhirnradiotherapie. Die Chemotherapie wurde bei stark reduziertem AZ nach dem 4. Zyklus abgebrochen. Der Patient verstarb 5 Monate nach Erstdiagnose.

## Diskussion:

Das Lungenkarzinom ist weltweit und auch in Deutschland der häufigste zum Tode führende Tumor bei Männern und in Deutschland an dritter Stelle bei Frauen (1). In der Entstehung des Lungenkrebses kommt exogenen Noxen, vor allem dem inhalativen Zigarettenrauchen, die entscheidende Bedeutung zu. Etwa 90% der Lungenkarzinome sind darauf zurückzuführen (3). Die Abklärung des Lungenkarzinoms umfasst die histologische Sicherung (durch Bronchoskopie), Ausbreitungsdiagnostik (mittels Kontrastmittel-CT des Thorax und der Oberbauchorgane, PET-CT) und der funktionellen Charakterisierung des Patienten (Klärung von Komorbiditäten) (1). In den Stadien I-IIIa (hergeleitet aus dem TNM-Stadium) ist eine operative Therapie mit ggf. anschließender Radiochemotherapie indiziert. Bei 40-50% der Patienten, bei denen ein nicht kleinzelliges Lungenkarzinom im Stadium IV diagnostiziert wird, wie bei unserem Patienten, kann für die Erkrankung lediglich eine palliative Therapie mittels Radiochemotherapie angeboten werden (4). Das 5-Jahresüberleben liegt bei etwa 15% und ist streng stadienabhängig (Tab.2).

Tab. 2: Prognose des nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms (1)

### Prognose des nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms\*1

	Klinisches Stadium		Pathologisches Stadium	
	5-Jahres-überleben	medianes Überleben	5-Jahres-überleben	medianes Überleben
IA	50 %	60 Monate	73 %	119 Monate
IB	40 %	37 Monate	54 %	70 Monate
IIA	24 %	38 Monate	48 %	54 Monate
IIB	25 %	18 Monate	38 %	33 Monate
IIIA	18 %	14 Monate	25 %	23 Monate
IIIB	8 %	10 Monate	19 %	16 Monate
IV	2 %	6 Monate	21 %	18 Monate