

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Onko XXIII - Lungen-interdiszi-Krebs
1.1.	Erstsymptome
1.2.	allgemeines
1.3.	Hämoptyse
1.4.	Diag
1.5.	Patho
1.6.	Klassifi
1.7.	kleingroß
1.8.	Plattenspithel
1.9.	Adenokarzinom
1.10.	großzelliges
1.11.	Kleinzeller
1.12.	Folgen
1.13.	Pulmo
1.14.	Progn
1.15.	Rauchi
1.16.	OP
1.17.	Strahlentherapie
1.18.	Pneumologie III

1. ONKO XXIII - LUNGEN-INTERDISZI-KREBS

1.1. **Erstsymptome.**

- Husten bei 63% (Warnsignal über 1/2 Jahr)
- Müdigkeit 54%
- 28% Erstsympt Hämoptyse = spätsymptom, 5% derer leben noch ein Jahr
- Gewichtsabnahme bei 45%
- 35% Luftnot
- 20% Fieber (Pneumoniegefahr)
- 15% Brustschmerz
- 15% Krampfanfall (meta)

- 10% Heiserkeit (meta)

1.2. **allgemeines.**

- normalerweise keine 2 Jahre
- noch gibt es kein Screeningprogramm
- Tumormarker in der Pulmologie bringen nichts, insbesondere nicht für die Diagnose, auch bei Verlauf umstritten (Dozent benutzt die prinzipiell nicht)

1.3. **Hämoptyse.**

- Klassiker: Lungenembolie post-OP oder so
- TBC & Aspergillom usw. selten

1.4. **Diag.**

- Röntgen um von Pneumonie usw. zu differenzieren
- CT für genaueres
- Bronchoskopie

1.5. **Patho.**

- Biopsieentnahme idR. per Bronchoskopie
- Biopsat inklusive Knorpelspange und so, man hat also z.B. mitunter einen kompletten Bronchiolus der verstopft ist durch exophytisch gewachsenem Tumor

1.6. **Klassifi.**

- T1 unter 3cm (unter 2 T1a)
- T2 -7cm oder Pleurainfiltration
- T4 in Nachbarorganen

1.7. **kleingroß.**

- 20% SCLC fast nur bei Rauchern → immer metastasiert, Einflusstauung, paraneoplastische Syndrome wie Thrombopenie
- 80% NSCLC: Plattenepithel bei Rauchern 35%, Adenokarzinom 30% auch gerne bei Nichtrauchern

1.8. **Plattenspithel.**

- 35%, Rauchrauch
- gerne zentral näh Carina oder so
- Lymphknoten sind schwarz durch Phagocytose des Rauchteers
- Beispielbild: großer paracarinärer Tumor mit mittig vorhandenem schwarzen LK der da zufällig lag

1.9. **Adenokarzinom.**

- 30%
- rauchen egal
- wächst peripher
- örtlich ähnlich wie Pleromesotheliom → unterscheidung per Immunhistochemo

1.10. **großzelliges.**

- undifferenziert
- der Rest quasi

1.11. **Kleinzeller.**

- landkartige Nekrosen & Quetschungszeichen
- schaut aus wie Lymphos
- unterscheidung von Entzündung auf jeden Fall per Immunhistochemischer Färbung

1.12. **Folgen.**

- WHO: The smokers body
- alle 6,5s stirbt weltweit jemand wegen des Rauchens + Brände + Verkehrsunfälle

1.13. **Pulmo.**

- zum staging reicht CT alleine nicht aus
- PET hilft kontralaterale LK-Befälle zu finden, wenn man es nicht weiß
- PET besonders wichtig, wenn man überlegt noch zu operieren
- bei Hirnmetastasen kann man sich das natürlich sparen
- Bronchioskopie erreicht nur 30% des Bronchialsystems → durchleuchtung oft zur Biopsie nötig
- EBUS: Bronchialsono mit Biopsienadel um weiter zu pieksen

1.14. **Progn.**

- unter 2cm leben 91% 1 Jahr und 50% 5-Jahre nach OP
- leider ist sowas nur ein Zufallsbefund da völlig symptomlos
- Kleinzeller ist 6 Wochen nach entstehung bereits metastasiert
- ander Tumoren brauchen 3 Monate für Verdopplung
- wenn jemand ipsilaterale Lymphknoten befallen hat ist das auch ein sehr schlechtes Zeichen → keine OP
- wunsch-Röthorax für Familiär+rauchen erscheint sinnvoll 4x pro Jahr oder so
- selbst nach vollständiger Elimination ist das Risiko, daß wo anders nochmal ein Krebs entsteht sehr groß, das war ja letztlich auch der Grund für das erstentstehen

1.15. **Rauchi.**

- beispiefälle haben gerne 90 oder 150 Packjears ..turboraucher..

1.16. **OP.**

- ipsilaterale LK wird nur in AUnahme operiert
- nur nach neoadjuvanter Chemo
- viele OPs palliativ
 - zerfallender Lungenlappen → ggf palliative Lobektomie gegen Superinfektion & Blutung
 - jede Art von Kompressionen auf Cava o.ä.
- Spiroergo entscheidend vor OP, da Minimallungenmasse erforderlich
- Rippenentfernung macht manchmal durchaus Sinn
- LKs müssen immer herausgenommen werden um nach der OP das Staging nochmal zu verbessern
- Segmententfernung nur bei ganz kleinem (bei FEV1 30% kann man dennoch evtl noch einen entfernen)
- Lobektomie, nach 3 Monaten haben sich die Leute daran gewöhnt, geht also gut, die restliche Lunge füllt den frei werdenden Teil aus
- Pneumektomie: Lungenflügelentfernung, alles verschiebt sich zur Seite
- auf keinen Fall Thoraxdrainage legen wenn ein Lungenflügel fehlt → iatrogene Mediastinalverschiebung ähnlich des Spannungspneus
- Lymphknoten sind anatomisch durchnummeriert und werden für den Pathologen beschriftet

- Lymphknoten nummer 7: subcarinaler Lymphknoten → Zeichen für Fernmetastasierungstrend
- selbstverständlich auch andere weiter oben, paratracheal z.B.
- Manschettenresektion an Gefäßen und Luftwegen möglich → Entfernung und danach Anastomose

1.17. **Strahlentherapie.**

- bei Inoperabilität, weil Operieren nicht möglich
- Kombination mit Radiochemo mit noch dem Hauch einer Chance
- Palliativ bei lokalen Dingen
- praktisch wichtige Nebenwirkungen:
 - akut: Schluchbeschwerden
 - subakut: Pneumonitis/Fibroserisiko
- RM darf max 45Gy abbekommen

- Lunge geht bei 20Gy kaputt
- Ösophagus verträgt 60Gy maximal
- Herz verträgt 50Gy maximal

1.18. **Pneumologie III.**

- rezidive normal
- gerne LK-Rezidive
- Pallicemo mit Carboplatin z.B.
- Kryosonden auch Palliative Methode
- Doof: Stenose eines ganzen Bronchus → Erstickungstod
- Stentimplantation hilft für ein paar Wochen
- Ersticken bei einem verschlossenen Hauptbronchus durch zu hohes Shuntvolumen bei allgemein bereits schlechtem Zustand und Lungenfunktion