

**Interdisziplinäre Tumorkonferenz
des AGAPLESION Onkologischen Zentrums FDK sowie seiner Mitglieder und
Kooperationen am Standort Markus Krankenhaus**

Patientin: **Test, FDK**
Aufnahmenr.: 18715432

geb. am 01.01.1930 **ECOG PS: 1**
Alter: 95

Ort: **Dr. Otto Löwe- Seminarraum A 143,**
 Gebäude A, 1. OG

Datum: 25.09.2025

vorgestellt von (Name, Abt.): Oberarzt Dr. med. Thoraxchirurg, Thoraxchirurgie

Anzahl Vorstellung: 10

Letzte Vorstellung am: 18.09.2025

elektiv ☒ **Dringlich elektiv** ☐ **ad-hoc** ☐

OP-Status: **präoperativ** ☒ **postoperativ** ☐ **primär nicht-operativ** ☐

Hausarzt: Dr. med. Hausarzt

Facharzt: -

Einweiser:in: Dr. med. Hausarzt

Tumordiagnose: **NSCLC (Adenokarzinom) rechtszentral**
 - initial: cT3, cN0-1, cMx, entsprechend mindestens UICC-Stadium II B
 - aktuell nach PET-CT: M1, UICC IVa

Histologie/ Zytologie: **Befund Pathologie vom 12.09.2025**
 Pathologisch-anatomische Begutachtung

Material/klinische Angaben

1. PE rechter Oberlappen, 2. TBNA LK 7, 3. TBNA hilär rechts, 4. PE mittlere Trachea - V.a. rechts zentrales Lungencarcinom /jd-ak

Makroskopischer Befund

1. Vier PE. 2. und 3. Je 30ml rote Flüssigkeit. Extraktion der in Flüssigkeit befindlichen festen Bestandteile zur gesonderten histologischen Untersuchung. Aufarbeitung mittels der ThinPrep-Methode (randomisierte Zellpräparation nach mikrometrisch bestimmter Zellgröße mit spezieller Filtermethode).
4. Sechs PE.

Pathologisch-Anatomische Diagnose

1. PE des rechten Lungenoberlappens mit gut erfasster Bronchialschleimhaut und einer chronischen Bronchitis. Kein Tumornachweis.
2. und 3. TBNA Material der Lymphknotenposition 7 und rechts hilär mit gut erfasstem anthrakotische lymphatischen Gewebe. Histologisch als auch zytologisch kein Nachweis von Tumorzellen.
4. PE der mittleren Trachea mit einem gefäßreichen Granulationsgewebepolypen sowie fokaler unreifer Plattenepithelmetaplasie. Der Befund spricht für eine entzündlich reaktive Genese.

Kein Anhalt für Malignität.

Dr. med. XXX Pathologe
Pathologe

Prof. Dr. med. XXX

Der Befund ist vom Unterzeichner validiert und in elektronischer Form auch ohne Unterschrift gültig.

Befund Pathologie vom 18.09.2025

Pathologisch-anatomische Begutachtung

Material/klinische Angaben

Lungenbiopsie rechter Lungenoberlappen - V.a. zentrales Bronchialcarcinom /st-bj

Makroskopischer Befund

Zwei bis mm lange Gewebszylinder. Nachträgliche Tuschemarkierung blau.

Mikroskopischer Befund

Atypische epitheliale Proliferate mit solidem Wuchsmuster. Vershobener Zellkern-Zytoplasma Relation, vergrößerte irregulär geformte Zellkerne breites schwach eosinophiles bis helles Zytoplasma. Nukleärer Nachweis für TTF1 in Abwesenheit von CD56 und p40. PD-L1 markiert 5 % der Tumorzellen und weitere 5 % der tumorinfiltrierten Immunzellen

Pathologisch-Anatomische Diagnose

Biopsien vom rechten Oberlappen mit

Tumoranamnese / Klinischer Befund / Endoskopien:

Herr Test, FDK wurde über unsere Zentrale Notaufnahme vorstellig. Extern war im Rahmen der erweiterten Diagnostik bei Polyneuropathie eine Computertomografie des Thorax erfolgt. Hier zeigte sich der Verdacht auf ein rechtszentrales Lungenkarzinom. Zur histologischen Sicherung und zum funktionellen und onkologischen Staging nahmen wir den Patienten stationär auf.

Eine Lungenfunktionsuntersuchung ergab eine Vitalkapazität von 3,02 l (77 % der Norm) und eine Einsekundenkapazität von 2,25 l (75 % der Norm). Der Tiffeneau-Index lag bei 75 %.

Echokardiografisch bestand eine gute Pumpfunktion, keine relevanten Vitien und kein erhöhter pulmonalarterieller Druck. Auf dem Fahrradergometer war Herr Test für 9 Minuten bis 125 Watt belastbar. Eine Lungenperfusionsszintigrafie ergab einen Anteil der rechten Lunge an der Gesamtfunktion von ca. 46 % und der linken Lunge von ca. 54 %.

In einer Magnetresonanztomografie des Schädels bestand kein Anhalt für intrakranielle Filiae.

Am 11.09.2025 erfolgte die starre und flexible Bronchoskopie. Hier zeigte sich im Bereich der mittleren Trachea ein unklarer polypöser Tumor, welcher abgetragen wurde. Des Weiteren bestand etwas ödematöse Schleimhaut im rechten Oberlappen. Hier erfolgte die PE. Im endobronchialen Ultraschall kamen vergrößerte Lymphknoten infrakarinär und rechts hilär zur Darstellung. Hier erfolgte die transbronchiale Nadelaspiration.

In der endgültigen histopathologischen Aufarbeitung ergab sich in allen Proben kein Tumornachweis.

Zum erneuten Versuch der histologischen Sicherung erfolgte am 16.09.2025 die CT-gesteuerte Punktion der Lunge rechtsseitig. Postinterventionell kam es zu einer leichtgradigen apikolateralen pleuralen Ablösung mit einer maximalen Ausdehnung von 3 cm. Die Ablösung war in einer Röntgen-Thorax-Kontrolle am Folgetag konstant. Wir bitten diesbezüglich um Fortführung der stationär erlernten Atemtherapie.

Zum Zeitpunkt der Entlassung waren die endgültigen histopathologischen Befunde der CT-gesteuerten Punktion der Lunge ausstehend. Wir haben für den Patienten den oben genannten Termin zur PET-Computertomografie vereinbart. Nach Erhalt der Histopathologie werden wir den Fall in unserer interdisziplinären Tumorkonferenz diskutieren und das weitere Procedere festlegen. Wir bitten um erneute Vorstellung in unserer Ambulanz zum oben genannten Termin.

Staging (Datum):

endgültiger Radiologiebefund vom 10.09.2025

CT Thorax KM

Auftrag vom 09.09.2025 00:00

Befund vom 10.09.2025 16:05

Befundausgang 10.09.2025 16:05

Rechtfertigende Indikation: Verdacht auf rechtszentrales Lungenkarzinom. Praeoperative Planung.

Multislice-CT des Thorax nach i.v.-KM vom 10.09.2025

Befund: Zum Vergleich liegt eine externe Bildgebung vom 15.08.2025 vor.

Seitensymmetrische Darstellung der miterfassten unteren Halsweichteile.

Kein Nachweis pathologisch vergrößerter Lymphknoten beidseits axillär, paraclaviculär oder mediastinal. Singulärer betonter Lymphknoten infrakarinal mit einem Kurzachsendurchmesser von bis zu 1 cm (Ima 46 Serie 2). Vergrößerter Lymphknoten rechts hilär mit einem Kurzachsendurchmesser von bis zu 1,7 cm (Ima 41 Serie 2). Normalgroßes Herz. Kein Perikarderguss. Diskrete Aortensklerose. Die restlichen miterfassten thorakalen Gefäße unauffällig. Unauffällige Darstellung der mitangeschnittenen Oberbauchorgane. Die oberen Atemwege frei. Bekannte rechtshiläre malignomsuspekte Raumforderung, im Vergleich zur Voraufnahme weitestgehend größenkonstant. Micronodulus im peripheren Mittellappen (Ima54/3). Keine Pleuraergüsse. Keine flächenhaften Infiltrate. Kein Pneumothorax. Keine PV-Stauung. Der äußere Weichteilmantel unauffällig. Unauffällige Darstellung der ossären Strukturen im Knochenfenster bei milden altersentsprechenden degenerativen Veränderungen im Bereich der BWS.

Beurteilung:

1. Bekannte rechtshiläre malignomsuspekte Raumforderung, im Vergleich zur Voraufnahme größenkonstant.
2. Mikronodulus im basalen Mittellappen, DD maligne, DD Granulom.
3. Vergrößerter Lymphknoten rechts hilär sowie betonter Lymphknoten mediastinal (infrakarinal).
3. Kein Nachweis extrapulmonaler Metastasen im Untersuchungsgebiet.

endgültiger Radiologiebefund vom 12.09.2025

MRT Schädel nativ + KM

Auftrag vom 09.09.2025 00:00

Befund vom 12.09.2025 12:58

Befundausgang 12.09.2025 12:58

Rechtfertigende Indikation: Verdacht auf rechtszentrales Lungenkarzinom. Filiae?

MRT des Neurokraniums nativ und nach i.v.-Kontrastmittelgabe vom 12.09.2025

Untersuchung im 1,5 Tesla-Gerät.

Befund:

Altersentsprechendes Furchenrelief über Groß- und Kleinhirnhemisphären. Die basalen Zisternen sind regelrecht konfiguriert und frei. Seitensymmetrisches Ventrikelsystem. Defekte in Basalganglien beidseits, bei fehlender Randgliose am ehesten erweiterte perivaskuläre Räume. Multiple kleinfleckige schwer Signalalterationen frontal beidseits führend im periventrikulären und subkortikalen Marklager ohne Korrelat in der die wie oder kontrastmittelgestützten Sequenz. Am ehesten unspezifisch.

Kein Nachweis von Diffusionsstörungen. Kein Nachweis für Hämosiderinablagerungen. Schleimhautretention am Boden der rechten Kieferhöhle. Verdacht auf kleine DVA parietal links. Nach i.v. Kontrastmittelgabe kein Nachweis von Schrankenstörungen im Schichtungsgebiet.

Unauffälliges Signal der erfassten Skelettanteile.

Beurteilung:

Kein Nachweis von cerebralen Filiae.

Mikroangiopathische Marklagerergiosen frontal beidseits.

PET-CT vom 20.09.2025 (extern): bis etwa 6,8 cm rechts zentraler hypermetaboler, Malignität typischer Befund mit angrenzender Beteiligung der rechtshilären Lymphknoten. Keine pathologischen mediastinalen insbesondere kontralateralen Lymphknoten. Nebennieren unauffällig.

Singulärer auffälliger ossärer, weiter abklärungsbedürftiger suspekter Befund im Tuber ischiadicum rechtsseitig.

Tumorformel nach PET/CT: cT3, cN1, cM1. Stadium IVA.

Staging-klinisch: cT 3 N 0-1 M 1 UICC-Stadium IV A

Staging-path.: pT - N - M - UICC-Stadium

Andere Klassifikationen:

(Ann Arbor, Binet, FIGO, etc.): -

Relevante

Nebendiagnosen: Verdacht auf Polyneuropathie
Arterielle Hypertonie

Familienanamnese: Positiv ☒ Negativ ☐

Bisherige Therapie: Z.n. Starre und flexible Bronchoskopie mit EBUS und TBNA am 11.09.2025
Z.n. CT-gesteuerte Punktion der Lunge rechts am 16.09.2025

Fragestellung: Induktion vs. Resektion?

kurativ ☒ **palliativ** ☐

Empfehlung:

Bei bekanntem NSCLC der rechten Lunge zeigt sich eine cT3 cN1 M1 Situation und damit formal ein Stadium IVb (OSS). Bezüglich des pulmonalen Primarius besteht jedoch ein Stadium IIb; darüber hinaus eine singuläre ossäre Metastase im rechten Becken. Unter der Annahme eines Oligometastasierten Konzeptes empfehlen wir unter Beachtung des PD-L1-Status sowie von EGFR/ ALK eine neoadjuvante Systemtherapie mit nachfolgender Prüfung der Resektabilität des pulmonalen Primarius. Anschließend erfolgt eine konsolidierende Radiatio der singulären Skelettmetastase in kurativer Intention.

- ☐ humangenetische Beratung
- ☐ osteoprotektive Therapie
- ☐ palliativmed. Anbindung
- ☐ Studienempfehlung
- ☐ Therapie gemäß Leitlinie

Leitung der Konferenz

T. TEST_PSY

Assistenzarzt

Onkologie

T. TEST_PSY

Assistenzarzt

Gastroenterologie

.

Psychoonkologie

.

Plastische Chirurgie

.

Allgemein/Viszeral Chirurgie

.

Radiologie

T. TEST_PSY

Assistenzarzt

Gynäkologie

.

Palliativmedizin

S. Test

EDV

Orthopädie

.

Nuklearmedizin

.

Pathologie

H. Test

Pathologe

Strahlentherapie

T. TEST_PSY

Assistenzarzt

Urologie

.

Thoraxchirurgie

H. Test

EDV

Pneumologie

T. TEST_PSY

Assistenzarzt

Nuklearmedizin (extern) für PET-CT

Dr. med. Nuklearmediziner