

# Spätrezidiv eines Nierenzellkarzinoms in einem singulären vergrößerten paratrachealen Lymphknoten

## Late Recurrence of Renal Cell Carcinoma in a Solitary Enlarged Paratracheal Lymph Node

**Autor**

A. Hermes

**Institut**

Onkologischer Schwerpunkt (Leitung: Dr. med. U. Gatzemeier), Krankenhaus Großhansdorf, Großhansdorf

eingereicht 25. 8. 2010  
akzeptiert nach Revision  
3. 9. 2010

**Bibliografie**

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1255789>  
Online-Publikation: 5. 10. 2010  
Pneumologie 2011; 65:  
19–20 © Georg Thieme  
Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 0934-8387

**Korrespondenzadresse**

**Dr. med. Andreas Hermes**  
Onkologischer Schwerpunkt  
Leitung; Dr. med. U. Gatzemeier  
Krankenhaus Großhansdorf  
Wöhrendamm 80  
22927 Großhansdorf  
a.hermes@kh-grosshansdorf.de

**Zusammenfassung**

Wir berichten über einen 67 Jahre alten Patienten, der vor 19 Jahren wegen eines Nierenzellkarzinoms behandelt worden war. Ein aktuell durchgeführtes TCT zeigte einen einzelnen vergrößerten Lymphknoten hoch-paratracheal rechts. Eine mittels endobronchialen Ultraschalls mit transbronchialer Aspirationszytologie gewonnene Probe ergab eine Lymphknotenmetastase des bekannten Nierenzellkarzinoms.

**Fallbericht**

Der 67 Jahre alte Patient wurde uns zur Evaluation einer paratracheal rechts gelegenen Raumforderung zugewiesen. Vor mehreren Monaten hatte der Patient einen Verkehrsunfall erlitten. Im Rahmen der sich anschließenden Diagnostik wurde ein Röntgenbild des Thorax angefertigt. Hier zeigte sich ein kleiner Rundherd im rechten Oberlappen sowie Hinweise für eine mediastinale Lymphknotenvergrößerung. Das daraufhin angefertigte Thorax-CT erbrachte einen auf 24 × 31 mm vergrößerten paratracheal rechts gelegenen Lymphknoten sowie zwei kleine in direkter Nachbarschaft gelegene Lymphknoten. Der nativradiologisch dargestellte Rundherd kam als 6 mm durchmessender verkalkter Befund zur Darstellung und wurde als nicht malignitätsverdächtig eingestuft (Abb. 1). Ein Abdomen-CT dokumentierte einen Normalbefund.

Vor 19 Jahren war ein Hypernephrom mittels einer linksseitigen Nephrektomie behandelt worden. Der Patient hatte eine bekannte Koronarsklerose und nahm Nitroglycerin bei Bedarf. Er hatte bis vor 25 Jahren geraucht und 10 pack years akkumuliert. Er befand sich subjektiv in seinem gewohnten Gesundheitszustand und war normal belastbar. Außer einem intermittierend auftretenden trockenen Husten bestanden keine Symptome. Insbesondere Schmerzen, Dyspnoe, Ge-

**Abstract**

We report on a 67-year-old male patient who had undergone treatment for renal cell carcinoma 19 years previously. A CT scan showed a solitary enlarged lymph node in the right upper paratracheal region. A specimen was obtained by endobronchial ultrasound with transbronchial needle aspiration. Cytological analysis revealed lymph node metastasis of the late relapsing renal cell carcinoma.

wichtsverlust, Fieber und Nachtschweiß wurden verneint.

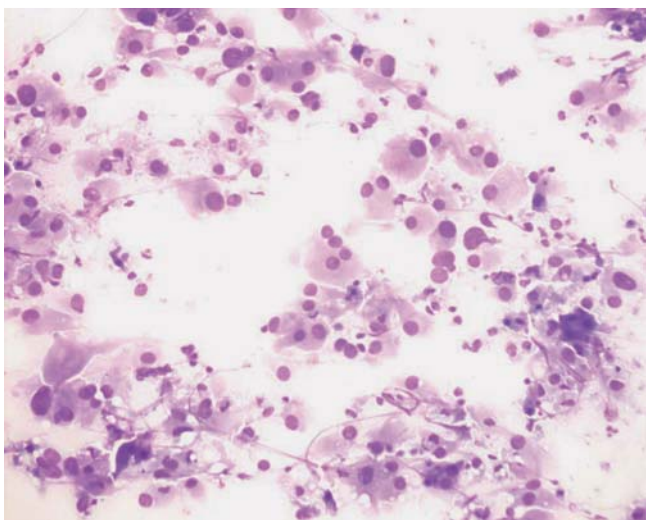
Bei der Untersuchung bot sich ein wacher, voll orientierter Patient in gutem Allgemeinzustand mit mäßiger Adipositas (109 kg bei 171 cm Körpergröße). Die Vitalparameter waren unauffällig. Die körperliche Untersuchung erbrachte Normalbefunde, insbesondere war die Schilddrüse normal tastbar. Sämtliche Lymphknotenstationen waren palpatorisch unauffällig.

Die Laboruntersuchungen erbrachten Normalwerte für Hämoglobin, Leukozyten, Thrombozyten, Gerinnungsstatus und Elektrolyte. Das Kreatinin war mit 1,2 mg/dl (Normwert unter 1,1) leicht erhöht; die glomeruläre Filtrationsrate auf 58,5 ml/min (Normwert 80–140) leicht vermindert. Das CRP betrug 16,7 mg/l (Normwert <5). Das Urinsediment war unauffällig. Die Spirometrie, arterielle Blutgasanalyse und das EKG erbrachten jeweils Normalbefunde.

Wir führten eine endobronchiale Ultraschalluntersuchung durch. Das Bronchialsystem stellte sich unauffällig dar; insbesondere fand sich kein endoluminaler Tumorbefund. Der beschriebene suspektere Lymphknoten wurde auf Höhe der Azygosvene lokalisiert und mit einer Größe von 30 × 25 mm gemessen. Es erfolgten zwei transbronchiale Feinnadelaspirationen unter direkter sonografischer Sicht. Die zytologische Aufarbei-



**Abb. 1** TCT mit Darstellung des vergrößerten Lymphknotens paratracheal rechts.



**Abb. 2** Zytologie mit Darstellung von Zellen eines Nierenzellkarzinoms.

tung des Untersuchungsmaterials erbrachte Zellen eines Nierenzellkarzinoms (► **Abb. 2**).

Der Patient wurde einer Strahlentherapie unter Einschluss der Lymphknotenmetastase und der beiden benachbarten Lymphknoten in das Bestrahlungsfeld unterzogen. Über 20 Tage wurde eine kumulative Dosis von 50,4 Gray gegeben. Die Therapie wurde ohne nennenswerte Nebenwirkungen vertragen. Das 8 Wochen später angefertigte TCT ergab eine Stable Disease. Daten für ein operatives Vorgehen nach erfolgter Radiatio liegen international nicht vor, daher wurde der Patient in die Verlaufskontrolle übernommen. 3 Monate später befand sich der Patient weiter in gutem Allgemeinzustand und bot keine Symptomatik. Das Verlaufs-CT zeigte mediastinal weiterhin eine stabile Situation. Neu aufgetreten war ein beidseits paramediastinales Infiltrat, das gut mit einer Strahlenpneumonitis vereinbar war. Das ACT dokumentierte jedoch 2 osteolytische Metastasen (5 × 8 mm linkes Darmbein und 13 × 13 mm im LWK 5). Aktuell wird eine zielgerichtete Therapie mit Sunitinib durchgeführt.

## Diskussion

Vergrößerte mediastinale Lymphknoten ohne einen erkennbaren Primärtumor können eine diagnostische Herausforderung darstellen. Die Differenzialdiagnostik umfasst entzündliche Prozesse

wie eine Pneumonie, Tuberkulose und die Sarkoidose. Unter den malignen Tumoren verdienen Lymphome (sowohl Hodgkin- als auch Non-Hodgkin-Lymphome) besondere Beachtung. Eine von einem extrathorakalen Tumor ausgehende Metastasierung muss ebenfalls berücksichtigt werden. Häufig vorliegende Primärtumoren sind hierbei das Magenkarzinom, Kolonkarzinom, Mammakarzinom sowie weitere gynäkologische Tumoren, das Melanom und das Nierenzellkarzinom.

Das CT unseres Patienten zeigte lediglich einen vergrößerten paratrachealen Lymphknoten. Es bot sich kein Anhalt für ein Lokalrezidiv im Resektionsbereich der linken Niere; die erhaltene rechte Niere stellte sich ebenfalls unauffällig dar. In der Ära vor Verfügbarkeit des endobronchialen Ultraschalls war die Mediastinoskopie die einzige verfügbare diagnostische Methode bei suspekten hoch-paratrachealen Befunden. Wir konnten die Diagnose mittels einer minimal-invasiven Technik mit einer äußerst geringen Komplikationsrate sichern [1].

Patienten mit einem Nierenzellkarzinom erleiden ein Tumorrezidiv üblicherweise in den ersten 5 Jahren nach Behandlung des Primärtumors. Ein progressionsfreies Überleben von mehr als 15 Jahren ist ungewöhnlich [2,3]. In der internationalen Literatur finden sich vereinzelt Arbeiten über spät-rezidivierende Fälle eines Nierenzellkarzinoms, meistens mit Auftreten einer pulmonalen Metastasierung [4–6]. Die chirurgische Resektion wird – zumindest bei Vorliegen singulärer Metastasen – als effektivster Behandlungsansatz angesehen. Es lassen sich hier 5-Jahres-Überlebensraten von 21–60% erzielen [7–9]. Mittels einer systemischen zielgerichteten Therapie mit Sunitinib, einem kleinen Molekül, das multiple Thyrosinkinase inhibiert, können mediane Überlebenszeiten von 26,4 Monaten erzielt werden. Unter Gabe von Interferon-alpha liegt das mittlere Überleben bei 21,8 Monaten. Die Interferongabe ist jedoch mit einer erheblich höheren Nebenwirkungsrate verbunden [10].

## Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- 1 Herth FJ, Eberhardt R, Vilmann P et al. Real-time endobronchial ultrasound guided transbronchial needle aspiration for sampling mediastinal lymph nodes. *Thorax* 2006; 61: 795–798
- 2 Froehner M, Manseck A, Lossnitzer A. Late local and pulmonary recurrence of renal cell carcinoma. *Urol Int* 1998; 60: 248–250
- 3 McNichols DW, Segura JW, DeWeerd JH. Renal cell carcinoma: long-term survival and late recurrence. *J Urol* 1981; 126: 17–23
- 4 Donaldson JC, Slease RB, DuFour DR et al. Metastatic renal cell carcinoma 24 years after nephrectomy. *JAMA* 1976; 236: 950–951
- 5 Bradham RR, Wannamaker CC, Pratt-Thomas HR. Renal cell carcinoma metastases 25 years after nephrectomy. *JAMA* 1973; 223: 921–922
- 6 Shiono S, Yoshida J, Nishimura M et al. Late pulmonary metastasis of renal cell carcinoma resected 25 years after nephrectomy. *Jpn J Clin Oncol* 2004; 34: 36–39
- 7 Robert JH, Ambrogi V, Mermillod B et al. Factors influencing long-term survival after lung metastasectomy. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 777–784
- 8 Dernevik L, Berggren H, Larsson S et al. Surgical removal of pulmonary metastases from renal cell carcinoma. *Scan J Urol Nephrol* 1985; 19: 133–137
- 9 Cerfolio RJ, Allen MS, Deschamps C et al. Pulmonary resection of metastatic renal cell carcinoma. *Ann Thorac Surg* 1994; 57: 339–344
- 10 Mother R, Hutson T, Tomczak P et al. Overall survival and updated results for sunitinib compared with interferon alfa in patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol* 2009; 27: 3584–3590