

Carcinoma in situ des Larynx durch Asbest

Asbestos-Induced Laryngeal Carcinoma in situ

Autoren

D. Stollewerk¹, X. Baur²

Institute

¹ Pneumologisch-internistisch/allergologische Gemeinschaftspraxis; Institut für Arbeits- und Umweltmedizin, Köln (Leiter: Dr. med. Dietrich Stollewerk)

² Ordinariat für Arbeitsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (Direktor: Prof. Dr. med. Xaver Baur)

eingereicht 15. 2. 2012
akzeptiert nach Revision
6. 3. 2012

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1308910>
Online-Publikation: 4.4.2012
Pneumologie 2012; 66: 305–307
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. X. Baur
Ordinariat für Arbeitsmedizin
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Zentralinstitut für Arbeitsmedizin
und Maritime Medizin (Direktor:
Prof. Dr. med. Xaver Baur)
Seewartenstr. 10
20459 Hamburg
xaver.baur@bgv.hamburg.de

In der S2-Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“ [1] und in der entsprechenden „Falkensteiner Empfehlung“ [2] wird das Carcinoma in situ der Stimmbänder und der tieferen Atemwege im Gegensatz zu der früheren Praxis nicht mehr als Berufskrankheit entsprechend der BK-Nummer 4104 angesehen; Präventionsmaßnahmen nach §3 Abs.1 der Berufskrankheitenverordnung (BKV) werden jedoch bei Vorliegen derartiger asbestbedingter Veränderungen im Bereich des Kehlkopfs und Bronchialsystems empfohlen.

Die folgende Kasuistik soll die hieraus entstehende Problematik beleuchten.

Der Patient (Nie-Raucher, Alkohol nur gelegentlich vor der Erkrankung) erkrankte 1998 im Alter von 44 Jahren an einem Carcinoma in situ des rechten Stimmbandes; es erfolgte eine Stimmbandteilresektion rechts, ohne Nachbestrahlung. Beruflich war der Chemiewerker (ohne abgeschlossene Lehre) als Lackabfüller und Maschinenbediener (Herstellung von Bauten-, Schutzfarben) von 1969 bis 1986 in erheblichem Maße gegenüber Asbeststäuben exponiert. Er hatte eine Abfüllanlage zu bedienen. Neben Farben und Lacken wurden in einem Trockenmischverfahren Gips und gemahlener Asbest zugegeben. Luftabsaugungen waren nicht vorhanden. Der TAD der zuständigen Berufsgenossenschaft ermittelte eine kumulative Belastung von 26 Faserjahren, womit die für eine BK Nr.4104 geforderte Expositionskausalität gegeben ist.

Im ersten HNO-Gutachten 2000 wurde die BK Nr. 4104 zur Anerkennung vorgeschlagen und die hierdurch bedingte MdE auf 50% über einen Zeitraum von 5 Jahren aufgrund von Heiserkeit und Dyspnoe (Genesungszeit) eingeschätzt.

Im HNO-Nachgutachten 2003 wurde bei persistierender Dysphonie, Heiserkeit und eingeschränkter Stimmqualität die MdE auf 30% herabgesetzt; es wurde von einem Endzustand ausgegangen.

Pneumologische Zwischenuntersuchungen entsprechend G1.2 blieben ohne Nachweis einer pleuro-pulmonalen Asbestschädigung. 2007 musste erneut eine Stimmbandteilresektion wegen Carcinoma in situ, dieses Mal linksseitig, durchgeführt werden.

Nach arbeitsmedizinischer und HNO-ärztlicher Einschätzung wurde die Gesamt-MdE auf 70% angehoben (50% für den linksseitigen Befund, 30% für rechts, in der Betrachtung des Gesamtschadens 70%).

Eine HNO-Kontrolle 2010 erbrachte abermals linksseitig ein Carcinoma in situ, welches einer Bestrahlungstherapie (30× Radiatio) zugeführt wurde.

Im anschließenden HNO-ärztlichen Gutachten kam der Sachverständige (gleicher Gutachter wie 2003) nun zu dem Schluss, dass eine BK Nr.4104 nicht vorläge und auch nie vorgelegen habe, da gemäß der Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“ und der Falkensteiner Empfehlung das Carcinoma in situ nicht als Stimmbandkarzinom aufzufassen sei. Er bezifferte die MdE auf 0% und empfahl den Rentenzug. Auf die vorhandenen Einschränkungen des Patienten (lupenlaryngoskopisch hoch geschwollene Schleimhäute, teilweise belegt, schwierig zu übersehen, stark abgeschwächte Stimmleistung, hochgradige Heiserkeit, fast aphonisch) ging der HNO-Gutachter nicht weiter ein.

Die vorgenannte Auffassung erscheint in verschiedener Hinsicht problematisch. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und zum Zeitpunkt der Verschlimmerung war nach allgemeiner versicherungsseitiger und medizinischer Auffassung das Carcinoma in situ als Versicherungsfall der BK Nr.4104 der Anlage 1 zur BKV anzuerkennen. Unter rechtlichen Aspekten erfolgten die Feststellungen der Berufsgenossenschaft zu Recht. Erst durch die vorgenannte Leitlinie und die Falkensteiner Empfehlungen im Jahre 2010/2011 ergab

sich die Fragestellung, ob das Carcinoma in situ der Stimmbänder noch einen Versicherungs- und Entschädigungsfall der BK Nr. 4104 darstellt. Als Begründung wird angeführt, dass die WHO das Carcinoma in situ nicht mehr zum Karzinom zählt. Es drängt sich die Frage auf, wie dieser Sachverhalt unter Beachtung des Berufskrankheitenrechts einzuordnen ist. In einer vergleichbaren Situation, der BK Nr. 1301 (Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine), hat der Verordnungsgeber durch die 3. BKVO 1936 bewusst die Krebsstufen in den Tatbestand der BK aufgenommen und die Unfallversicherungsträger verpflichtet, mit allen geeigneten Mitteln frühzeitig der Krebserkrankung zu ihren Lasten vorzubeugen. Die Gesetzgebungsmaterialien von 1936 sind hierzu an Eindeutigkeit nicht zu überbieten. Auch in der BK Nr. 5102 (Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe) findet sich die gleiche Formulierung wieder. Diese Rechtssystematik hat der Verordnungsgeber seit Jahrzehnten aus guten und nachvollziehbaren Gründen verfolgt. Diesem eindeutigen rechtshistorischen Hintergrund und der Aufgabe der Unfallversicherung, mit allen geeigneten Mitteln einen beginnenden beruflich verursachten Krebs im Rahmen eines Versicherungsfalles zu behandeln, widerspricht die Ausklammerung des Carcinoma in situ des Respirationstrakts vom Berufskrankheitentatbestand. Überdies ist die Leistungspflicht der übrigen Sozialversicherungsträger nur bei den Versicherungsfällen einer Berufskrankheit ausgeschlossen (z.B. § 11 Absatz 4 SGB V). § 3 der Berufskrankheitenverordnung gilt als sogenannter kleiner Versicherungsfall und als Einzelmaßnahme der Individualprävention. Jede gewährte § 3 Maßnahme ist zeitlich befristet und der Erfolg muss abgewartet werden, bevor über eine Verlängerung oder eine neue Maßnahme entschieden wird. Das sehr formalisierte Verwaltungsverfahren der Unfallversicherungsträger im Rahmen des § 3 der BKV ist für schnelle gezielte ärztliche Maßnahmen der Krebsfrüherkennung nicht geeignet und hindert den Arzt, mit allen geeigneten Mitteln die richtigen Maßnahmen zu ergreifen. Der vorliegende Einzelfall legt die der Sachlage nicht gerecht werdenden Konsequenzen einer starren Rechtsauffassung offen. Muss der Verordnungsgeber erneut, wie bereits 1936, eingreifen und das Carcinoma in situ der Stimmbänder als weiteren Tatbestand der BK Nr. 4104 bezeichnen? Laut dem Amtlichen Merkblatt zur BK Nr. 4104 [3] wird bei dieser Berufskrankheit unter Zugrundelegung der früheren TU-Klassifikationen im vorliegenden Fall das Carcinoma in situ des Respirationstrakts nicht ausgeschlossen. Die Anerkennung der BK Nr. 4104 mit MdE-Gewährung erfolgte daher zu Recht. Seit 2004 werden in der überarbeiteten Klassifikation der Lungentumoren der WHO Präneoplasien nunmehr in einer eigenen Gruppe aufgeführt [4]. Nach der vorgenannten Leitlinie und Empfehlung [1,2] sollen dementsprechend Präkursorläsionen (hier Carcinoma in situ der Stimmbänder) nicht die Einschlusskriterien der BK Nr. 4104 erfüllen. Sie sollen als präkanzerogene Gefahren lediglich zu Präventionsmaßnahmen entsprechend § 3 Abs. 1 BKV führen. Die Berufsgenossenschaft hat sich im vorliegenden Falle für eine Beibehaltung der Vorschädigungen (MdE bisher 70%) entschieden. Sie lehnt jedoch eine evtl. MdE-Erhöhung nach der 2010 aufgetretenen 3. Läsion unter Verweis auf die neue Falkensteiner Empfehlung ab.

Gegen die Ausklammerung des Carcinoma in situ (Larynx) aus der Definition der BK Nr. 4104 sind am Beispiel der vorgelegten Kasuistik Bedenken zu erheben: Aus medizinischer Sicht handelt es sich um ein durch die frühere Asbestexposition bedingtes Initialstadium dieser Berufskrankheit, das ein abwartendes Verhalten nicht vertreten lässt, sondern eine therapeutische Intervention erfordert. Hierfür ist der Unfallversicherungsträger zuständig (s. § 3 BKV).

In der Kausalkette (Asbestschädigung – Carcinoma in situ – Behandlung, z.B. OP, Bestrahlung – Folgeschäden, z.B. Stimmverlust) nach der Behandlung einen Cut zu setzen und die weiteren Kosten sowie Folgeschäden (Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit, MdE) anderen Leistungsträgern aufzubürden (z.B. Rentenversicherung, Krankenversicherung), ist nicht schlüssig und daher nicht nachzuvollziehen.

Die Prognose des Carcinoma in situ des Larynx ist ungünstig. Verschiedene Autoren haben über Progressionsraten zu invasiven Karzinomen von 40–60% berichtet [5,6].

Für das Carcinoma in situ des Bronchialsystems ist von ähnlichen Verläufen auszugehen, sodass auch diesbezüglich in entsprechender Weise klinisch und von Seiten der Unfallversicherung vorgegangen werden sollte [7–9].

Insgesamt ist auf das hohe Risiko hinsichtlich eines bronchialen Carcinoma in situ von aktiven Rauchern und ehemaligen Asbestarbeitern hinzuweisen [7, 11]. Wurde bereits ein bronchiales Carcinoma in situ beobachtet, ist das Risiko des späteren Auftretens weiterer derartiger Läsionen an anderer Stelle hoch [8–10, 12]. Hieraus ist zu folgern, dass das Carcinoma in situ der Stimmbänder und des Bronchialsystems wie bislang der BK Nr. 4104 zugeordnet werden sollte. Dies entspricht auch einer kürzlich erfolgten Landessozialgerichtsentscheidung in einem ähnlichen Erkrankungsfall [13]. Eine diesbezügliche Korrektur der Leitlinie und der Falkensteiner Empfehlungen wird vorgeschlagen.

Interessenkonflikt



Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur

- 1 Baur X, Clasen M, Fisseler-Eckhoff A et al. [Diagnostics and expert opinion of asbestos-induced occupational diseases]. *Pneumologie* 2011; 65: e1–47
- 2 DGUV. ed. Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – Falkensteiner Empfehlung. Berlin: DGUV; 2011
- 3 Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Merkblatt zur BK Nr. 4104: Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose), in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren (25×10^6 [(Fasern/m³) × Jahre]) *Bek. des BMA v. 1.12.1997–IVa 4-45206*. *BARbI* 1997; 32–35
- 4 WHO. Pathology and genetics of tumours of the lung, pleura, thymus and heart. 3rd ed. Genf: WHO; 2004: 344
- 5 Zhang HK, Liu HG. Is severe dysplasia the same lesion as carcinoma in situ? 10-Year follow-up of laryngeal precancerous lesions *Acta Otolaryngol* 2012 [Epub ahead of print]
- 6 Steiner W, Ambrosch P. Endoscopic laser surgery of the upper aerodigestive tract: special emphasis on cancer surgery. Berlin: Thieme; 2000
- 7 Bota S, Auliac JB, Paris C et al. Follow-up of bronchial precancerous lesions and carcinoma in situ using fluorescence endoscopy. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 1688–1693
- 8 Pasic A, Grunberg K, Mooi WJ et al. The natural history of carcinoma in situ involving bronchial resection margins. *Chest* 2005; 128: 1736–1741

- 9 *Massard G, Doddoli C, Gasser B* et al. Prognostic implications of a positive bronchial resection margin. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000; 17: 557–565
- 10 *Snijder RJ, Brutel de la Riviere A, Elbers HJ* et al. Survival in resected stage I lung cancer with residual tumor at the bronchial resection margin. *Ann Thorac Surg* 1998; 65: 212–216
- 11 *Paris C, Thiberville L, Ebran B* et al. Prevalence of bronchial preneoplasia after occupational exposure to asbestos. A preliminary study using autofluorescence endoscopy. In: Keizo C ed., *Advances in the prevention of occupational respiratory diseases: proceedings of the 9th International Conference on Occupational Respiratory Diseases*. Kyoto: Elsevier; 1998
- 12 *Law MR, Henk JM, Lennox SC* et al. Value of radiotherapy for tumour on the bronchial stump after resection for bronchial carcinoma. *Thorax* 1982; 37: 496–499
- 13 *Schneider J*. Fallbericht. *Pneumologie in Vorbereitung*