

## Technische Primärdiagnostik bei V.a. Lungenkarzinom

- Röntgen-Thorax in 2 Ebenen
- CT-Thorax mit KM (mindestens 16-Zeilen-CT) einschl. Nebennierenregion
- Sonographie des Abdomens
- ggf. Pleurasonographie und ggf. Punktion (cT4 „wet“)
- Bronchoskopie
  - flexibel: Bürste, Lavage, endo- und transbronchiale Biopsie
  - starr in Vollnarkose:
    - Stufenbiopsie vor Manschettenresektion
    - Endosonographie mit Lymphknotenpunktion (Augusta – flexibel in LA)
      - EBUS bei V. a. Lymphknotenbefall der Stationen 2, 4, 7, 10,11
      - Infiltration der Trachea (Radialsonde 15MHz)
      - Peripherer Herd (Radialsonde (20MHz)
- EUS bei V.a. Lymphknotenbefall der Stationen 5L, 8bds. , 9 bds.

Wenn mit diesem Vorgehen keine histologische Diagnose erfolgen kann individuelle Entscheidung

- transthorakale Punktion (sonographisch oder CT-gesteuert)
- Punktion eines extrathorakalen Herdes (wenn vorhanden)
- diagnostische Operation

### **Erweiterte Untersuchung nach histologischer Sicherung oder bei unklarem Befund:**

#### ***Nichtinvasiv***

- PET-CT  
**immer** bei Patienten mit Lungenkarzinom und kurativer operativer Option bzw. kurativ intendierter Radio-Chemotherapie
- MRT-Schädel  
**Ausnahme:** Patienten NSCLC im Stadium IV ohne entsprechende Klinik, wenn sich daraus keine therapeutischen Konsequenzen ergeben

#### ***Invasiv***

- Standard-Video Mediastinoskopie [MESK] immer bei
  - möglicher OP in kurativer Intention, wenn:
    - mediastinal cN2 oder cN3-Status im PET-CT und Zytologiebefund nach Endosonographie negativ
      - (CT: LK > 1cm short axis bzw. mehrere betonte LK bei Adenocarcinom)

- N2 Single Level zytologisch gesichert, aber Multi Level im PET-CT  
**Begründung:**  
 Single Level = primäre OP  
 Multi Level = Induktions-Chemotherapie
  - Pancoast-Tumor, im MRT operabel, Ausschluss mediastinaler Befall (N2 und N3-Befall = Kontraindikation zur OP)
  - histologisch gesichertes NSCLC links oder hochgradiger BC-Verdacht links und Tumor >cT1a  
**Begründung**  
 MESK-Lymphadenektomie links, da im offenen Verfahren 2+4 links nicht oder nur mit großem OP-Aufwand (Aortenmobilisation) disseziert werden (können)
  - isolierte M1 (Nebenniere, Hirn, Lunge kontralateral etc.) bei kurativem Ansatz durch Resektion Metastase und Primarius = **Begründung:**  
Ausschluss mediastinaler Befall vorab M1-Sicherung und ggf. Resektion – MESK nur bei R0-Resektion M1
  - zytologisch kleinzelliges Lungenkarzinom mediastinal und Histologiesicherung des Primarius anders nicht möglich  
**Begründung:**  
 Zytologie reicht zur Einleitung SCLC –Therapie NICHT aus
- VAMLA (**V**ideo**A**ssistierte**M**ediastinale**L**ymphadenektomie)
    - geplante VATS-Lobektomie (cT1a-cT2a cN0/cN1 im PET-CT)
  - Videoassistierte Thorakoskopie (VATS) (vermuteter mediastinaler Lymphknotenbefall der Stationen 3, 5, 6, 8, 9 ohne EUS/EBUS –Nachweis oder V. a. Pleurakarzinose)
  - PET-Nachweis einer Single - M1 –Situation => histologische Sicherung obligat

**Anmerkung Sensitivität/Spezifität EBUS/EUS:**

1. EBUS/EUS sind keine Stagingverfahren, sondern dienen **NUR** dem Nachweis der Malignität.

**Ausnahme:**

Zytologisch identischer **N3**-Nachweis bei bekannter Histologie des Primarius

2. Ein Ausschluss einer Malignität kann mit diesen Verfahren nicht erfolgen.