

# CASE REPORT

## TRACHEAL- UND BRONCHIAL-STENTS TTS

Verfasst von Paul F. Fiedler

# CASE REPORT

## TRACHEAL- UND BRONCHIAL-STENTS TTS BEI BRONCHIALKARZINOM



### Verfasst von Paul F. Fiedler

Paul F. Fiedler ist geschäftsführender Oberarzt in der Klinik für Pneumologie im Klinikum Lüdenscheid.

### ANAMNESE

Ein 65-jähriger Patient mit Raucheranamnese, COPD und therapierefraktärer Pneumonie im linken Unterlappen wurde an das Klinikum Lüdenscheid aus einem externen Krankenhaus zugewiesen. Aufgrund der therapierefraktären Pneumonie wurde eine CT-Thorax Untersuchung durchgeführt. Hier bestand der hochgradige Verdacht auf eine Atemwegsobstruktion durch ein Bronchialkarzinom mit poststerotischer Pneumonie. Es wurde daher die Indikation zur starren Bronchoskopie zur Diagnosesicherung und, wenn möglich, Rekanalisation gestellt.

### BEFUND

Bronchoskopisch stellte sich ein endoluminaler Tumorverschluss des gesamten linken Unterlappenbronchus dar (Bild 1). Bereits wenige Minuten nach Beginn der Untersuchung bestand leider eine unzureichende Oxygenierung durch die Jet-Ventilation bei Pneumonie und COPD, so dass der Patient flexibel umintubiert werden musste. Hierunter dann stabile Oxygenierung.

Endoskopisch und von Seiten des CT-Thorax bestand die Möglichkeit zur Rekanalisation. Es wurde daher eine Kryo-Rekanalisation durchgeführt. Diese erfolgte komplikationslos mit einer 1,7er Kryosonde über den flexiblen Tubus (Bild 2). Nach durchgeführter Kryorekanalisation gelang es S6 links vollständig zu belüften. Weiter distal zeigte sich jedoch ein deutlich schwierigerer Befund. Es gelang letztlich, den Tumor derart abzutragen, dass S10 links an der Tumorstenose vorbei wieder darzustellen war. Die Segmente 8 und 9 links waren nicht darstellbar, da der Tumor die restlichen anatomischen Strukturen destruiert hatte. Angesichts des endoskopischen Befundes und aufgrund der schweren Pneumonie mit Oxygenierungsstörung und aktuell nur flexibler Intubation erfolgte die Entscheidung zur Stentversorgung mit einem TTS-Stent mit 12 mm Durchmesser und 20 mm Länge zur dauerhaften Wiedereröffnung von Segment 10. Hierfür wurde der Stent durch ein therapeutisches Bronchoskop mit 2,8 mm Kanal eingeführt und unter Sicht die Markierung proximal des Tumors platziert (Bild 3).



Bild 1

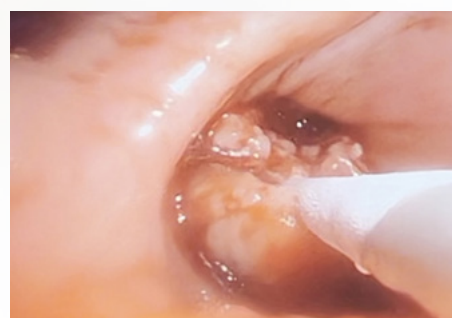


Bild 2

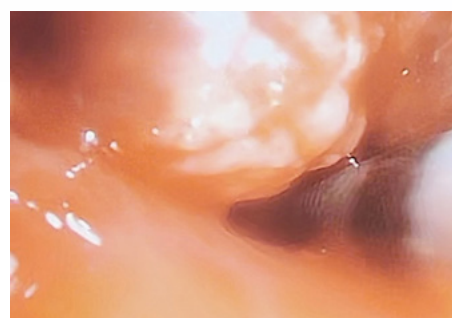


Bild 3

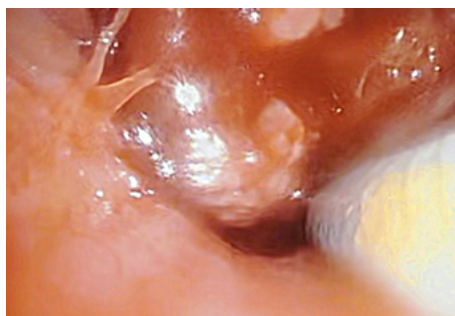
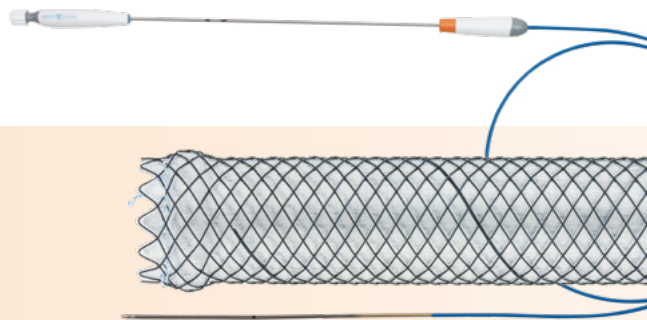


Bild 4

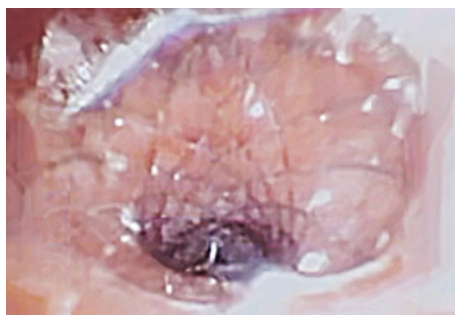


Bild 5

Anschließend wurde der Stent bis zum Erscheinen der gelben Markierung vorgeschoben und unter langsamem zurückziehen des Einführbestecks letztlich passend freigesetzt (Bild 4). Der metallische Führungsdraht des Stents konnte ohne Dislokation des Stents problemlos entfernt werden. Endoskopisch zeigte sich ein hervorragender Sitz (Bild 5).

## VERLAUF

Nach Ausheilung der Pneumonie und Komplettierung des Stagings sowie im Verlauf deutlich gebesserter Oxygenierung konnte der Patient im Klinikum Lüdenschied mittels uniportaler Manschettenresektion operiert werden und war bei Entlassung nicht mehr Sauerstoffpflichtig. Zur ersten Nachsorge zeigte sich der Patient weiterhin tumorfrei.

## PRODUKTEVALUATION

Als interventionell tätiger Pneumologe besteht oftmals der Wunsch auch peripher gelegene Tumorstenosen mittels eines Stents zu versorgen. In der Regel gelingt dem erfahrenen Untersucher die Platzierung des Stents auch in der Peripherie unter Durchleuchtung problemlos. Die Hauptschwierigkeit besteht zumeist in der Entfernung des Einführsystems durch den liegenden Stent. Insbesondere bei kleinerem Stentdurchmesser oder bei distal stärker abgewinkelten Atemwegen kommt es hier oftmals zur Dislokation des zuvor regelrecht liegenden Stents.

Der TTS Stent bietet hier eine Reihe von Vorteilen: Der nach distal liegende Teil des Einführbestecks ist letztlich nur ein stabiler Führungsdraht mit einer kleinen Aufweitung am distalen Ende. Eine Entfernung gelingt nahezu immer problemlos. Und sollte sich das distale Ende doch am liegenden Stent verfangen haben, können kleinere periphere Stents problemlos mit dem Bronchoskop an Ort und Stelle arretiert werden und der Draht entfernt werden.

Ein weiterer Vorteil ist die einfache Platzierung unter Sicht ohne Durchleuchtung. Somit kann, je nach Setting, Untersuchungszeit und Röntgendosis eingespart werden.

Auffällig ist die etwas geringere Aufstellkraft des TTS-Stents gegenüber den konventionellen Stents. In den ersten Sekunden nach dem Freisetzen erscheint diese oftmals zu gering. Die vollständige Entfaltung dauert hier letztlich länger als von den gewöhnlichen Stents bekannt. Insgesamt scheint aber gerade beim Einsatz in der etwas empfindlicheren Lungenperipherie die Aufstellkraft optimal gewählt worden zu sein, um exzessives Granulationsgewebe zu vermeiden. Zusammenfassend sind TTS-Stents für das Klinikum Lüdenschied kein Ersatz der konventionellen Tracheal- und Bronchialstents, sondern eine sinnvolle Ergänzung und Erweiterung des Portfolios, insbesondere in der Peripherie des Bronchialsystems.

## PRODUKTINFORMATION

- Enorme Lagestabilität
- Große Radialkraft
- Widerstandsfähige und elastische Silikon Ummantelung
- Hohe Röntgendichte, aber kein Röntgen erforderlich
- Integrierter Führungsdraht mit atraumatischem Ende
- Keine starre Bronchoskopie erforderlich

Quelle: MICRO-TECH Europe GmbH

## ENTDECKEN SIE MEHR!

Klicken Sie den Button für detaillierte Produktinformationen



