

Was die Diagnose Adenokarzinom bedeutet

Papst Leo XIV. Das Kirchenoberhaupt hat die häufigste Form von Lungenkrebs. Der Thoraxchirurg Clemens Aigner erklärt, warum Früherkennung so wichtig ist und wie die Heilungschancen vom Zeitpunkt der Diagnose abhängen.

Von Ulrike Krestel

Die Krebsdiagnose von Papst Leo sorgt weltweit für Besorgnis. Der 71-Jährige, der nach Informationen der *New York Times* Nichtraucher ist, unterzog sich einem Eingriff, bei dem Ärzte den bösartigen Adenotumor entfernten.

„Das Adenokarzinom ist die häufigste Form von Lungenkrebs in Österreich. Es gehört zur Gruppe der sogenannten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinome, die insgesamt circa 80 Prozent aller Lungenkrebsarten ausmachen“, erklärt Clemens Aigner, Leiter der Universitätsklinik für Thoraxchirurgie an der MedUni Wien/AKH Wien.

Der Tumor sei in den meisten Fällen mit dem Rauchen assoziiert – beim Adenokarzinom trete er aber immer häufiger auch bei Nie-Rauchern auf, etwa bei 15 Prozent aller diagnostizierten Fälle. Interessanterweise seien dabei Frauen stärker betroffen als Männer. In der Regel erkrankten Patienten ab 50 Jahren, in Einzelfällen auch Jüngere.

Frühes Stadium

Der Tumor beim Papst wurde bei einer Routineuntersuchung entdeckt. Warum er sich dieser unterzog, gab der Vatikan nicht bekannt. Der Pontifex dürfte Glück gehabt haben. „Bei einem kleinen Tumor, wie es beim Papst den Anschein hat, macht der Tumor keine Symptome“, erklärt Aigner. Das Problem sei, dass Beschwerden relativ spät auftreten. „Dann ist die Rede von Luftnot, Husten, Gewichtsverlust, auch Schmerzen kommen vor – und dann befindet sich der Patient oft schon in einem nicht mehr operablen Stadium.“

Bei Papst Leo XIV. wurde der Lungenlappen entfernt, in dem sich das Karzinom befand. „Standard“, wie der Experte sagt. Bei kleinen Tumoren unter zwei Zentimetern könne auch nur das betroffene Segment entfernt werden, wenn ein ausreichender Si-



Seit Mai 2025 ist Robert Francis Prevost als Leo XIV. Oberhaupt der katholischen Kirche. Jetzt ist er an Lungenkrebs erkrankt.

cherheitsabstand erzielt werden kann. Das hänge davon ab, wie der Tumor liegt. „Liegt er ungünstig und kann man keinen ausreichenden Sicherheitsabstand erzielen, muss man den Lappen entfernen – selbst wenn es ein sehr kleiner Tumor ist“, so Aigner.

Der Eingriff erfolgt minimalinvasiv über einen oder zwei kleine Schnitte von drei bis vier Zentimeter Länge. Die Operation dauert im Schnitt circa eineinhalb Stunden, wie es auch beim Papst der Fall war. Die Patienten sind danach relativ schnell wieder fit. Eine Thoraxdrainage bleibt in der Regel für ein bis zwei Tage, danach können die meisten Patientinnen und Patienten bereits nach Hause gehen. Ebenfalls standardmäßig werden neben dem betroffenen Lungenanteil auch Lymphknoten entfernt.

Erst die endgültige histologische Aufarbeitung zeigt, welches Stadium der Tumor

genau hat. „Manchmal liegen mikroskopisch Lymphknotenmetastasen vor, die man in der Bildgebung nicht sieht. Davon hängt dann das weitere therapeutische Vorgehen ab“, erklärt Aigner. Ist der Tumor auf die Lunge beschränkt und sind keine Lymphknotenmetastasen vorhanden, braucht es keine weitere Nachtherapie – vorausgesetzt, ein komplettes Staging (die genaue Bestimmung der Tumorausbreitung) mit PET-CT und Schädel-MRT hat keine Fernmetastasen gezeigt. „Dann braucht man nur Nachkontrollen, also Computertomografien in regelmäßigen Abständen.“

Zielgerichtete Therapie

Finden sich mikroskopisch doch Metastasen in den Lymphknoten, sieht die Sache anders aus: Dann braucht es eine nachgehende Systemtherapie. Der Tumor wird nicht nur histologisch, son-

dern auch molekularpathologisch aufgearbeitet. „Gerade beim Adenokarzinom und bei Nie-Rauchern gibt es häufig sogenannte Treibermutationen, für die man zielgerichtete Therapien zur Verfügung hat“, erklärt der Experte. Dann brauche es möglicherweise gar keine Chemotherapie oder Immuntherapie.

Der US-Amerikaner gilt als sportlich – das ist ein Vorteil bei der Regeneration. Wer vorher fit war und eine gute Lungenfunktion hatte, wird nach der Entfernung eines Lungenlappens merken, dass das Leistungsmaximum etwas früher erreicht ist. „Aber im Alltag ist man nicht eingeschränkt, wenn die Lungenfunktion vorher gut war“, beruhigt Aigner. Nach einer Rekonvaleszenzzeit sei man langfristig nicht wesentlich beeinträchtigt.

Das Risiko eines Rückfalls ist jedoch immer gegeben – man kann es nie hundertprozentig ausschließen. Deshalb

sind regelmäßige Nachsorgekontrollen notwendig. Wie hoch das Risiko ist, hängt vom Tumorstadium ab. „Je früher man dran ist, desto geringer ist es“, sagt Aigner. Wird der Tumor in einem sehr frühen, auf die Lunge beschränkten Stadium entfernt, bestehen gute Chancen, dass er nicht wiederkommt. Die Langzeit-Überlebensraten sind extrem stadienabhängig: Im frühesten Stadium (1A1) liegen die 5-Jahres-Überlebensraten bei 90 Prozent. Im Stadium 4 mit Fernmetastasen sinken sie auf unter 10 Prozent.

Screening gefordert

Was der Fall des Papstes auch zeigt: Früherkennung rettet Leben. Ein flächendeckendes Lungenkrebs-Screening gibt es in Österreich allerdings nicht – obwohl die wissenschaftliche Evidenz dafür eindeutig ist. „Das ist etwas, was Österreich unbedingt



„In allen Ländern mit Screening werden 80 Prozent der Fälle in einem gut heilbaren Frühstadium entdeckt.“

Clemens Aigner
Thoraxchirurg
MEDUNI WIEN/FEELIMAGE

braucht. Da sind wir leider tatsächlich hintennach“, kritisiert Aigner. Groß angelegte Studien aus den Niederlanden und den USA, wo das Screening seit circa zwölf Jahren existiert, zeigen zudem: Die Lungenkrebs-assoziierte Sterblichkeit sinkt deutlich.

Derzeit werden nur circa 20 Prozent aller Lungenkrebspatienten in einem heilbaren Stadium diagnostiziert, der Rest ist bereits in einem fortgeschrittenen, nicht kurativ behandelbaren Stadium. „In allen Ländern, wo das Screening eingeführt wurde, kam es zu einer massiven Verschiebung – dort werden 80 Prozent der Fälle in einem gut heilbaren Frühstadium entdeckt“, erklärt der Thoraxchirurg.

Woran es in Österreich scheitert? Das Screening ist kurzfristig mit Kosten verbunden. Man müsse die richtigen Personen erreichen – es mache keinen Sinn, wie bei Brustkrebs oder Kolonkarzinom die gesamte Bevölkerung zu screenen. Risikopopulationen müssten herausgefiltert werden, wie etwa Raucher oder genetisch vorbelastete Personen. „Das macht es ein bisschen schwierig, die richtigen Leute zu erreichen und zu motivieren“, räumt Aigner ein. Langfristig aber rette ein Screening Leben und würde massiv Kosten sparen.

Heiße Getränke können das Krebsrisiko deutlich erhöhen

Speiseröhre. Eine britische Studie bestätigt Ergebnisse aus Asien und Südamerika. Gefährlich wird es ab 65 Grad Celsius.

Sehr heißer Tee oder Kaffee kann das Risiko für Speiseröhrenkrebs erhöhen. Epidemiologen aus Oxford in Großbritannien haben jetzt derartige Beobachtungen aus Asien und Südamerika auch für Europa bestätigt.

„Sehr heiße Getränke können die Schleimhaut in Mund und Speiseröhre schädigen. Geschieht dies häufiger, kann es zur Entwicklung einer Krebserkrankung kommen. Aufgefallen war der Zusammenhang zunächst in Südamerika, wo Mate-Tee ein populäres Heißgetränk ist“, schrieb vor wenigen Tagen das *Deutsche Ärzteblatt*. Zunächst sei vermutet worden, dass Inhaltsstoffe der Blätter von „Ilex paraguariensis“, aus denen Mate hergestellt wird,



Sehr heiße Getränke verdreifachen das Krebsrisiko.

für das Krebsrisiko verantwortlich sind. Später stellte sich jedoch heraus, dass das Risiko auf Personen beschränkt war, die den Mate-Tee sehr heiß konsumieren.

Ähnliches wurde aus der Provinz Golestan im Iran be-

richtet. Dort wird Tee sehr heiß getrunken, was in einer zehnfach größeren Häufigkeit von Speiseröhrenkrebs im Vergleich zu einer anderen Region des Iran ohne dieses Trinkverhalten resultiert. Die Internationale Krebsfor-

schungsagentur (IARC) in Lyon in Frankreich hat Heißgetränke als „wahrscheinlich krebserregend“ eingestuft. Dort wurde eine Temperatur von 65 Grad Celsius als Schwelle zur Schädlichkeit definiert.

„In Europa ist die Trinktemperatur in der Regel niedriger, sodass heißer Kaffee oder Tee als unbedenklich gelten“, hieß es in der deutschen Ärztezeitung. Epidemiologen der Universität Oxford haben das aber jetzt quasi widerlegt. Keren Papier und Co-Autoren haben große Datenmenge noch einmal in dieser Hinsicht analysiert:

Die „Million Women Study“ hatte zwischen 1996 und 2001 insgesamt 501.112 Frauen im Alter von 50 bis 64

Jahren zu ihren Lebensgewohnheiten befragt, unter anderem auch, ob sie Heißgetränke „sehr heiß“, „heiß“ oder „warm“ konsumieren oder „keine heißen Getränke trinken“. Eine ähnliche Frage wurde 2006 bis 2010 auch 467.170 Männern und Frauen im Alter von 37 bis 73 Jahren gestellt, deren Daten in die „UK Biobank“ aufgenommen worden waren.

Viel mehr Karzinome

Die Ergebnisse der Analyse sind im *International Journal of Cancer* erschienen. „Der Konsum von sehr heißen Getränken im Vergleich zu warmen Getränken war nach Einrechnung der Konsumhäufigkeit mit einem dreifach erhöhten Risiko für Plattenepi-

thelkarzinome der Speiseröhre verbunden“, schrieben die Autoren der Studie. „Nach Berücksichtigung der Getränketemperatur war der tägliche Konsum von sechs oder mehr heißen Getränken im Vergleich zu weniger als sechs Heißgetränken mit einem um 71 Prozent erhöhten Risiko für Plattenepithelkarzinome assoziiert.“

Laut den Berechnungen der Epidemiologen könnten in Großbritannien rund 14 Prozent der Fälle von zumeist schwer behandelbaren und oft tödlich verlaufenden Plattenepithelkarzinomen der Speiseröhre verhindert werden, wenn die Menschen sehr heiße Getränke vermeiden – die Belege dafür seien mittlerweile eindeutig.