

handlung der Wahl. In der Regel werden vier bis sechs Behandlungszyklen vorgesehen. Möglich ist die sequentiell alternierende Behandlung verschiedener Kombinationen. Erreicht werden gegenwärtig Remissionen bei 90 Prozent (komplette Remissionen bei durchschnittlich 40 Prozent) der Patienten. Die mediane Überlebensdauer der Patienten beträgt 11 bis 16 Monate. Fünf bis 10 Prozent aller behandelten Patienten haben die Chance, zwei Jahre und länger rezidivfrei zu überleben. Der Anteil dieser Patienten ist nach kombinierter Chemo- und Radiotherapie höher als nach Chemotherapie allein, obwohl die Remissionsraten durch die kombinierte Therapie nicht erhöht werden. Es ist von großer prognostischer Bedeutung, daß das Therapieschema sofort, wenn keine deutliche Tumorregression erkennbar ist, gewechselt wird. Im Falle einer primären chirurgischen Therapie (zum Beispiel bei präoperativ unbekannter Histologie oder bei Stadium I und II) schließt sich eine adjuvante Chemotherapie, an.

5.3.2 Palliative Chemotherapie beim kleinzellig-anaplastischen Karzinom

Im Stadium „extensive disease“ wird die gleiche Chemotherapie wie im Stadium „limited disease“ durchgeführt. Es besteht jedoch in der Regel nur eine palliative Zielsetzung. Die Remissionsraten und Remissionsdauern sind niedriger, die mediane Überlebensdauer der Patienten beträgt sechs bis neun Monate.

5.3.3 Palliative Chemotherapie der nicht-kleinzelligen Karzinome

Die Indikation besteht im Stadium der Fernmetastasierung beim

symptomatischen Patienten. Im Stadium der lokoregionären Metastasierung wird eine Kombination mit der Radiotherapie diskutiert. Die Remissionsraten liegen zwischen 30 und 40 Prozent, wenn zwei bis drei Medikamente simultan verabreicht werden, die Remissionsdauern betragen vier bis sechs Monate, die Überlebensdauern der erfolgreich behandelten Patienten 12 bis 14 Monate. Die Therapie ist unter Berücksichtigung der Belastungen als individueller Versuch zu sehen.

5.3.4 Adjuvante Chemotherapie der nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinome

Versuche einer adjuvanten Chemotherapie nach primär potentiell kurativer chirurgischer oder Strahlentherapie führten bisher zu keiner signifikanten Verbesserung der Überlebensraten und Überlebensdauern. Diese Behandlungsform ist deshalb außerhalb klinischer Studien nicht zu empfehlen.

6 Nachsorge

Nach potentiell kurativer Operation und/oder Strahlentherapie bei den nicht-kleinzelligen Karzinomen beziehungsweise nach primärer Chemo-/Radiotherapie kleinzellig-anaplastischer Karzinome im Stadium der Remission wird folgendes Programm empfohlen:

Anschrift für die Verfasser:

Professor Dr. med. Peter Drings
Chefarzt der Internistisch-
Onkologischen Abteilung,
Krankenhaus Rohrbach,
Klinik für Thoraxerkrankungen
der LVA – Baden –
Amalienstraße 5
6900 Heidelberg 1

Colon irritabile: Bei Gastarbeitern häufig Darmparasiten

Die meisten in der gastroenterologischen Sprechstunde geklagten Beschwerden gehen auf ein Reizdarmsyndrom zurück. Besonders bei Gastarbeitern aus Südeuropa und der Türkei ist jedoch in erster Linie an eine intestinale Parasitose zu denken, worauf im deutschsprachigen Raum insbesondere Volkheimer mehrfach hingewiesen hat.

An der medizinischen Poliklinik Basel wurde in Zusammenarbeit mit dem Tropeninstitut eine prospektive Untersuchung an 177 Gastarbeitern aus den Mittelmeerlandern durchgeführt, die wegen Bauchschmerzen die Klinik aufsuchten.

Bei 69 (54 Prozent) konnten bei einer einmaligen Untersuchung mit der MIF-Technik (Merthiolat-Jodid-Formol-Anreicherung) pathogene Parasiten nachgewiesen werden. 19 Patienten waren Träger von zwei oder mehr Parasiten. Von den 25 nach der entsprechenden Behandlung nachkontrollierten Patienten waren 22 parasitenfrei, 17 hatten ihre Beschwerden verloren.

In einer zweiten Gruppe von 50 Patienten, die wegen extraabdomineller Beschwerden die Poliklinik aufsuchten, hatten 11 (22 Prozent) pathogene Parasiten im Stuhl. Unter den Parasiten überwogen *Entamoeba histolytica* vor *Giardia lamblia*, *Ascaris* und *Trichuris*.

Mit der Diagnose eines Colon irritabile sollte man deshalb bei Gastarbeitern sehr vorsichtig sein und auf eine subtile Stuhlanalyse nicht verzichten. W

Schwarz, U.; Schmutz, J.; Berner, U.; Cohen, D.: Darmparasitose bei Colon irritabile. Schweiz. med. Wschr. 115:476-478, 1985.

Medizinische Universitäts-Poliklinik, Kantonsspital, CH-4031 Basel.