

Diagnostik  
des Bronchial-Karzinoms:

## Vergleichende Beurteilung der Mediastinoskopie und Computertomographie

Zu dem Beitrag von Dr. med.  
Jürgen Lenz und Mitarbeitern  
in Heft 25/26, 1986,  
Seiten 1849 bis 1851

In der interessanten Vergleichs-  
studie zur Diagnostik der media-  
stinalen Metastasen beim Bron-  
chial-Karzinom vermisste ich die  
sehr wichtigen technischen Anga-  
ben über Typ und Schicht-Modus  
des verwendeten Computerto-  
mographie-Geräts.

Bei dem angegebenen Untersu-  
chungszeitraum (April 1981 bis  
März 1985) ist für die zugrundelie-  
genden Computertomographie-  
Untersuchungen anzunehmen,  
daß sie – zumindest für die ersten  
Jahre dieser Zeitspanne – noch  
nicht mit der jetzt verfügbaren  
hochauflösenden Technik durch-  
geführt werden konnten. Schicht-  
dicke und Matrixraster spielen  
aber gerade für die Erkennung  
von mediastinalen Lymphknoten  
(seien sie normal oder vergrößert)  
eine ganz entscheidende Rolle.

Man kann also mit Sicherheit da-  
von ausgehen, daß sich in den al-  
lerletzten Jahren die diesbezüg-  
liche diagnostische Erfolgsquote  
des Computertomogramms auch  
im Vergleich zur Mediastinoskopie  
durch die modernste Computerto-  
mographie-Gerätetechnik erheb-  
lich verbessert hat.

Dr. med. Günter Beck  
Arzt für Radiologie  
Schießgrabenstraße 2  
8900 Augsburg

Die Autoren haben auf ein Schluß-  
wort verzichtet.

III oder IV der Rai-Klassifikation  
oder Stadium C der Binet-Einteil-  
lung, von vornherein bestehen  
oder sich während des Krankheits-  
verlaufs ergeben. Solange bei Pa-  
tienten mit CB-CC Lymphom im  
Stadium IV eine remissionsindu-  
zierende Chemotherapie ihre  
Überlegenheit nicht bewiesen hat,  
ist auch in derartigen Fällen ein  
exspektativ-palliatives Vorgehen  
vertretbar (siehe 3.3 a).

### 4 Nachuntersuchungen

#### 4.1 Patienten mit hochmalignen NHL in Vollremission

Die Zeitintervalle zwischen den  
einzelnen Untersuchungen sind  
dem individuellen Fall anzupassen.  
Bei Patienten mit eindeutiger  
Remission ohne suspekte Restbe-  
funde bei der umfassenden Nach-  
untersuchung nach Erreichen der  
Vollremission („Restaging“) genü-  
gen vermutlich dreimonatige In-  
tervalle in den ersten beiden Jah-  
ren nach Therapieende sowie  
sechsmonatige Intervalle in den  
folgenden zwei bis drei Jahren.  
Bei Patienten mit verdächtigen  
Restbefunden sind kürzere, zum  
Beispiel vier- bis sechswöchige  
Abstände zur frühzeitigen Erfas-  
sung eines Rezidivs erforderlich.  
Bei allen Nachsorgeterminen soll-  
ten die Anamnese, die körperliche  
Untersuchung, die wichtigsten klini-  
sch-chemischen Parameter, der  
Röntgenbefund der Thoraxorgane  
sowie der sonographische Abdo-  
minalstatus aktualisiert werden.  
Besondere Beachtung verdienen  
die bei der Erstuntersuchung pa-  
thologisch gefundenen Ergebnis-  
se und die Untersuchungsverfahren,  
die zum Nachweis der Lym-  
phommanifestationen geführt hat-  
ten. Dies gilt insbesondere für alle  
invasiven Maßnahmen, zum Bei-  
spiel die zytologische und histolo-  
gische Knochenmark-, die biopti-

sche Leber- sowie die Liquor- und  
die computertomographischen  
Untersuchungen.

#### 4.2 Patienten mit Lymphomen von niedrigem Malignitätsgrad

a) *Patienten mit lokoregional be-  
grenzter Erkrankung in Vollremis-  
sion:* Das Untersuchungspro-  
gramm entspricht im wesentlichen  
dem unter 4.1 skizzierten Vorge-  
hen, wobei das Hauptaugenmerk  
auf die primären Manifestationsor-  
te zu richten ist und wegen der ho-  
hen Generalisationstendenz die-  
ser Lymphome zusätzlich Blut-  
und Knochenmarkuntersuchun-  
gen in drei- bis sechsmonatigen  
Abständen erfolgen sollten.

b) *Patienten mit fortgeschrittener  
Erkrankung ohne Progredienz:*  
Die Kontrolluntersuchungen soll-  
ten alle Parameter erfassen, die eine  
Krankheitsprogredienz erken-  
nen lassen, wie B-Symptomatik,  
Zunahme von Größe und Zahl der  
Lymphknoten, Leber- und Milz-  
größe, Blutlymphozytose, Auftre-  
ten einer Anämie und/oder Throm-  
bozytopenie, Entwicklung oder  
Zunahme einer monoklonalen Im-  
munglobulinvermehrung. Die Un-  
tersuchungsintervalle können der  
Krankheitsdynamik angepaßt wer-  
den, das heißt zwischen drei und  
sechs Monaten schwanken.

c) *Patienten mit fortgeschrittener  
Erkrankung nach Chemotherapie:*  
Vorgehen wie bei Patienten unter  
4.2 b.

Von den Autoren Herrn Professor Dr.  
med. Dr. med. h. c. Karl Lennert, Kiel,  
zum 65. Geburtstag gewidmet

Anschrift für die Verfasser:  
Prof. Dr. med.  
Günter Brittinger  
Medizinische Klinik und  
Poliklinik der  
Universität (GHS) Essen  
Hufelandstraße 55, 4300 Essen 1