

② Es dominiert wegen der meist fortgeschrittenen Tumorerkrankung als Therapieverfahren die Chemotherapie.

③ Die Kombination von zwei und mehr Zytostatika ist der Monotherapie überlegen.

④ Das Therapieverfahren muß unabhängig vom klinischen Stadium sofort gewechselt werden, wenn nicht eine deutliche Tumorrogression erkennbar ist.

⑤ Nur Patienten mit kompletter Remission haben die Chance eines langfristigen rezidivfreien Überlebens.

⑥ Es besteht eine positive Korrelation zwischen der Aggressivität der Therapie und dem Spätschicksal der Patienten.

⑦ Bei unbehandelten Patienten ist die Überlegenheit einer bestimmten Zytostatika-Kombination bisher nicht erkennbar.

⑧ Die Radiotherapie ist im Stadium „limited disease“ als konsolidierende Maßnahme unverzichtbar.

3. Nachsorge

Die Nachsorge erfolgt nach dem gleichen Schema wie bei den nicht kleinzelligen Bronchialkarzinomen. Im ersten Jahr nach Erreichen einer kompletten Remission wird man jedoch die Kontrolluntersuchung in sechswöchigen Intervallen vornehmen, da in dieser Zeit besonders mit Rezidiven gerechnet werden muß.

Literatur

1. Aisner, J.; Alberto, P.; Bitran, J.; Comis, R.; Daniels, J.; Hansen, H.; Smyth, J.: Role of chemotherapy in small cell lung cancer: A consensus report of the International Association for the Study of Lung Cancer Workshop. *Cancer Treatm. Rep.* 67 (1983) 37-43
2. Bleehen, N. M.; Bunn, P. A.; Cox, J. D.; Domernowsky, P.; Fox, R. M.; Host, H.;

Joss, R.; White, J. E.; Wittes, R. E.: Role of radiation therapy in small cell anaplastic carcinoma of the lung. *Cancer Treatm. Rep.* 67 (1983) 11-19

3. Greco, F. A.; Johnson, D. H.; Hainsworth, J. D.; Wolff, St. N.: Chemotherapy of small cell lung cancer. *Semin. Oncol.* 12 (1985) 312-37
4. Merkle, N. M.; Mickisch, G. H.; Kayser, K.; Drings, P.; Vogt-Moykopf, I.: Surgical resection and adjuvant chemotherapy for small cell carcinoma. *Thorac. cardiovasc. Surg.* 34 (1986) 39-42
5. Niederle, N.; Schütte, J.: Chemotherapeutic results in small cell lung cancer. In: Seeber (ed.): *Small cell lung cancer. Recent results in cancer research 97.* Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York, pp. 127-145, 1985
6. Perloff, M.; Killen, J. V.; Wittes, R. E.: Small cell bronchogenic carcinoma. *Curr. Probl. Cancer* 10 (1986) 171-214

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. Peter Drings
Prof. Dr. med.
Ingolf Vogt-Moykopf
Thoraxklinik der LVA Baden
Amalienstraße 5 · 6900 Heidelberg 1

Stellenwert der HIV-Bestimmung im Enzymimmunoassay

Stute und Isenberg sind der Frage nachgegangen, ob eine routinemäßige Untersuchung auf HIV-Antigen bei Blutspendern derzeit erforderlich ist. Untersucht wurden 33 076 Proben gleichzeitig auf HIV-Antigen mit dem Enzymimmunoassay von Abbott und auf HIV-Antikörper, ebenfalls mit dem Abbott-Enzymimmunoassay. Die im HIV-Antikörpertest reaktiven Proben wurden im Western Blot bestätigt. Die 33 076 Proben stammten von 21 496 Blutspendern, 11 086 „Risikopersonen“, 101 AIDS-Patienten und retrospektiv 393 Patienten mit hohem Risiko, einschließlich einer Gruppe Homosexueller aus New York. In 82 Seren von 297 HIV-Infizierten konnte HIV-Antigen nachgewiesen werden, aber stets in Kombination mit HIV-Antikörpern. Es wurde in keiner Probe ein isolierter Antigennachweis beobachtet. Deshalb erscheint die regelmäßige Untersuchung von Blutspendern auf HIV-Antigen gegenwärtig nicht notwendig zu sein, da mit diesem HIV-

Antigentest keine zusätzliche Information zu erhalten ist.

Stute, R.; Isenberg, E.: Diagnostischer Stellenwert der HIV-Antigenbestimmung im Enzymimmunoassay. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 113 (1988) 605-607.

Blutspendezentrale Saarland des Staatlichen Instituts für Gesundheit und Umwelt, Malstatter Straße 17, 6600 Saarbrücken.

Malaria-Rezidive

Innerhalb von zwei Monaten nach Falciparum-Malaria-Therapie entwickelten sich bei 58 (33 Prozent) von 174 Patienten, die eine Chinin- oder Chinidin-Behandlung erhalten hatten, und bei 46 (32 Prozent) von 145 Patienten, die Mefloquin bei stationärer Nachsorge länger als sechs Wochen erhielten, Plasmodium-vivax-Infektionen.

Die Zeit bis zum Plasmodium-vivax-Rezidiv war nach Mefloquin-

Therapie signifikant länger (im Mittel 47 Tage, Reichweite 30-65) als nach Chinin- oder Chinidin-Therapie (im Mittel 21 Tage, 15-36; $p < 0,0001$). Alle Patienten befanden sich außerhalb von Malaria-Anstekungsgebieten.

Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß diese Ergebnisse einen sehr hohen Anteil an Doppelinfektionen in Thailand mit akuter Suppression von Plasmodium vivax durch Falciparum-Malaria zeigen und ein weiteres Indiz für die radikale Therapie mit Primaquin in Kombination mit Mefloquin bei bestimmten Patienten mit Falciparum-Malaria sind, bei denen Plasmodium-vivax-Rezidive nicht beobachtet wurden. jhn

Looareesuwan, S. et al.: High Rate of Plasmodium vivax Relapse following Treatment of Falciparum Malaria in Thailand, *The Lancet* II (1987) 1051-1055

Dr. Nicholas J. White, Bangkok, Hospital for Tropical Diseases, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand