

ten wird. Das heißt, es sind entsprechende Absaugvorrichtungen zu installieren.*)

Von medizinischer Seite scheint keine Präventivmaßnahme möglich zu sein, da keine prädisponierenden Faktoren bekannt sind, wegen derer eventuelle Risikogruppen von vornherein von der Exposition ausgeschlossen werden könnten.

Da diese Tumoren sich in klinisch stummen Regionen mit anfänglich nur unspezifischen Symptomen entwickeln, kann eine Früherkennung nur mittels sorgfältiger Endoskopie der inneren Nase erfolgen. Diese Früherkennungsuntersuchungen sind wegen der langen Latenzzeiten nicht nur bei Personen durchzuführen, die zur Zeit gegenüber Holzstaub exponiert sind, sondern auch bei allen denen, die nach einer Beschäftigung in der Holzverarbeitung den Beruf gewechselt haben und nun nicht mehr holzstaubexponiert sind. Auch sind derartige Untersuchungen im Rentenalter fortzusetzen. Um einen Tumor möglichst in einem frühen Stadium zu erkennen, darf der Abstand der Untersuchungen nicht zu groß gewählt werden. Abstände von mehr als einem Jahr sind demnach nicht sinnvoll. Ob derartige Früherkennungsuntersuchungen praktikabel sind, werden die bereits angelaufenen Pilotstudien ergeben.

Eine verbesserte Frühdiagnose läßt sich aber vor allen Dingen wohl dadurch erreichen, daß sowohl der gefährdete Personenkreis als auch die behandelnden Ärzte über die Art der Erkrankung, ihre Symptome und den Verlauf genauestens aufgeklärt werden, damit der Patient eher den Arzt aufsucht und dieser dann den eventuellen Tumor auch erkennt.

Literatur

1. Gülzow, J.: Ein berufsbedingtes Nasennebenhöhlen-Adenokarzinom bei Tischlern. Laryngol. Rhinol. Otol. (Stuttg.) 54 (1975) 304-310
2. Kleinsasser, O.: Terminal Tubulus Adenocarcinoma of the Nasal Seromucous Glands. A specific entity. Arch. Otorhinolaryngol. 241 (1985) 183-193

*) Die derzeitigen TRK-Werte in der Bundesrepublik Deutschland betragen 2 mg/m³ für Neuanlagen und 5 mg/m³ im übrigen (TRGS 102, Stand 1. 5. 89).

3. Kleinsasser, O.; Schroeder, H.-G.; Wolf, J.: Adenokarzinome der inneren Nase nach Holzstaubexposition - Vorsorgemaßnahmen und Frühdiagnose. ASP 22 (1987) 70-77
4. Kleinsasser, O.; Schroeder, H.-G.: Adenocarcinomas of the inner nose after exposure to wood dust. Morphological findings and relationships between histopathology and clinical behaviour in 79 cases. Arch. Otorhinolaryngol. 245 (1988) 1-15
5. Macbeth, R.: Malignant Disease of the Paranasal Sinuses. J. Laryngol. Otol. 79 (1965) 592-612
6. Schroeder, H.-G.: Adenokarzinome der inneren Nase und Holzstaubexposition. Klinische, morphologische und epidemiologische Aspekte. Schriftenreihe des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften 1989, Hrsg.: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Lindenstr. 78-80, 5205 St. Augustin 2
7. Wolf, J.; Hartung, M.; Schaller, K. H., et al.: Über das Vorkommen von Adenokarzinomen der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen bei Holzarbeitern. ASP, Sonderheft 7 (1986)
8. Wolf, J.: Untersuchungen über bösartige Tumoren der Nase und ihre Beziehungen zur Holzstaubexposition in der Bundesrepublik Deutschland. Sicherheitswissenschaftlich-arbeitsmedizinische Systemanalyse mit Auswertung von 233 Erkrankungsmeldungen. Sicherheitswissenschaftliche Monographien 13 (1987) Hrsg. Compes, P. C., Gfs, Bergische Universität, GH Wuppertal
9. Wolf, J.; Hartung, M.; Schroeder, H.-G.; Kleinsasser, O.; Compes, P. C.; Valentin, H.: Bösartige Tumoren der Nase im Bereich der Holzwirtschaft. Empirisch-kasuistische Studie zur Belastungssituation (III), ASP Sonderheft 10 (1988)

Anschrift für die Verfasser:

Privatdozent
Dr. med. Heinz-Georg Schroeder
Universitäts-HNO-Klinik
Deutschhausstraße 3
3550 Marburg/Lahn

Bei alltäglichen Beschwerden geringe Heilerfolge

Viele der im Praxisalltag häufig auftretenden Symptome lassen sich nur zu einem geringen Prozentsatz bessern. Zu diesem Schluß kommt eine retrospektive Untersuchung von 1000 Krankengeschichten, die über einen Zeitraum von drei Jahren am Brooke Army Medical Center, Texas, anfielen und von der University of Health Sciences, Bethesda, auf Inzidenz, Diagnose, Behandlung und Erfolg untersucht wurden. Bei 38 Prozent dieser Patienten, die Mehrheit davon weiblich, trat mindestens eines der folgenden Symptome in der beobachteten Zeit erstmalig auf: Thoraxschmerz, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Oedeme, Rückenschmerzen, Dyspnoe, Schlaflosigkeit, Bauchschmerz, Gefühllosigkeit, Impotenz, Gewichtsverlust, Husten und Obstipation. In nur 16 Prozent ließ sich eine organische Ursache dokumentieren, obwohl in zwei Dritteln der Fälle detaillierte Untersuchungen durchgeführt wurden. Diese Kosten erwiesen sich als sehr hoch, besonders bei Kopfschmerz und Rückenschmerz. In nur 55 Prozent der Symptome wurde eine Behandlung eingeleitet, die zu 75 Prozent in der

FÜR SIE REFERIERT

Verschreibung von Medikamenten bestand. Bei einem neuerlichen Arztbesuch wurden in fast der Hälfte der Fälle die Symptome gar nicht mehr erwähnt, und wenn sie wieder erwähnt wurden, zeigte sich fast die Hälfte nicht gebessert. Günstig für die Prognose war eine organische Ursache, Bestehen der Symptome seit weniger als vier Monaten und Präsenz von höchstens zwei dieser Symptome.

Die Autoren kommen daher zu dem Schluß, daß diese Beschwerden nichtorganische Ursachen haben und daß diese Tatsache zur weiteren Forschung anregen sollte, zumal gerade diese Beschwerden häufig zu Funktionsbeeinträchtigungen führen. slü

Kroenke, K., D. Mangelsdorff: Common Symptoms in Ambulatory Care: Incidence, Evaluation, Therapy and Outcome. Am. Journ. Med., 86, (1989), 262-266.

Kurt Kroenke M. D., % Gordon Noel, Department of Medicine, Uniformed Services University of Health Sciences, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814-4799, USA.