

Schlußfolgerungen

① Da ganz unterschiedliche ätiologische Faktoren ein und denselben Pathomechanismus in Gang setzen und so eine gleichartige Gewebsreaktion auslösen können, erlaubt das histomorphologische Bild granulomatöser Entzündungen in erster Linie Rückschlüsse auf die Pathogenese, nicht aber auf die Ätiologie (15, 17, 18). Aus diesem Grund ist die Schlußfolgerung: Epitheloidzellgranulom = spezifische Entzündung = Tuberkulose falsch.

② Eine solche Schlußfolgerung ist aber auch deshalb heutzutage nicht korrekt, weil mit dem allgemeinen Rückgang der Tuberkulose (42) diese Erkrankung als Ursache einer Granulombildung stark ab- und das Spektrum anderer Ursachen (etwa iatrogene Faktoren) stark zugenommen hat (11, 45). Eine Fehlinterpretation derartiger „tuberkuloider“ Reaktionen (13, 14) als Tuberkulose muß aber wegen der schwerwiegenden therapeutischen und sozialen Konsequenzen unbedingt vermieden werden.

③ Da das zelluläre Immunsystem an den meisten granulomatösen Reaktionen pathogenetisch beteiligt ist, verlaufen Entzündungen durch „granulominduzierende Agentien“ (zum Beispiel Mykobakterien) bei Patienten mit T-Zell-Defekt (AIDS, SCID usw.) oder immunsuppressiver Therapie histomorphologisch stark modifiziert.

④ Welche klinische Bedeutung der histologischen Diagnose „Granulom“ zukommt (9, 48), hängt in erster Linie davon ab, ob es sich um einen lokalisierten oder systemischen, einen in den Kontext des klinischen Gesamtbildes passenden Befund oder einen Zufallsbefund handelt.

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis im Sonderdruck, anzufordern über den Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Berno Heymer
Abteilung für Pathologie der Universität Ulm
Oberer Eselsberg · 7900 Ulm/Donau

Primär extranodale Non-Hodgkin-Lymphome des Magens

Zehn bis 25 Prozent aller Non-Hodgkin-Lymphome sind primär extranodale Lymphome, wobei im Gastrointestinaltrakt der Magen – und hier wiederum das Antrum – am häufigsten betroffen ist. Das primär extranodale maligne Lymphom ist jedoch – mit einem Anteil von zwei bis fünf Prozent aller primären Magenmalignomen – selten.

In einer retrospektiven Studie wird der Verlauf bei 22 Patienten beobachtet (neun Frauen, 13 Männer; Altersmedian: 62 Jahre; mittlere Nachbeobachtungszeit: 42 Monate), bei denen in den Jahren von 1976 bis 1986 beim malignen Lymphom des Magens eine potentiell kurative Resektion mehrheitlich als alleinige Behandlungsmaßnahme durchgeführt worden ist.

Bei elf Patienten liegt – nach der Ann-Arbor-Klassifikation – ein Stadium IE (isolierter Befall eines extralymphatischen Organs) vor, vier Patienten haben ein Stadium IIIE (zusätzlicher Befall perigastrischer

Lymphknoten), sieben Patienten ein Stadium IIIE (zusätzlicher Befall zöliakaler Lymphknoten). Die Fünf-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit des Gesamtkollektivs beträgt 55 Prozent, im Stadium IE 65 Prozent, im Stadium IIIE 100 Prozent und im Stadium IIIE 14,3 Prozent. Die mediane Überlebenszeit bei niedrigmalignen Lymphomen liegt bei 97 Monaten, bei hochmalignen bei zwölf Monaten.

Ein hoher Malignitätsgrad (nicht signifikant), die Tumordinfiltrationstiefe (nicht signifikant), ein Befall der zöliakalen Lymphknoten (signifikant) sowie ein Tumordurchmesser von mehr als zehn Zentimetern (hochsignifikant) haben Einfluß auf die Prognose. Außerdem haben primäre zentrozytisch-zentroblastische Magenlymphome eine signifikant bessere Prognose als diffuse histiozytische beziehungsweise immunoblastische und lymphoblastische Lymphome. Der Stellenwert der Operation ist derzeit nahezu unbe-

FÜR SIE REFERIERT

stritten, eine kurative Resektion wird angestrebt. Angesichts der potentiellen Kurabilität primärer Magenlymphome sind die Ergebnisse bei alleiniger Operation jedoch unbefriedigend, sie können durch die kritische Anwendung multimodaler Therapiekonzepte verbessert werden. Bei niedrigmalignen Lymphomen im Stadium IE reicht die kurative Resektion möglicherweise aus. In den Stadien IIIE und IIIE sollte eine multimodale Behandlungsstrategie mit primär kurativer Resektion angestrebt werden, der die Strahlentherapie – wegen der relativen Strahlensensibilität – bei histologisch niedrigem Malignitätsgrad folgt, oder bei histologisch hohem Malignitätsgrad die Chemotherapie. mle

Roder, J. D. et al.: Das primär extranodale Non-Hodgkin-Lymphom des Magens, Stellenwert der Operation im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes. *Chirurg* (1989) 60: 157–162.

Dr. J. D. Roder, Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.