

Leider ist bei dieser retrospektiven Untersuchung eine Reihe interessierender Laborbestimmungen nicht oder nur so selten durchgeführt worden, daß eine Auswertung nicht möglich war. Dies gilt zum Beispiel für CRP (C-reaktives Protein), Ferritin i. S., IgM, Coeruloplasmin, alkalische Phosphatase und den Index der alkalischen Leukozytenphosphatase. Inwieweit hier nicht analysierte Akute-Phase-Proteine (zum Beispiel CRP) (5) für die Rezidivdiagnostik brauchbar sind, müßte noch untersucht werden.

Es fand sich bei einer Reihe von Laborwerten, insbesondere bei der BSG und der quantitativen Haptoglobinbestimmung, bereits mindestens sechs Monate vor der Diagnose Rezidiv ein Anstieg der Werte über den Normbereich. Hieraus folgt, daß nicht anderweitig erklärte und nicht transitorische Normabweichungen von Laboraten als ernstzunehmende Frühindikatoren einer erneuten Hodgkinmanifestation zu werten sind. Sie müssen daher gegebenenfalls den gezielten Einsatz aller bildgebenden Verfahren (konventionelle Radiologie, Sonographie, Computertomographie, Skelettszintigraphie und Knochenmarkszintigraphie) nach sich ziehen, um die Rezidivdiagnose vorverlegen zu können: Da inzwischen potente Behandlungsschemata für einen zweiten Therapieansatz zur Verfügung stehen und unterstellt werden darf, daß auch für die Prognose einer erneuten Hodgkinmanifestation Umfang beziehungsweise Ausdehnung des Rezidives von großer Bedeutung sind, ist die möglichst frühzeitige Einleitung einer Salvagetherapie für den Patienten wahrscheinlich von großer Bedeutung.

#### Literatur

1. Anders, O.: Serum Iron and Copper in Patients with Lymphogranulomatosis. *Z. ges. Inn. Med.* 39 (1984) 169-172
2. Axtell, L. M.: Prognostic Indicators in Hodgkin's Disease. *Cancer* 29 (1972) 1481-1488
3. Berndt, H.: Stadieneinteilung und histopathologische Klassifizierung der Lymphogranulomatose. *Arch. Geschwulstforsch.* 41 (1973) 65-72
4. Carbone, P. P. et al.: Report of the committee on Hodgkin's disease staging. *Cancer Res.* 31 (1971) 1860-1861

5. Chambers, R. E. et al.: Akute-Phase-Proteine bei entzündlichen Erkrankungen. *Diagn. & Labor* 36 (1986) 124-132
6. Denz, H.: Das Rezidiv beim Hodgkin. Häufigkeit, Therapie, Prognose. *Wien. Klin. Wochenschr.* 95 (1983) 326-332
7. Gross, R. et al.: Klinik und Prognostik des Morbus Hodgkin. Eine Studie anhand von 1200 eigenen Fällen. *Internist (Berl.)* 22 (1981) 264-269
8. Hermosa, V. et al.: Serum ferritin and other biological data as indicators of tumor activity in Hodgkin's disease. *Sangre* 30 (1985) 154-158
9. Sutcliffe, S. B.: Prognosis of Hodgkin's disease Patients who fail to remit or relapse after combination chemotherapy. *Clin. Oncol.* 6 (1980) 329-336
10. Tubiana, M.: Prognostic significance of

erythrocyte sedimentation rate in clinical stage I and II of Hodgkin's disease. *J. Klin. Oncol.* 2 (1984) 194-200

11. Yarnold, J. R.: Patterns of relapse following radiotherapy for Hodgkin's disease. *Clin. Radiol.* 33 (1982) 137-140
12. Yarnold, J. R.: Factors affecting relapse following chemotherapy for Hodgkin's disease. *Clin. Radiol.* 33 (1982) 627-629

#### Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Bruno Mödler  
Chefarzt der  
Medizinischen Abteilung  
Cusanus-Krankenhaus  
Karl-Binz-Weg 12  
5550 Bernkastel-Kues

## FÜR SIE REFERIERT

### Ventrikel-Arrhythmien

Durch plötzliches Herzversagen sterben jährlich Tausende von Kardiern. Ventrikel-Tachykardie und Ventrikel-Flimmern machen bis zu 85 Prozent der Risiko-Todesfälle aus. Die Erkennung der Risikopatienten ist nach wie vor eine große Herausforderung. Patienten mit rezidivierender Ventrikel-Tachykardie oder Patienten, die nach Ventrikel-Flimmern reanimiert wurden, werden allgemein als Risikopatienten höchsten Grades angesehen.

Obwohl ventrikuläre Extrasystolen – bei Nichtvorhandensein von vorheriger Ventrikel-Tachykardie oder Ventrikel-Flimmern – bei der Identifizierung von Risikopatienten in den meisten Fällen nicht hilfreich sind, können sie bei Vorliegen einer strukturellen Herzabnormalität auf ein erhöhtes Risiko für plötzliches Herzversagen hinweisen, besonders, wenn vor kurzem ein Myokardinfarkt vorgelegen hat. Die Notwendigkeit einer Therapie in derartigen Fällen wird noch erforscht.

Eine Behandlung ist obligatorisch für Überlebende einer Episode von Ventrikel-Flimmern und Patienten mit rezidivierender Ventrikel-Tachykardie oder Torsade de point-Ventrikel-Tachykardie. Das Vorge-

hen ist entweder invasiv oder nicht-invasiv. Die Wahl eines Antiarrhythmikums wird durch Kenntnis einiger grundsätzlicher elektrophysiologischer Symptome des Herzens sowie der Klassifikation der Antiarrhythmika erleichtert. Die Medikation muß individuell gewählt werden; Basis für die Wahl des Antiarrhythmikums sind Ansprechen auf die Therapie, die linksventrikuläre Funktion und mögliche oder tatsächlich auftretende Nebenwirkungen.

Die Autoren empfehlen Amiodaron oder eine nicht-pharmakologische Therapie nur, falls ein adäquates Antiarrhythmikum nicht gefunden werden kann. Jhn

Kavanagh, K. M. et al.: Ventricular arrhythmias, *Canadian Medical Association Journal* 138 (1988), 903-913.

Dr. Katherine M. Kavanagh, Division of Cardiology, Foothills Provincial General Hospital, 1403-29th St. NW, Calgary, Alta. T2N 2T9, Kanada.

## NOTIZ

### Balint und das Alter

Vom 31. März bis zum 2. April 1989 findet – zum 17. Mal! – das Internationale Balint-Treffen in Ascona auf dem Monte Verità statt. Thema ist: „Der alternde Mensch und sein Arzt“. Informationen: Dr. med. Boris Luban-Plozza, Piazza Pedrazzini, CH-6600 Locarno, Schweiz. mwr