

S. Delorme · M. Puderbach

Abteilung Radiologie (E010), Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Pädiatrischer Thorax

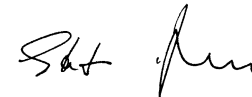
Sehr geehrte Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der radiologischen Diagnostik bei Kindern ist der Einsatz ionisierender Strahlung in den vergangenen Jahren zugunsten des Ultraschalls und der Magnetresonanztomographie deutlich zurückgegangen. Gewissenhafte Pädiater und Radiologen/Kinderradiologen versuchen, wo immer möglich, die klinischen Fragen zunächst sonographisch und dann mit der MRT zu klären. Im Abdomen, im Becken, im Schädel und bei den Weichteilen ist dies fast immer möglich. Nur wenige Bastionen haben Projektionsradiographie und CT noch halten können, darunter den Thorax und die Knochen. Was letztere betrifft, werden wir in einem der nächsten Hefte lesen können, wie die häufigsten kindlichen Frakturen auch sonographisch diagnostiziert werden können. Bleibt der Thorax, und auch da sind Ultraschall und MRT nicht gänzlich chancenlos. Die Diagnostik akuter Lungenerkrankungen wird auch künftig mit dem Röntgen beginnen – zu offensichtlich sind seine Vorteile. Zudem ist das Thoraxröntgen oft eine einmalige oder nur gelegentliche Untersuchung, deren Strahlendosis sich in Grenzen hält – dies aber nur, wenn die Besonderheiten beim Kind beachtet und technische Richtlinien streng eingehalten werden. Diesem Thema ist in unserem Heft eigens ein Artikel gewidmet.

Viel mehr Anlass zur Sorge besteht bei Kindern mit angeborenen, schweren oder chronischen Erkrankungen der Lungen und Atemwege oder von Herz und Gefäßen, bei denen Schnittbildverfahren unumgänglich sind und auf längere Sicht immer wieder Kontrolluntersuchungen anfallen. Hier muss es das Ziel sein, die Möglichkeiten vor allem der MRT zu Lasten der CT so weit es geht auszureizen, trotz aller Schwierigkeiten, die gerade bei Kindern bestehen: Ihre Kleinheit, Bewegung,

mangelnde Kooperation, um nur einige zu nennen. In jeweils zwei Artikelpaaren wird Ihnen in diesem Heft von klinischer und radiologischer Seite vorgestellt, um welche Erkrankungen von Herz, Gefäßen, Lunge und Atemwegen es geht, welche Information vom Radiologen benötigt wird, und was dieser mit welchen Methoden beisteuern kann. Gerade bei der MRT der kindlichen Lunge lernen wir auch umzudenken: Zweifellos kommt sie noch lange nicht an die Auflösung der CT heran. Aber in vielen Fällen ist die reduzierte räumliche Information vor dem Hintergrund des erhöhten Weichteilkontrasts sehr wohl zur Beantwortung etlicher klinischer Fragen geeignet. Zudem bereichert sie die Diagnostik um funktionelle Information wie Bewegung, Perfusion und zumindest mittelbar auch Ventilation. Aber hiermit könnten wir ein weiteres Heft füllen...

Ihre



Prof. Dr. Stefan Delorme



Prof. Dr. Michael Puderbach

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. S. Delorme
 Abteilung Radiologie (E010),
 Deutsches Krebs-
 forschungszentrum
 Im Neuenheimer Feld 280,
 69120 Heidelberg
 s.delorme@dkfz.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Delorme und M. Puderbach geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.