

## Mehr Fälle entdeckt, aber Mortalität nicht gesenkt

# Was bringt ein CT-Screening beim Bronchialkarzinom?

— Die Prognose von Patienten mit einem Bronchialkarzinom konnte in den letzten Jahrzehnten kaum verbessert werden. Entscheidend dafür ist die Tatsache, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten das Karzinom erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert wird, wenn eine kurative Therapie nicht mehr möglich ist. Unbestritten ist die konventionelle Röntgen-Thorax-Aufnahme sicherlich nicht geeignet, um ein Bronchialkarzinom in einem frühen Stadium zu erfassen.

Jetzt wurde erstmals in einer klinischen Studie untersucht, ob mittels CT-Screening eine Früherkennung möglich ist. Aufgenommen in die Studie wurden 2472 männliche Patienten mit einem langjährigen Nikotinabusus. Initial wurden alle Patienten klinisch

untersucht, außerdem erhielten sie eine Röntgen-Thorax-Aufnahme und eine zytologische Sputumuntersuchung. Randomisiert wurde bei der Hälfte der Patienten jährlich ein Spiral-CT durchgeführt, die andere Hälfte wurde nur klinisch überwacht. Während der Nachbeobachtungsphase von durchschnittlich 33 Monaten wurde bei 60 Patienten in der CT-Screening-Gruppe (4,7%) und bei 34 Patienten in der Kontrollgruppe (2,8%) ein Bronchialkarzinom diagnostiziert.

### Keine Senkung der Mortalität

„Doch die Resezierbarkeit war in beiden Gruppen gleich, obwohl in der Screeninggruppe signifikant mehr Patienten im Tumorstadium 1 erkannt wurden“, erklärte Prof. Gerhard Most-

beck, Wien. In beiden Patientengruppen starben gleich viele, nämlich 20 Patienten, an einem Bronchialkarzinom.

Ein Großteil der im Studienverlauf diagnostizierten Bronchialkarzinome wurden mittels klinischer Untersuchung bzw. konventioneller Röntgen-Thorax-Aufnahme entdeckt. „Die Daten dieser Studie zeigen, dass durch ein Low-dose-CT-Screening zwar eine höhere Zahl an Bronchialkarzinomen entdeckt wird, dies jedoch leider nicht mit einer Senkung der Mortalität an diesem Tumor einhergeht“, so das Fazit von Mostbeck. Sollten diese Ergebnisse in weiteren Studien bestätigt werden, wäre ein CT-Screening nicht nur sinnlos, sondern wegen der Strahlenbelastung sogar gefährlich für den Patienten. **STI ■**

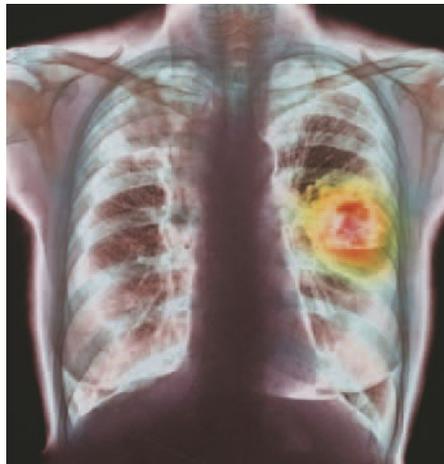
## Biopsie meist unverzichtbar

# Pulmonaler Rundherd: Merkmale des Bösen

— Wenn zufälligerweise bei einer Röntgen-Thorax-Untersuchung ein oder mehrere Rundherde in der Lunge auffallen, beginnt das Rätselraten: gut- oder bösartig? Auch wenn in den letzten Jahren CT-morphologische Kriterien zur Differenzierung erarbeitet wurden, ist im Einzelfall die Beurteilung der Dignität sehr schwierig. Das Spektrum der möglichen Differenzialdiagnosen reicht von Entzündung über Hämorrhagie und Fibrose bis hin zur atypischen adenomatösen Hyperplasie als Vorstufe des Bronchialkarzinoms, dem bronchioalveolären Karzinom und dem Adenokarzinom. Jüngeres Patientenalter, eine Bluteosinophilie, multiple teilsolide Rundherde, ein großer solider Anteil und eine unscharfe Begrenzung sprechen eher für gutartige regressive Läsionen. Umge-

kehrt findet sich bei malignen Rundherden häufiger ein Luftbronchogramm, eine Spekulierung und eine Retraktion der Pleura. „Auch wenn diese Kriterien helfen, zwischen malignen und benignen teilsoliden Rundherden zu differenzieren, dürfte beim einzelnen Patienten in den meisten Fällen eine feingewebliche Abklärung unverzichtbar sein“, so Mostbeck. Denn auch die Beurteilung des Wachstums solcher unscharf abgrenzbaren Rundherde sei bei der Beurteilung der Dignität unzuverlässig, zumal die Größe eines Rundherds wesentlich von der Inspirationsstiefe bei der Anfertigung des CT beeinflusst werde.

**STI ■**



© Simon Fraser/sp/agentur focus

◀ **Pulmonaler Rundherd bei einem Bronchialkarzinom.**