Bronchialkarzinom: Neues aus Diagnostik und Therapie

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

das Bronchialkarzinom zählt weiterhin zu den führenden Krebstodesursachen. Aufgrund der sich ändernden Rauchgewohnheiten nimmt die Zahl der Todesfälle bei Frauen derzeit weiter zu, während sie bei Männern seit Mitte der 80er Jahre leicht zurückgeht. Wer heute das Rauchen aufgibt, trägt noch für viele Jahre ein erhöhtes Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken. Ob systematische Früherkennungsprogramme, z. B. mit Low-dose-CT, mehr nutzen als schaden, ist noch nicht erwiesen – auch falsch-positive Befunde führen häufig zu einem thoraxchirurgischen Eingriff mit all seinen Risiken und nicht, wie im Mammographiescreening, zu einer vergleichsweise harmlosen Biopsie. Über den aktuellen Stand der Epidemiologie und der Screeningstudien gibt *Nikolaus Becker* in diesem Band einen Überblick.

Diagnostik und Therapie haben sich deutlich weiter entwickelt. Die Behandlung des Lungenkrebses erfolgt heute multimodal nach differenzierten Protokollen (s. Beiträge von *Antje Prasse* und *Susanne Oertel*). Die moderne CT erlaubt die Darstellung des Primärtumors sowie seiner Absiedlungen in zuvor nicht gekannter Qualität. Das TNM- und das klinische Stagingssystem wurden basierend auf umfangreichen empirischen Daten überarbeitet und bieten nunmehr eine deutlich verbesserte Leitschiene für therapeutische Entscheidungen (s. Artikel von *Cornelia Schäfer-Prokop*).

Wie auch bei anderen Tumoren bleibt das N-Staging schwierig, denn die Unterscheidung reaktiver von kleineren metastatisch befallenen Lymphknoten ist allein aufgrund der Größe praktisch nicht möglich. Aus diesem Grund ist das präoperative Staging des Bronchialkarzinoms derzeit die einzige Indikation, bei der sich der Gemeinsame Bundesausschuss zu einer Zulassung der PET hat erweichen lassen. In der Tat sind die Bedingungen für die PET im Thorax besonders günstig, weil sich Tumoren wie befallene Lymphknoten gut vor dem niedrigen Hintergrundsignal abheben (s. Beitrag von *Clemens Kratochwil*).

Von allen Schnittbildverfahren hat heute der Ultraschall im Nahfeld die höchste Ortsauflösung. Mit endobronchialen Schallsonden ist eine Beurteilung der Struktur von Lymphknoten möglich. Weiterhin ermöglicht dieses Verfahren die präzise ultraschallgeführte Biopsie peri- oder extrabronchialer Prozesse mit einer in der Hand des geübten Untersuchers niedrigen Rate falsch-negativer Biopsate und leistet somit einen entscheidenden Beitrag zur Stadieneinteilung des Bronchialkarzinoms (s. Beitrag von *Daniela Gompelmann*).

Die MRT ist längst dem Stadium entwachsen, da man zeigte, dass man in einer Stunde Untersuchungszeit das Gleiche darstellen kann wie mit der CT in einer Minute. Sie kann inzwischen viel mehr, ihr Potenzial liegt zum einen in der morphologischen Bildgebung mit hohem Gewebekontrast zur Differenzierung

von Tumor und Atelektase und zur besseren Visualisierung infiltrierter Strukturen, aber auch in der funktionellen Bildgebung (Perfusions-, Bewegungsmessung). Hieraus ergeben sich die Möglichkeiten zur besseren Einschätzung der Prognose und der Erfassung von Therapieeffekten (s. Beitrag von *Christian Hintze*). Bereits heute ist die MRT eine wichtige Ergänzung und z. T. auch Alternative zur CT.

Dr. Michael Puderbach

Prof. Dr. Stefan Delorme