A. Fisseler-Eckhoff¹ · D. Küster² · J. Schreiber³

¹ Institut für Pathologie und Zytologie, Dr Horst-Schmidt
 Klinik (HSK) Wiesbaden, akademisches Lehrkrankenhaus der
 Johannes Gutenberg Universität Mainz, Wiesbaden

² Institut für Pathologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

³ Fachbereich Pneumologie, Universitätsklinikum Magdeburg

Klinisch-pathologischer Dialog

Es ist nicht nur in der Medizin so: Diversifizierung bedingt Klischees. Während Internisten das Etikett anhaftet, „alles zu wissen und nichts zu können“ – die entsprechenden Wortspiele zu den chirurgischen und psychiatrischen Kollegen sind den geneigten Lesern sicher bekannt –, wird Pathologen gerne nachgesagt, „zwar alles zu wissen und zu können, aber halt immer zu spät zu kommen“. Und es soll auch noch vorkommen, dass Kliniker glauben, sie müssten dem Pathologen nur ein genügend großes Stück Lunge liefern, dann könne man von ihm schon eine abschließende Diagnose erwarten.

➤ Ergebnisse der pathologischen Untersuchungen haben häufig therapeutische Konsequenzen

Nun gibt es ein außerordentlich großes Spektrum pneumologischer Erkrankungen. Diese haben meist ein histomorphologisches Korrelat. Dies kann für eine nosologische Entität beweisend sein. Häufig stellt sich jedoch nur ein Reaktionsmuster des bronchopulmonalen Systems dar, das erst nach Interpretation im klinischen Kontext und unter Hinzuziehung anamnestischer Angaben, radiologischer, funktioneller und anderer Befunde eine Diagnose gestattet. Auch haben die Ergebnisse der pathologischen Untersuchungen häufig unmittelbare therapeutische Konsequenzen. Dies hat durch die Einführung molekularbiologischer Methoden in den letzten Jahren zugenommen.

Diese Entwicklungen erfordern einen intensiven klinisch-pathologischen Dia-

log. Ein fruchtbarer Dialog setzt allerdings eine Kenntnis der Bedürfnisse und Möglichkeiten des jeweiligen Gesprächspartners voraus. Diesem Ziel soll das vorliegende Themenheft dienen. Dabei war nicht angestrebt und nicht möglich, die Pneumopathologie in der Breite abzubilden. Wir haben, ohne Vollständigkeit anzustreben, Bereiche ausgewählt, bei denen wir den klinisch-pathologischen Dialog für essenziell halten, und haben alle Autoren gebeten, jeweils die Aspekte in den Vordergrund zu stellen, die für den klinisch tätigen Pneumologen wichtig sind.

Ein breites Spektrum bakterieller und viraler Erreger, aber auch von Parasiten und Pilzen kann pulmonale Infektionen verursachen. Während die Pathologie bei der Diagnostik und Therapie unspezifischer bakterieller Entzündungen von untergeordneter Bedeutung ist, kann sie v. a. bei opportunistischen Infektionen, bei Mykosen und Parasitosen diagnostisch entscheidend sein. Der Beitrag von E. Vollmer (Borstel) widmet sich als einem wichtigen Beispiel der Tuberkulose.

Oft stellen interstitielle und granulomatöse Lungenerkrankungen eine differenzialdiagnostische Herausforderung dar. Die Klassifikation der internationalen Fachgesellschaften wurde aktuell überarbeitet. Bei diesen Krankheiten gibt es selten pathognomonische Befunde. Die histopathologischen Muster müssen im Kontext mit klinischen und radiologischen Befunden interpretiert werden. Die Beiträge von I. Bittmann (Rothenburg/W.) zu interstitiellen Lungenerkrankungen und von A. Fisseler-Eckhoff (Wies-

baden) zu den granulomatösen Krankheiten widmen sich dieser Problematik. Eine pulmonale Beteiligung bei Systemerkrankungen und Vaskulitiden kann die Therapie und die Prognose der Patienten entscheidend beeinflussen. Das Spektrum pulmonaler Reaktionen bei diesen Erkrankungen und der diagnostische Beitrag, den die Pathologie zu leisten vermag, werden von *Holl-Ulrich* (Lübeck) dargestellt.

Die Lunge ist ein immunkompetentes Organ. Deshalb können reaktive und neoplastische lymphoide Reaktionen wichtige Differenzialdiagnosen darstellen. Ihnen widmet sich der Beitrag von *K. Wilenbrock* (Wiesbaden).

Das Lungenkarzinom gehört zu den wichtigsten und häufigsten pneumologischen Krankheiten. Als historische Reminiszenz sei daran erinnert, dass es im Pathologiebuch von Rudolf Virchow nur wenige Zeilen einnahm, was die damalige Bedeutung der Erkrankung widerspiegelt – die Tuberkulose und die Lues der Lunge standen im Vordergrund. Fortschritte in der Therapie des Lungenkarzinoms waren in den letzten Jahren auch Folge einer besseren histologischen und molekularbiologischen Einteilung dieser Erkrankung, die teilweise unmittelbare Konsequenzen für die individuelle Therapieentscheidung haben. In ihrem Beitrag geben *D. Küster* und *S. Krüger* (Magdeburg) eine Übersicht über die aktuelle histologische, immunhistologische und molekularbiologische Klassifikation des Lungenkarzinoms.

Die Prognose vieler früher meist tödlich verlaufender Erkrankungen hat sich durch die Möglichkeiten der Transplantationsmedizin verbessert. Infektiöse und nichtinfektiöse pulmonale Komplikationen können im Verlauf nach Lungentransplantation, aber auch nach Transplantationen anderer Organe oder Knochenmarkstransplantationen auftreten. In ihrer Differenzialdiagnostik ist die Histopathologie essenziell, die im Beitrag von *F. Länger* (Hannover) dargestellt wird.

In der Pneumologie hat die klinische Zytologie, d. h. die Durchführung zytologischer Untersuchungen durch klinisch tätige Pneumologen, idealerweise unmittelbar nach der Biopsie, eine lange Tradition. Dies ermöglicht auch eine unmittel-

bare Interpretation der Befunde im klinischen Kontext. Dem wird die Tatsache gerecht, dass es in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) eine Arbeitsgemeinschaft für klinische Zytologie gibt. *S. Gütz* (Leipzig) gibt einen Überblick über den Stellenwert der Zytologie bei der Diagnostik maligner thorakaler Erkrankungen, wobei sich der Wert dieser Methode nicht darauf beschränkt. Zytologie und Histologie sind allerdings keine konkurrierenden Methoden, sondern können sich ideal ergänzen.

Wir hoffen, dass diese Beiträge das Verständnis für das breite Spektrum pneumologischer Krankheitsbilder aus Sicht des Pathologen, für die Leistungsfähigkeit, die Möglichkeiten und Grenzen und v. a. für die Notwendigkeit, Befunde im klinischen Kontext zu interpretieren und einen intensiven klinisch-pathologischen Dialog zu pflegen, befördern. Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Prof. Dr. Annette Fisseler-Eckhoff

Dr. Dörthe Küster

Prof. Dr. Jens Schreiber

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. A. Fisseler-Eckhoff
Institut für Pathologie und Zytologie,
Dr Horst-Schmidt Klinik (HSK) Wiesbaden,
akademisches Lehrkrankenhaus der
Johannes Gutenberg Universität Mainz
Ludwig-Erhard Str. 100, 65199 Wiesbaden
annette.fisseler-eckhoff@hsk-wiesbaden.de

Aktueller Informationsbericht zur Bekämpfung der Tuberkulose

Der 34. Informationsbericht des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) enthält auf 122 Seiten aktuelle Beiträge z.B. zur Entwicklung und zu Problemen der Tuberkulosebekämpfung. Weitere Inhalte geben Auskunft zur Umsetzung der Empfehlungen zu den Umgebungsuntersuchungen, über den Einsatz molekularbiologischer Schnelltests zur Resistenzbestimmung und zum seriellen Testen von Beschäftigten im Gesundheitswesen mit dem IGRA. Neben einem Bericht über den 41. Weltkongress der IUATLD in Berlin 2010 lassen sich zudem die Eckdaten zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für das Jahr 2009 nachlesen.

Der 34. Informationsbericht des DZK 2011 kann zum Preis von EUR 15,00 zzgl. Porto + 7% Mwst. unter folgender Adresse bestellt werden:

Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose
Stralauer Platz 34
10243 Berlin
E-Mail: info@dzk-tuberkulose.de

Quelle: Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin,
www.pneumologie.de/dzk