Gynäk. Rdsch. 1980;20:56-57

Der diagnostische Wert der Lymphographie beim Kollumkarzinom im Stadium Ib

H.		Zwicker
W.		Alder

Radiologische Klinik (Leiter: Priv. Doz. H. Zwicker), Städtische Krankenanstalten, Konstanz, und Röntgendiagnostisches Zentralinstitut (Direktor: Prof. J. Wellauer), Universitätsspital, Zürich

In einer kurzen Einleitung wird auf die bekannte Methode der Lymphographie zum Nachweis von Lymphknotenmetastasen bei verschiedenen Tumorformen und Tumorstadien eingegangen, und anhand eigener histologischer Untersuchungen an 544 Lymphknoten von 107

Lymphographien wird, nachdem zuvor jeder einzelne Lymphknoten operativ und histologisch gesichert wurde, die Treffsicherheit mit 80% und die Versagerquote mit 20% angeführt. Die Fehlerquote wird in dreierlei Hinsicht besprochen.

An erster Stelle wird die Grenze der Untersuchungsmethode genannt und diese auf eine unterschiedliche Verteilung des Kontrastmittels in den kranialen paraortalen Lymphknoten gegenüber den kaudalen Lymphknotengruppen zurückgeführt.

Als zweite Erklärung zieht man die ungenügende Beachtung wichtiger Metastasenkriterien heran. Nach Aufzählung von Metastasenkriterien wie Lymphknotenvergrößerung, Speicherdefekte, Füllungsabbruch eines oder mehrerer Lymphgefäße usw. hebt man auch den sogenannten Projektionsdifferenzindex nach Wiljasalo hervor. Darunter versteht man einen Index, der sich aus dem maximalen und minimalen Querdurchmesser ein und desselben Lymphknotens in alien Projektionen errechnet und in Prozent ausgedrückt wird. Jeder Indexwert über 20 sollte danach bedeuten, dass keine Metastase vorliege.

Schliesslich geht man als drittes auf die topographische Anatomie der Lymphknoten im kleinen Becken ein. Es wird auf die Tatsache verwiesen, dass sich die Lnn. Iliaci interni et obturatorii nicht lymphographisch darstellen lassen wodurch sich der Wert dieser Methode erheblich einschränkt. Bei 47 Patientinnen mit Kollumkarzinom im Stadium Ib waren bei 9 Frauen (= 19%) befallene Lymphknoten gefunden worden, deren Lokalisation sich auf die oben genannten Lymphknotengruppen verteilte und lymphographisch nicht erfassbar war.

Der diagnostische Wert der Lymphographie

57

In der folgenden Diskussion weist man nochmals auf den eingeschränkten Aussagewert der Lymphographie bei der Suche nach Lymphknotenmetastasen hin. An einem aus der Literatur zitierten Beispiel warnt man davor, aufgrund des Lymphographieergebnisses das operative Vorgehen (vaginale oder abdominale Radikaloperation mit Lymphonodektomie) abhängig zu machen.

Für die Klinik erlangt die Arbeit aus der in der Diskussion gemachten Aussage Bedeutung. Weniger bedeutsam ist die Hervorkehrung des Projektionsdifferenzindex, da vielleicht eine

zwei-, nicht aber eine zwei- und dreidimensionale Vermessung der Lymphknoten in alien Projektionen in vivo exakt vorzunehmen ist und eine unterschiedliche Kontrastdichte auch aus anderen Faktoren (Speicherung im RES u.a.) resultieren kann. Den Autoren scheint das auch klar gewesen zu sein, denn der Index findet in weiterer Folge keine Aufwertung. In der Zwischenzeit wissen wir aber, dass eine intraoperative Ortung und Entfernung der Lymphknoten beim operablen Kollumkarzinom nur nach radio-aktiver Markierung der Lymphknoten mit kolloidalem Technetium-Antimonosulfid möglich ist.

Für die Praxis sind diese Aussagen ebenfalls gültig und sehr aufschlussreich.

H. Janisch, Wien

Aus: Geburtsh. Frauenheilk. 39: 369-371 (1979); cit. Gynäk. Rdsch. 20: 57-58 (1980)

Weitere Ergebnisse über Schwangerschaft und Geburt nach Anwendung von Ovulationshemmern

G.K. Daring und K.J. Fresenius

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung, Städtisches Krankenhaus, München-Harlaching

An den Beginn ihres Berichtes stellen die Autoren die bisher umfangreichste Untersuchung zu diesem Thema, nämlich die Publikation des „Royal College of General Practitioners“ aus dem Jahre 1976. Dabei werden 5530 Graviditäten nach Anwendung von Ovulationshemmern 11 009 Graviditäten von Frauen, die vorher keine oralen Kontrazeptiva genommen hatten, gegenübergestellt. Aus: Geburtsh. Frauenheilk. 39: 304-306 (1979); cit. Gynäk. Rdsch. 20: 56-57 (1980)