

6. Zusammenfassung

1. Es besteht kein statistisch nachweisbarer Zusammenhang zwischen Lymphknotengröße und metastatischem Befall. Insbesondere reaktiv veränderte Lymphknoten führen zu Fehleinschätzungen des Lymphknotenstatus.
2. Bei Vorliegen eines Adenokarzinoms treten Lymphknotenmetastasen häufiger auf als beim Plattenepithelkarzinom, dabei sind besonders hiläre Lymphknoten betroffen.
3. Durch die geringe Eindringtiefe und die Lage bestimmter Lymphknotenstationen zu der lufthaltigen Trachea ist das obere rechte Mediastinum, die prätracheale und paraaortale Region durch die Endosonographie nicht einsehbar.
4. Mediastinale Strukturen, die dem Ösophagus direkt anliegen, sind endosonographisch besser darstellbar als durch die Computertomographie. Hierzu gehören subkarinale, aortopulmonale und hiläre Lymphknoten. In diesen Regionen werden einzelne Lymphknoten mit der höchsten Treffsicherheit bewertet.
5. Die Endosonographie kann nach Analyse der eigenen Daten durch eine bessere Nahauflösung und Anwendung zusätzlicher Bewertungskriterien den Lymphknotenstatus genauer bewerten als die Computertomographie.
6. Die Computertomographie ist in der Lage, alle Stationen einzusehen, es existiert kein „blinder Winkel“. Verglichen mit der Endosonographie ist die Methode insbesondere bei der Darstellung der prätrachealen und hilären Region überlegen.
7. Bei der Beurteilung mediastinaler Lymphknoten durch die Computertomographie wurden gehäuft falsch positive Bewertungen abgegeben. Hier besteht eine Abhängigkeit von der Tumorhistologie. Im Falle eines Plattenepithelkarzinoms mit vermehrt reaktiv vergrößerten Lymphknoten ist die Spezifität der Computertomographie deutlich erniedrigt.

8. Insgesamt ist die Aussagekraft der Computertomographie für die Beurteilung des mediastinalen Lymphknotenstatus unbefriedigend. Trotzdem bleibt das Verfahren für die Beurteilung des vorderen Mediastinums und des restlichen thorakalen Raumes erforderlich. Möglichkeiten zur Verbesserung der Treffsicherheit wären die Nutzung einer höheren Auflösung sowie einer lymphknotenspezifischen Kontrastierung. Eine Kombination von Computertomographie und Endosonographie mit endosonographisch gestützter Feinnadelaspiration stellt eine mögliche kostengünstige und wenig invasive Alternative dar.

9. Die in der Literatur beschriebenen herausragenden Ergebnisse für das mediastinale Lymphknotenstaging der Endosonographie konnten in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Es wurde zwar eine höhere Spezifität und Treffsicherheit als durch die Computertomographie erzielt, diese sind aber zu gering, um sich für das präoperative N-Staging des Bronchialkarzinoms fest zu etablieren. Sie stellt jedoch eine Ergänzung für das präoperative Staging der aortopulmonalen, subkarinalen und hilären Region dar.

10. Ein invasives Lymphknotenstaging bleibt häufig unerlässlich. Bei computertomographisch oder endosonographisch nachgewiesenen, verdächtigen Lymphknoten sollte sich die Mediastinoskopie oder die endosonographisch gestützte Feinnadelaspiration anschließen, diese bietet sich besonders für den subkarinalen Raum sowie das aortopulmonale Fenster an und stellt für den Patienten eine deutlich geringere Belastung dar.