

Stufendiagnostik in der Hämatologie

Blutbild unauffällig – Diagnose Lymphom

Im Zeitalter moderner Arbeitsteilung kommt die Kommunikation zwischen Klinik und Labor oft zu kurz. An zwei hämatologischen Fallbeispielen wird gezeigt, dass sich der Dialog lohnt.

Ein 73-jähriger, multimorbider Patient mit seit drei Monaten bestehendem Husten berichtet über zunehmende Atemnot und Gewichtsverlust von 6 kg in den letzten Wochen. Im aktuell durchgeführten CT finden sich vergrößerte Lymphknoten in nahezu allen Stationen, eine Magenwandverdickung und ein Leberrundherd. Eine Lymphknotenexstirpation axillär ergibt kein neoplastisches Gewebe. Kann das Labor weiterhelfen?

Klassisch beginnt die Stufendiagnostik bei Verdacht auf eine hämatologische Grunderkrankung mit dem peripheren Blutbild. Fällt es pathologisch aus, so folgen weitergehende Tests. Im Zeitalter moderner Arbeitsteilung erfährt das Labor allerdings in der Regel nichts von diesem Verdacht, denn es ist nur dafür zuständig, korrekte, qualitätsgesicherte Werte zu liefern. Die Interpretation liegt nach allgemeinem Rollenverständnis beim anfordernden Arzt.

Riskantes Effizienzverständnis

Ökonomisch gesehen mag diese Trennung bei der Masse an Laboranforderungen auch tatsächlich der effizienteste Weg sein; aus medizinischer Sicht ist sie jedoch riskant: Fällt das Blutbild nämlich unauffällig aus, dann wird auch keine Folgediagnostik betrieben und die korrekte Diagnose womöglich übersehen.

Im vorliegenden Fall findet das Labor eine mäßige Leukozytose von 15.000/ μ L mit 30 Prozent normalen Lymphozyten (siehe nebenstehende Bildserie). Schließt

dieses weitgehend unauffällige Blutbild das klinisch vermutete Lymphom aus? Natürlich nicht. Vielmehr muss aufgrund der deutlichen klinischen Hinweise eine durchflusszytometrische Analyse erfolgen.

Zwei unterschiedliche Fälle von CLL

Ausgewählte Scatterplots der Durchflusszytometrie sind in der zweiten Bilderreihe rechts gezeigt. Man sieht, dass sich innerhalb der scheinbar normalen Lymphozytenpopulation eine Subpopulation verbirgt, die nicht visuell, wohl aber biochemisch aufgrund bestimmter Muster von Proteinmarkern (CD5, CD23 u. a.) als pathologisch erkannt werden kann.

Die Diagnose lautet auf ein B-Non-Hodgkin-Lymphom, das durch einen hoch positiven *Matutes-Score* als chronisch lymphatische Leukämie der B-Zell-Reihe gesichert werden kann. Ohne Diskurs zwischen Klinik und Labor wäre diese maligne Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit übersehen oder zumindest zu spät diagnostiziert worden.

In einem zweiten, ebenfalls realen Beispiel aus unserer Klinik wird eine 79-jährige Patientin zur Knochenmarksdiagnostik zugewiesen. Es geht um die Abklärung eines massiven Plättchenmangels (Thrombozytenzahl 14.000/ μ L). Eine Dexamethason-Stoßtherapie unter der Annahme einer Idiopathischen Thrombozytopenischen Purpura (ITP) hatte keinen Anstieg der Thrombozyten erbracht.

Im peripheren Blutbild finden sich viele teils größere Thrombozytenaggregate bei

unauffälligen Werten der übrigen Parameter. Eine EDTA-assoziierte Pseudothrombozytopenie wird ausgeschlossen.

Es erfolgt eine Punktion des Knochenmarks mit nachfolgender Immunphänotypisierung im Durchflusszytometer (siehe untere Bilderreihe). Auch hier ergibt sich die Diagnose einer chronisch lymphatischen Leukämie der B-Zell-Reihe. Der Plättchenmangel erklärt sich somit als Begleitbefund einer assoziierten Immunthrombopenie.

Gegenseitige Wertschätzung

Die beiden Beispiele sollen als Plädoyer für mehr Kommunikation zwischen Klinik und Labor verstanden werden. In unserem Hause wertschätzen wir uns gegenseitig als Spezialisten auf unserem jeweiligen Gebiet, mikroskopieren Zweifelsfälle gemeinsam und entscheiden dann zusammen den weiteren Diagnosegang. Medizinisch ist dies mit Sicherheit die beste Lösung für Patienten und Behandler. Und wenn am Ende aus der schnelleren Diagnosestellung eine kürzere Verweildauer resultiert, dann profitiert auch der Ökonom davon. 🌸



Dr. Johannes Spes, FA für Onkologie
Harald Maier, Laborleiter
Kreiskliniken Altötting-Burghausen