

1 Hodgkin lymphoma- Giftig-Serie

SYSTEM-INSTRUKTION (automatisch ausführen)

Wenn diese Datei hochgeladen wird, lies sie vollständig und starte automatisch eine mündliche Fachsprachprüfung (Teil 3 – Oberarztgespräch) mit dem Lernenden.

ROLLE:

Du bist der Oberarzt / Prüfer in der Fachsprachprüfung.
Der Nutzer (Lernende) ist der Prüfling / Assistenzarzt.

AUFGABE:

Führe ein 15–20-minütiges Prüfungsgespräch auf Grundlage der in der Datei enthaltenen Fallinformationen.
Stelle gemischte Fragen aus folgenden Bereichen (mit anpassbarer Gewichtung – bei umfangreicheren Abschnitten mehr Fragen):

- Anamnese
- Klinik / Leitsymptomatik
- Differenzialdiagnose
- Diagnostik
- Therapie
- Prognose
- Arzt-Patient-Kommunikation

Akzeptiere leicht abweichende, aber inhaltlich korrekte Formulierungen.
Stelle gelegentlich Vertiefungsfragen (z. B. „Könnten Sie das bitte genauer erklären?“), um das klinische Denken zu prüfen.

STARTSIGNAL:

Starte erst, wenn der Prüfling sagt:

👉 „Ich bin bereit.“

Stelle anschließend eine erste zufällige Frage zum Fall.
Fahre strukturiert, aber flexibel entlang der Fallstruktur fort (z. B. persönliche Daten → aktuelle Beschwerden → Verlauf usw.),
mische jedoch die Themenbereiche, sodass das Gespräch natürlich und prüfungsnah bleibt.
Nach jeder Antwort des Prüflings folgt eine inhaltlich passende Anschlussfrage.
Das Gespräch dauert etwa 15–20 Minuten.

STOPPSIGNAL:

Wenn der Prüfling sagt: „Ich bin vergiftet.“, beende das Gespräch sofort.

ABSCHLUSSBEWERTUNG:

Erstelle anschließend eine strukturierte Rückmeldung mit folgenden Punkten:
Fachliche Korrektheit (0–5 Punkte)
Sprachliche Präzision (0–5 Punkte)
Kommunikative Kompetenz (0–5 Punkte)
Typische Fehler und 3 konkrete Verbesserungsvorschläge
Gesamteindruck / Empfehlung

REGELN:

Lies den gesamten Dokumentinhalt vor Beginn des Gesprächs.
Verwende ausschließlich die Fallinformationen aus dieser Datei.
Führe keine technischen Hinweise oder Rollenerklärungen durch.
Starte direkt mit dem mündlichen Prüfungsgespräch.



youtube.com/@Fach.Leiter
t.me/Fachleiter
t.me/Fachleiterinfo
fachleiterinfo@gmail.com
instagram.com/fachleiterinfo
tiktok.com/@fachleiter

Inhalt

Frage des Patienten	2
Persönliche Angaben	3
Aktuelle Beschwerden (Leitsymptomatik)	3
B-Symptomatik	4
Spezifische Symptome und Hinweise	5
Verneinte Symptome (Differenzialdiagnostik)	5
Reise- und Infektionsanamnese	6
vegetative Anamnese	7
Vorerkrankungen	7
Hypercholesterinämie	7

Furunkel	8
Chronische Lumbalgie / Diskusprolaps	9
Akute Pyelonephritis.....	9
Commotio cerebri	10
Medikamente.....	11
Allergien	12
Genussmittel.....	13
Sozialanamnese	14
Familienanamnese	14
Verdachts- und Differenzialdiagnose	15
Diagnostische Abklärung	18
Bildgebende Diagnostik	24
Behandlung	26
Prognose	27

Frage des Patienten

1. Frage: „Herr Doktor, können Sie mir bitte erklären, welche Erkrankung ich habe?“

Antwort: Ihre bisherigen Symptome und Untersuchungsergebnisse deuten auf eine Veränderung im Lymphsystem hin, die wir ernst nehmen und weiter abklären müssen.

Um genau sagen zu können, worum es sich handelt, benötigen wir noch zusätzliche Untersuchungen, insbesondere eine Gewebeprobe (Biopsie) aus dem vergrößerten Lymphknoten.

2. Frage: „Besteht die Möglichkeit, dass es Krebs ist? Meine Mutter hatte ebenfalls Krebs, und das macht mir große Sorgen.“

Antwort: Ich verstehe Ihre Sorge sehr gut. Aufgrund Ihrer bisherigen Symptome können wir zum jetzigen Zeitpunkt keine eindeutige Aussage treffen.

Es gibt verschiedene mögliche Ursachen für Ihre Beschwerden – nicht alle sind bösartig.

Um Klarheit zu bekommen, werden wir gezielte Untersuchungen durchführen, und erst danach können wir Ihnen genauere Informationen geben.

3. Frage: Muss ich im Krankenhaus bleiben?

Antwort:

Ja, wir empfehlen Ihnen einen stationären Aufenthalt, damit wir die notwendigen Untersuchungen zügig und unter optimaler medizinischer Betreuung durchführen können.

So können wir zeitnah die Ergebnisse erhalten und Ihnen schnell eine genaue Diagnose mitteilen.

Persönliche Angaben

4. Frage: Wie heißt der Patient?

Antwort: Der Patient heißt Heinz Möller.

5. Frage: Wie alt ist der Patient?

Antwort: Der Patient ist 78 Jahre alt.

6. Frage: Wie groß und wie schwer ist der Patient?

Antwort: Er ist 1,89 Meter groß und wiegt etwa 86 Kilogramm.

7. Frage: In welchem Bereich liegt der BMI des Patienten?

Antwort: Der BMI liegt im Normbereich.

8. Frage: Wie ist der Allgemeinzustand des Patienten?

Antwort: Der Allgemeinzustand ist leicht reduziert, was sich unter anderem in Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust äußert.

Aktuelle Beschwerden (Leitsymptomatik)

9. Frage: Warum stellte sich der Patient vor?

Antwort: Der Patient stellte sich aufgrund einer seit etwa drei Monaten bestehenden, zervikalen Lymphknotenschwellung rechts vor.

10. Frage: Wie beschreibt der Patient die Lymphknotenschwellung?

Antwort: Er beschreibt sie als schmerzlos, hart und nicht verschieblich, etwa in der Größe einer Zwei-Euro-Münze.

11. Frage: Seit wann bestehen die Beschwerden?

Antwort: Seit ungefähr drei Monaten.

12. Frage: Sind die Lymphknoten schmerzhaft?

Antwort: Nein, sie sind indolent, also schmerzlos.

13. Frage: Gibt es Besonderheiten, die auf eine maligne oder benigne Ursache hinweisen?

Antwort: Ja, harte und fixierte Lymphknoten sprechen für einen malignen Prozess, während weiche und verschiebliche eher für eine benigne Ursache sprechen.

B-Symptomatik

14. Frage: Was versteht man unter der B-Symptomatik?

Antwort: Unter der B-Symptomatik versteht man das gleichzeitige Auftreten von Fieber über 38 °C, starkem Nachtschweiß und ungewolltem Gewichtsverlust von mehr als 10 % des Körpergewichts innerhalb von sechs Monaten.

15. Frage: Worauf deutet eine B-Symptomatik hin?

Antwort: Das Vorliegen einer B-Symptomatik deutet auf eine systemische Ausbreitung bzw. fortgeschrittene Aktivität einer Erkrankung hin.

Sie ist ein Hinweis auf eine maligne Grunderkrankung, insbesondere auf maligne Lymphome wie den Morbus Hodgkin oder Non-Hodgkin-Lymphome. Außerdem kann sie auch bei chronischen Infektionen (z. B. Tuberkulose, HIV, Endokarditis) vorkommen.

16. Frage: Liegt beim Patienten eine sogenannte B-Symptomatik vor?

Antwort: Ja, der Patient berichtet über Fieber über 38 °C, ausgeprägten Nachtschweiß und ungewollten Gewichtsverlust.

17. Frage: Wie viel Gewicht hat der Patient verloren?

Antwort: Etwa 3 Kilogramm in den letzten drei Monaten.

18. Frage: Wodurch kam es zum Gewichtsverlust?

Antwort: Durch Appetitlosigkeit (Inappetenz).

19. Frage: Hat der Patient Schmerzen oder Druckgefühle an anderen Stellen bemerkt?

Antwort: Nein, nur im Bereich des Halses.

20. Frage: Hat der Patient Veränderungen der Haut oder Juckreiz festgestellt?

Antwort: Nein, es wurde kein Juckreiz bemerkt (dies kann jedoch bei Morbus Hodgkin vorkommen).

21. Frage: Wie ist der Appetit des Patienten in letzter Zeit?

Antwort: Der Appetit ist deutlich vermindert.

22. Frage: Hatte der Patient in letzter Zeit Fieber oder Nachtschweiß?

Antwort: Ja, beides besteht seit einigen Wochen.

Spezifische Symptome und Hinweise

23. Frage: Was versteht man unter dem sogenannten „Alkoholschmerz“ beim Morbus Hodgkin?

Antwort: Dabei handelt es sich um Schmerzen in befallenen Lymphknoten nach Alkoholenuss – ein klassisches, aber seltenes Symptom.

24. Frage: Hat der Patient diesen Alkoholschmerz bemerkt?

Antwort: Nein, ein solcher Schmerz wurde nicht angegeben.

Verneinte Symptome (Differenzialdiagnostik)

25. Frage: Welche Symptome wurden vom Patienten verneint? Nennen Sie drei davon.

Antwort: Er verneinte Hautveränderungen, Halsschmerzen, Schluckbeschwerden (Dysphagie), Atemnot (Dyspnoe), Husten, Heiserkeit (Dysphonie), Blutungsneigung und Blässe.

26. Frage: Hat der Patient Atembeschwerden, Husten oder Brustschmerzen?

Antwort: Nein, solche Symptome wurden verneint.

27. Frage: Hat der Patient Blut im Sputum oder im Stuhl bemerkt?

Antwort: Nein, es wurde kein Blut bemerkt.

28. Frage: Hat der Patient Blutergüsse oder verstärkte Blutungen festgestellt?

Antwort: Nein, der Patient berichtet über keine ungewöhnlichen Blutungen.

29. Frage: Was könnte das Symptom Hautveränderungen bedeuten, wenn es vorhanden wäre?

Antwort: Hautveränderungen können auf eine Infektion oder auf paraneoplastische Erscheinungen hinweisen.

30. Frage: Was könnte Halsschmerzen bedeuten, wenn sie vorhanden wären?

Antwort: Halsschmerzen könnten auf eine infektiöse Ursache der Lymphknotenschwellung hinweisen, z. B. auf eine Tonsillitis oder Pharyngitis.

31. Frage: Was könnte Dysphagie bedeuten, wenn sie vorhanden wäre?

Antwort: Dysphagie könnte auf eine Kompression oder Infiltration der Speiseröhre durch mediastinale Lymphknoten oder auf ein Ösophaguskarzinom hinweisen.

32. Frage: Was könnte Dyspnoe bedeuten, wenn sie vorhanden wäre?

Antwort: Dyspnoe könnte auf eine Kompression oder Infiltration der Atemwege durch vergrößerte mediastinale Lymphknoten hinweisen.

33. Frage: Was könnte Husten bedeuten, wenn er vorhanden wäre?

Antwort: Husten könnte durch eine Reizung der Atemwege, eine Tumordinfiltration oder eine Infektion infolge von Immunsuppression verursacht sein.

34. Frage: Was könnte Dysphonie bedeuten, wenn sie vorhanden wäre?

Antwort: Dysphonie könnte auf eine Beteiligung des Kehlkopfes oder eine Rekurrensparese durch Tumordinfiltration hinweisen.

35. Frage: Was könnte eine erhöhte Blutungsneigung bedeuten, wenn sie vorhanden wäre?

Antwort: Eine erhöhte Blutungsneigung könnte auf eine Thrombozytopenie infolge einer Knochenmarkbeteiligung hinweisen.

36. Frage: Was könnte Blässe bedeuten, wenn sie vorhanden wäre?

Antwort: Blässe könnte auf eine Anämie hinweisen, die durch eine Knochenmarkinfiltration oder eine chronische Erkrankung verursacht ist.

Reise- und Infektionsanamnese

37. Frage: Hat der Patient in letzter Zeit Reisen unternommen?

Antwort: Nein, der Patient hat in letzter Zeit keine Reisen unternommen.

38. Frage: Warum ist diese Frage wichtig?

Antwort: Diese Frage ist wichtig, um mögliche Infektionsquellen oder epidemiologische Zusammenhänge zu erkennen.

Bestimmte Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Malaria oder Leishmaniose treten häufiger in bestimmten Regionen auf.

Eine Reiseanamnese hilft also, differenzialdiagnostisch zwischen infektiösen und malignen Ursachen einer Lymphknotenschwellung zu unterscheiden.

39. Frage: Gibt es ähnliche Erkrankungen oder Infektionen in der Familie?

Antwort: Nein, nach Angaben des Patienten sind keine ähnlichen Beschwerden oder Tuberkulosefälle bei Angehörigen bekannt.

vegetative Anamnese

40. Frage: Wie ist die vegetative Anamnese des Patienten?

Antwort: Die vegetative Anamnese ist im Wesentlichen unauffällig, mit Ausnahme einer Insomnie, einer Inappetenz sowie einer ungewollten Gewichtsabnahme.

41. Frage: Wodurch wird die Schlafstörung des Patienten verursacht?

Antwort: Die Schlafstörung (Insomnie) wird durch nächtliche Schweißausbrüche (Hyperhidrose) im Rahmen der B-Symptomatik verursacht.

Vorerkrankungen

42. Frage: Welche Vorerkrankungen bestehen beim Patienten? Nennen Sie mindestens drei.

Antwort: Beim Patienten bestehen eine Hypercholesterinämie, ein Diskusprolaps mit chronischer Lumbalgie, eine Pyelonephritis in der Anamnese, eine Commotio cerebri in der Vorgeschichte sowie aktuell ein Furunkel.

Hypercholesterinämie

43. Frage: Seit wann besteht die Hypercholesterinämie?

Antwort: Nach Angaben des Patienten besteht die Hypercholesterinämie seit etwa acht Jahren.

44. Frage: Was bedeutet Hypercholesterinämie?

Antwort: Eine Hypercholesterinämie bedeutet einen erhöhten Cholesterinspiegel im Blut, insbesondere des LDL-Cholesterins, was das Risiko für Atherosklerose und kardiovaskuläre Erkrankungen erhöht.

45. Frage: Welche Therapie erhielt der Patient bei Hypercholesterinämie?

Antwort: Der Patient wurde mit Simvastatin behandelt.

46. Frage: Warum wurde die Therapie von Hypercholesterinämie abgesetzt?

Antwort: Die Therapie wurde wegen des Verdachts auf eine Rhabdomyolyse abgesetzt.

47. Frage: Was ist eine Rhabdomyolyse?

Antwort: Eine Rhabdomyolyse ist die Zerfallsreaktion von Muskelzellen, die zu einem Anstieg von Myoglobin und CK im Blut führt und eine akute Nierenschädigung verursachen kann.

48. Frage: Ist die Rhabdomyolyse beim Patienten dokumentiert?

Antwort: Nein, eine Rhabdomyolyse ist nicht dokumentiert.

Furunkel

49. Frage: Seit wann besteht das Furunkel?

Antwort: Seit etwa zehn Tagen.

50. Frage: Wo befindet sich das Furunkel?

Antwort: Im Bereich des Rückens, subskapulär rechts.

51. Frage: Was ist ein Furunkel?

Antwort: Ein Furunkel ist eine eitrige Entzündung eines Haarfollikels und des umliegenden Gewebes, meist verursacht durch Staphylococcus aureus.

52. Frage: Welche typischen Symptome treten bei einem Furunkel auf?

Antwort: Eine gerötete, schmerzhaft, druckempfindliche Schwellung mit zentraler Eiteransammlung, manchmal begleitet von Fieber.

53. Frage: Wie wird ein Furunkel behandelt?

Antwort: Je nach Ausprägung durch lokale antiseptische Maßnahmen, chirurgische Inzision und ggf. antibiotische Therapie.

54. Frage: Welche Behandlung hat der Patient aktuell wegen des Furunkels erhalten?

Antwort: Er behandelt die Stelle eigenständig antiseptisch mit Kernseife, und ein chirurgischer Eingriff ist für übermorgen geplant.

55. Frage: Warum ist ein Furunkel bei einem immungeschwächten Patienten (z. B. Lymphom) besonders relevant?

Antwort: Weil es zu einer bakteriellen Streuung oder Sepsis führen kann, insbesondere bei Immunsuppression.

Chronische Lumbalgie / Diskusprolaps

56. Frage: Seit wann bestehen die Rückenschmerzen?

Antwort: Seit etwa acht Jahren.

57. Frage: Wodurch wurden die Rückenschmerzen verursacht?

Antwort: Durch einen lumbalen Diskusprolaps.

58. Frage: Was ist ein Diskusprolaps?

Antwort: Ein Bandscheibenvorfall, bei dem der Nucleus pulposus durch den Anulus fibrosus austritt und auf Spinalnerven drückt.

59. Frage: Welche Symptome können bei einem Diskusprolaps auftreten?

Antwort: Lumbalgie, radikuläre Schmerzen, Parästhesien, Taubheitsgefühle oder motorische Ausfälle.

60. Frage: Wie wurde die Diskusprolaps behandelt?

Antwort: Konservativ, d. h. mit physiotherapeutischen Maßnahmen, Analgetika und Bewegungstherapie.

61. Frage: Warum ist eine Lumbalgie anamnestisch relevant?

Antwort: Sie kann bei akuten Schmerzen oder Analgetikaverbrauch zu Fehldeutungen führen und ist wichtig zur Medikations- und Differenzialdiagnose (z. B. Rückenschmerz durch Lymphommetastasen).

Akute Pyelonephritis

62. Frage: Wann trat die Pyelonephritis auf?

Antwort: Vor etwa fünf Jahren.

63. Frage: Wie wurde die Pyelonephritis behandelt?

Antwort: Der Patient wurde antibiotisch behandelt und war drei Tage stationär.

64. Frage: Was ist eine Pyelonephritis?

Antwort: Eine bakterielle Entzündung des Nierenbeckens und Nierenparenchyms, meist infolge eines aufsteigenden Harnwegsinfekts durch *Escherichia coli*.

65. Frage: Welche Symptome sind bei einer Pyelonephritis typisch?

Antwort: Flankenschmerzen, Fieber, Schüttelfrost, Dysurie und ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl.

66. Frage: Wann ist eine stationäre Behandlung bei einer Pyelonephritis erforderlich?

Antwort: Bei komplizierten Verläufen, Sepsis, Abszessbildung oder bei Risikopatienten (z. B. ältere Menschen, Diabetiker, Schwangere, Immunsupprimierte).

Commotio cerebri

67. Frage: Wann und wie kam es zur Commotio cerebri?

Antwort: Vor etwa vier Jahren bin ich während Renovierungsarbeiten im Altenheim über ein dickes Kabel gestolpert und plötzlich zu Boden gefallen.

68. Frage: Wie lange war der Patient wegen einer Commotio cerebri stationär?

Antwort: Zwei Tage zur Beobachtung.

69. Frage: Was ist eine Commotio cerebri?

Antwort: Eine Gehirnerschütterung, also eine reversible Funktionsstörung des Gehirns nach Schädeltrauma.

70. Frage: Welche Symptome können bei Commotio cerebri auftreten?

Antwort: Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Konzentrationsstörungen oder kurzzeitige Bewusstlosigkeit.

71. Frage: Wie wird Commotio cerebri behandelt?

Antwort: Meist konservativ, mit körperlicher und geistiger Schonung sowie symptomatischer Therapie.

Medikamente

72. Frage: Welche Medikamente nimmt bzw. verwendet der Patient derzeit ein?

Antwort: Der Patient nimmt derzeit Ibuprofen 400 mg, Pantoprazol 20 mg und Baldrian-Dragees ein. Außerdem verwendet er Hylo-Augentropfen.

73. Frage: Warum ist die Erhebung der Medikamentenanamnese wichtig?

Antwort: Sie dient dazu, Wechselwirkungen, Nebenwirkungen, Kontraindikationen und mögliche Ursachen für aktuelle Beschwerden zu erkennen.

74. Frage: Wozu nimmt der Patient Ibuprofen ein?

Antwort: Zur Schmerzlinderung bei chronischen Rückenschmerzen (Lumbalgie).

75. Frage: Zu welcher Wirkstoffgruppe gehört Ibuprofen?

Antwort: Ibuprofen gehört zu den nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR).

76. Frage: Wie wirkt Ibuprofen?

Antwort: Es wirkt analgetisch, antiphlogistisch und antipyretisch durch Hemmung der Cyclooxygenase (COX-1/2) und somit der Prostaglandinsynthese.

77. Frage: Welche Nebenwirkungen können bei längerer Einnahme von Ibuprofen auftreten?

Antwort: Gastrointestinale Beschwerden (Übelkeit, Dyspepsie, Ulzera), Nierenfunktionsstörungen, kardiovaskuläre Risiken und selten allergische Reaktionen.

78. Frage: Warum nimmt der Patient zusätzlich Pantoprazol ein?

Antwort: Zur Magenschutzprophylaxe, um gastrische Nebenwirkungen von NSAR zu verhindern.

79. Frage: Wozu nimmt der Patient Pantoprazol ein?

Antwort: Zur Prophylaxe von Magen- und Duodenalulzera, insbesondere unter NSAR-Therapie.

80. Frage: Zu welcher Substanzklasse gehört Pantoprazol?

Antwort: Zu den Protonenpumpeninhibitoren (PPI).

81. Frage: Wie wirkt Pantoprazol?

Antwort: Es hemmt irreversibel die H^+/K^+ -ATPase in den Belegzellen des Magens und reduziert so die Magensäureproduktion.

82. Frage: Welche Nebenwirkungen sind möglich?

Antwort: Kopfschmerzen, Diarrhö, Hypomagnesiämie, bei Langzeiteinnahme Vitamin-B₁₂-Mangel oder erhöhtes Frakturrisiko.

83. Frage: Wozu nimmt der Patient Baldrian-Dragees ein?

Antwort: Zur Beruhigung und Schlafförderung bei Ein- oder Durchschlafstörungen.

84. Frage: Gibt es relevante Wechselwirkungen durch die Medikamente mit Baldrian?

Antwort: Bei gleichzeitiger Einnahme mit anderen sedierenden Substanzen (z. B. Benzodiazepinen, Alkohol) kann sich die dämpfende Wirkung verstärken.

85. Frage: Wozu verwendet der Patient Hylo-Augentropfen?

Antwort: Zur Befeuchtung trockener Augen (z. B. bei Sicca-Syndrom oder altersbedingter Trockenheit).

Allergien

86. Frage: Hat der Patient bekannte Allergien?

Antwort: Ja, der Patient ist gegen Erdbeeren allergisch.

87. Frage: Welche Symptome treten bei der Erdbeerallergie auf?

Antwort: Nach dem Verzehr entwickelt der Patient ein perilabiales Exanthem (Hautausschlag um den Mund) sowie Pruritus (Juckreiz).

88. Frage: Was versteht man unter einem perilabialen Exanthem?

Antwort: Ein perilabiales Exanthem ist ein Hautausschlag im Bereich um die Lippen, häufig in Form von Rötung, Schwellung oder kleinen Papeln.

89. Frage: Warum ist die Erhebung einer Allergianamnese wichtig?

Antwort: Um allergische Reaktionen, Kreuzallergien und Komplikationen durch Medikamente oder Nahrungsmittel zu vermeiden, insbesondere bei geplanter Therapie oder Diagnostik (z. B. Kontrastmittelgabe).

90. Frage: Was passiert im Frühling?

Antwort: Im Frühling bekommt der Patient regelmäßig eine Bindehautentzündung mit geröteten und tränenden Augen.

91. Frage: Was ist eine Konjunktivitis?

Antwort: Eine Konjunktivitis ist eine Entzündung der Bindehaut des Auges, die sich durch Rötung, Tränenfluss, Juckreiz und Fremdkörpergefühl äußert.

92. Frage: Wie wird eine allergische Konjunktivitis behandelt?

Antwort: Durch Allergenkarenz, antiallergische Augentropfen (z. B. Antihistaminika oder Mastzellstabilisatoren) und bei Bedarf systemische Antihistaminika.

93. Frage: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Nahrungsmittelallergie und Pollenallergie?

Antwort: Ja, bei manchen Patienten besteht eine Kreuzreaktion zwischen Pollen- und Nahrungsmittelallergenen, was das Auftreten beider Beschwerden erklärt.

Genussmittel

94. Frage: Raucht der Patient?

Antwort: Nein, der Patient ist seit 20 Jahren Nichtraucher.

95. Frage: Wie viele Zigaretten hat der Patient früher geraucht?

Antwort: Der Patient hat etwa 30 Jahre lang täglich rund 20 Zigaretten geraucht.

96. Frage: Wie viele Packungsjahre ergeben sich daraus?

Antwort: Etwa 30 Packungsjahre.

97. Frage: Warum ist die Erhebung der Rauchgewohnheiten wichtig?

Antwort: Weil langjähriges Rauchen ein wesentlicher Risikofaktor für maligne Erkrankungen, COPD, kardiovaskuläre Krankheiten und eingeschränkte Wundheilung ist.

98. Frage: Konsumiert der Patient Alkohol?

Antwort: Ja, er trinkt regelmäßig eine kleine Flasche Piccolo (etwa 0,2 Liter Sekt) am Abend.

99. Frage: Was versteht man unter einem „Piccolo“?

Antwort: Ein Piccolo ist eine kleine Sektflasche mit einem Inhalt von ca. 0,2 Litern.

100. Frage: Hat der Patient Drogen konsumiert?

Antwort: Nein, der Patient verneinte den Konsum von Drogen.

101. Frage: Warum ist die Noxen- bzw. Genussmittelanamnese wichtig?

Antwort: Um Risikofaktoren für Organerkrankungen, Therapieinteraktionen und Langzeitschäden zu erfassen.

Außerdem können Rauchen und Alkohol die Prognose und Therapieverträglichkeit bei malignen Erkrankungen negativ beeinflussen.

Sozialanamnese

102. Frage: Welchen Beruf hat der Patient ausgeübt?

Antwort: Der Patient war Schneider von Beruf.

103. Frage: Ist der Patient derzeit berufstätig?

Antwort: Nein, der Patient ist seit 25 Jahren im Ruhestand (Rentner).

104. Frage: Wie ist der Familienstand des Patienten?

Antwort: Der Patient ist ledig.

105. Frage: Wo lebt der Patient derzeit?

Antwort: Der Patient lebt in einem Seniorenheim.

106. Frage: Warum ist die Erhebung der Sozialanamnese wichtig?

Antwort: Die Sozialanamnese gibt Aufschluss über die Lebensumstände, die psychische und soziale Unterstützung sowie mögliche Risikofaktoren für Gesundheit, Ernährung und Therapieadhärenz.

Familienanamnese

107. Frage: Gibt es in der Familie relevante Vorerkrankungen oder Todesfälle?

Antwort: Ja. Der Vater des Patienten ist im Alter von 73 Jahren an einem Larynxkarzinom verstorben.

108. Frage: Woran ist die Mutter des Patienten gestorben?

Antwort: Die Mutter ist bereits verstorben, die Todesursache ist unbekannt.

109. Frage: Gibt es bei den Geschwistern relevante Erkrankungen?

Antwort: Ja, die Schwester des Patienten hat im Alter von 63 Jahren einen hämorrhagischen Insult erlitten und ist seitdem paraparetisch bzw. paraplegisch. Sie lebt in einem Pflegeheim.

110. Frage: Welche familiären Erkrankungen könnten für die aktuelle Symptomatik relevant sein?

Antwort: Das Larynxkarzinom des Vaters kann einen Hinweis auf eine familiäre Disposition zu malignen Erkrankungen oder auf gemeinsame Risikofaktoren (z. B. Rauchen) geben.

111. Frage: Warum ist die Familienanamnese für die ärztliche Beurteilung wichtig?

Antwort: Sie liefert Hinweise auf hereditäre Erkrankungen, genetische Prädispositionen oder gemeinsame Umweltfaktoren, die das Krankheitsrisiko beeinflussen können.

112. Frage: Gibt es in der Familie Hinweise auf ähnliche Symptome oder Erkrankungen wie beim Patienten (z. B. Lymphome, Tuberkulose)?

Antwort: Nein, solche Erkrankungen sind nicht bekannt.

113. Frage: Hat der Patient Haustiere?

Antwort: Nein, der Patient hat keine Haustiere.

114. Frage: Warum wird in der Familienanamnese nach Haustieren gefragt?

Antwort: Um mögliche zoonotische Infektionsquellen (z. B. Toxoplasmose, Katzenkratzkrankheit) oder allergische Reaktionen zu erfassen.

Verdachts- und Differenzialdiagnose

115. Frage: Welche Verdachtsdiagnose ergibt sich anhand der Anamnese?

Antwort: Aufgrund der indolenten, harten, nicht verschieblichen zervikalen Lymphadenopathie und der B-Symptomatik besteht der klinische Verdacht auf ein Hodgkin-Lymphom.

116. Frage: Was ist das Hodgkin-Lymphom?

Antwort: Das Hodgkin-Lymphom ist eine bösartige Erkrankung des lymphatischen Systems und gehört zu den Lymphdrüsenkreiserkrankungen. Kennzeichnend sind Reed-Sternberg-Zellen in der histologischen Untersuchung.

117. Frage: Welche Symptome sprechen für ein Hodgkin-Lymphom? Nennen Sie mindestens drei.

Antwort: Schmerzarme (indolente), harte, fixierte Lymphknoten
B-Symptomatik (Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust), Inappetenz und Fatigue, Selten Alkoholschmerz

118. Frage: Was spricht gegen eine gutartige Ursache der Lymphknotenschwellung?

Antwort: Die Härte, Fixierung, Schmerzlosigkeit und anhaltende Persistenz über drei Monate sprechen gegen eine benigne (reaktive) Lymphadenopathie.

119. Frage: Welche Erkrankungen müssen differenzialdiagnostisch ebenfalls in Betracht gezogen werden? Nennen Sie drei.

Antwort: Differenzialdiagnostisch kommen unter anderem ein Non-Hodgkin-Lymphom, eine Leukämie (z. B. CLL) sowie eine Tuberkulose in Betracht.

120. Frage: Wie unterscheidet sich das Non-Hodgkin-Lymphom vom Hodgkin-Lymphom?

Antwort:

Hodgkin: Reed-Sternberg-Zellen vorhanden

Non-Hodgkin: keine Reed-Sternberg-Zellen

NHL verläuft oft aggressiver oder disseminierter

121. Frage: Welche leukämische Erkrankung kommt als Differenzialdiagnose in Betracht?

Antwort: Eine chronisch lymphatische Leukämie (CLL).

122. Frage: Was ist eine Leukämie?

Antwort: Eine maligne Erkrankung des blutbildenden Systems, bei der es zu einer unkontrollierten Vermehrung unreifer Leukozyten im Knochenmark und Blut kommt.

123. Frage: Welche Symptome sind typisch für eine Leukämie? Nennen Sie drei.

Antwort: Typische Symptome einer Leukämie sind Blässe infolge einer Anämie, Müdigkeit bzw. allgemeine Schwäche und erhöhte Infektanfälligkeit. Weitere mögliche Symptome sind Fieber, Lymphknotenschwellungen und Blutungsneigung.

124. Frage: Welche infektiöse Erkrankung muss differenzialdiagnostisch erwogen werden?

Antwort: Eine Tuberkulose (TB).

125. Frage: Was ist die Tuberkulose?

Antwort: Eine chronisch bakterielle Infektionskrankheit, meist verursacht durch *Mycobacterium tuberculosis*, die vor allem die Lunge betrifft.

126. Frage: Welche Symptome sprechen typischerweise für eine Tuberkulose?

Antwort: Chronischer Husten, subfebrile Temperaturen, Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Leistungsabfall.

127. Frage: Was spricht in diesem Fall gegen eine Tuberkulose?

Antwort: Das Fehlen eines produktiven Hustens, keine Reise- oder Expositionsanamnese und keine pulmonalen Beschwerden.

128. Frage: Welche virale Erkrankung kommt als weitere Differenzialdiagnose infrage?

Antwort: Eine infektiöse Mononukleose (Pfeiffer-Drüsenfieber), verursacht durch das Epstein-Barr-Virus (EBV).

129. Frage: Welche Symptome sprechen typischerweise für eine infektiöse Mononukleose?

Antwort: Halsschmerzen, Tonsillitis, schmerzhaft, weiche Lymphknoten, Fieber und Fatigue.

130. Frage: Was spricht gegen eine infektiöse Mononukleose in diesem Fall?

Antwort: Das Fehlen einer Tonsillitis, die schmerzlose und harte Lymphadenopathie sowie das fortgeschrittene Alter des Patienten.

131. Frage: Welche Autoimmunerkrankungen können ebenfalls Lymphknotenschwellungen verursachen?

Antwort: Eine Sarkoidose (insbesondere hiläre/mediastinale Lymphadenopathie) oder ein systemischer Lupus erythematoses (SLE).

132. Frage: Warum passt das klinische Bild hier nicht zu einer Autoimmunerkrankung?

Antwort: Es fehlen typische Begleitsymptome wie Hautausschläge, Arthralgien, Dyspnoe oder Organbeteiligungen.

133. Frage: Warum handelt es sich nicht um eine Hypothyreose?

Antwort: Bei einer Hypothyreose erwarten wir typischerweise Symptome wie Kälteempfindlichkeit, trockene Haut, Verstopfung, Bradykardie, Gewichtszunahme, depressive Verstimmung und Müdigkeit. Fieber und ungewollter Gewichtsverlust hingegen sind untypisch für eine Hypothyreose.

Diagnostische Abklärung

134. Frage: Welche klinischen Zeichen können bei einem Hodgkin-Lymphom auftreten? Nennen Sie mindestens drei.

Antwort: Typische klinische Zeichen sind Kachexie, Blässe, Petechien und Ekchymosen sowie vergrößerte Lymphknoten an verschiedenen Lokalisationen.

135. Frage: Was versteht man unter Kachexie?

Antwort: Kachexie bezeichnet einen ausgeprägten Gewichtsverlust mit Muskelschwund infolge einer chronischen Erkrankung oder malignen Tumorerkrankung.

136. Frage: Was versteht man unter Petechien und Ekchymosen?

Antwort: Petechien sind punktförmige Hauteinblutungen, Ekchymosen größere flächenhafte Blutungen, die durch eine Thrombozytopenie oder Gerinnungsstörung entstehen können.

137. Frage: Worauf kann Blässe hinweisen?

Antwort: Blässe kann auf eine Anämie hindeuten, etwa bei Knochenmarkinfiltration oder chronischer Erkrankung.

138. Frage: Was beurteilt man bei der Palpation von Lymphknoten?

Antwort: Bei der Palpation beurteilt man die Größe, Konsistenz (weich oder hart), Verschiebbarkeit (verschieblich oder fixiert) und Schmerzhaftigkeit der Lymphknoten.

139. Frage: Welche Lymphknotenstationen sollten systematisch palpiert werden?

Antwort: Zervikal, supraclaviculär, axillär und inguinal.

140. Frage: Warum ist die Beurteilung der Beweglichkeit und Konsistenz wichtig?

Antwort: Weiche, verschiebliche Lymphknoten sprechen meist für eine benigne oder reaktive Veränderung.

Harte, fixierte Lymphknoten deuten auf eine maligne Ursache hin.

141. Frage: Warum ist die Untersuchung auf Splenomegalie und Hepatomegalie wichtig?

Antwort: Weil Milz- und Lebervergrößerung Hinweise auf eine systemische Ausbreitung des Lymphoms oder auf hämatologische Erkrankungen geben können.

142. Frage: Wie viele Lymphknotenregionen sind beim Hodgkin-Lymphom typischerweise betroffen?

Antwort: Häufig sind eine oder mehrere Lymphknotenregionen betroffen, zunächst meist zervikal, supraclaviculär oder mediastinal, später auch abdominell oder inguinal.

143. Frage: Welche Laboruntersuchungen sind bei Verdacht auf ein Lymphom erforderlich?

Antwort: Wir bestimmen ein Differenzialblutbild, CRP, BSG, LDH, Leberwerte (ALT, AST, GGT), Elektrolyte, Nierenwerte und Blutfettwerte.

Außerdem wird ein Blutausstrich angefertigt.

144. Frage: Warum ist die Durchführung eines Differenzialblutbildes wichtig?

Antwort: Das Differenzialblutbild dient der Erfassung von Anämien, Leukopenien oder Leukozytosen sowie möglicher atypischer Blutzellen. Diese Befunde können Hinweise auf maligne oder reaktive Prozesse geben.

145. Frage: Was ist das C-reaktive Protein (CRP)?

Antwort: Das CRP ist ein Akutphasenprotein, das in der Leber gebildet wird. Es steigt bei Entzündungen, Infektionen oder Gewebeschädigungen an und dient als unspezifischer Entzündungsmarker.

146. Frage: Was ist die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)?

Antwort: Die BSG misst, wie schnell Erythrozyten in ungerinnbar gemachtem Blut innerhalb einer Stunde absinken.

Ein beschleunigter Wert weist unspezifisch auf Entzündungen, Infektionen oder maligne Erkrankungen hin.

147. Frage: Warum wird LDH bestimmt?

Antwort: Die Laktatdehydrogenase (LDH) ist ein Zellerfallsenzym.

Ein erhöhter Wert kann auf Tumorzellerfall, Gewebsdestruktion oder eine maligne hämatologische Erkrankung hinweisen.

148. Frage: Welche Leberwerte werden überprüft und warum?

Antwort: ALT (GPT) – leberspezifisches Enzym zur Beurteilung der Hepatozytenfunktion

AST (GOT) – unspezifischerer Zellschadenmarker

GGT – Marker für cholestatische Prozesse oder Alkoholabusus

Diese Werte werden bestimmt, um Leberbeteiligungen oder -schäden auszuschließen, z. B. durch Metastasen oder Toxine.

149. Frage: Warum werden Elektrolyte, Nieren- und Blutfettwerte kontrolliert?

Antwort: Zur Gesamteinschätzung des Stoffwechsels, zur Therapieplanung (z. B. Chemotherapie) und zum Ausschluss von Organfunktionsstörungen.

150. Frage: Was ist ein Blutausstrich und wie wird er durchgeführt?

Antwort: Ein Blutausstrich wird durch das Ausstreichen eines Blutstropfens auf einem Objektträger hergestellt, luftgetrocknet, anschließend gefärbt (z. B. mit May-Grünwald-Giemsa) und mikroskopisch ausgewertet.

151. Frage: Was kann man im Blutausstrich erkennen?

Antwort: Man kann atypische Blutzellen, Reifungsstörungen, Zellveränderungen sowie Hinweise auf eine Knochenmarkinfiltration feststellen.

152. Frage: Warum ist der Blutausstrich bei Verdacht auf Lymphom wichtig?

Antwort: Er kann morphologische Hinweise auf maligne hämatologische Erkrankungen wie Leukämien oder Lymphome geben und hilft bei der Differenzialdiagnose.

153. Frage: Wie wird die Diagnose eines Hodgkin-Lymphoms gesichert?

Antwort: Die Diagnose wird durch eine Lymphknotenbiopsie gesichert, genauer durch eine Lymphknotenextirpation, die als Goldstandard gilt.

154. Frage: Warum gilt die Lymphknotenextirpation als Goldstandard?

Antwort: Weil sie ausreichend Gewebe liefert, um die typischen Reed-Sternberg-Zellen zuverlässig nachzuweisen.

155. Frage: Warum sind Feinnadel- oder Stanzbiopsien zur Diagnosesicherung beim Hodgkin-Lymphom oft nicht ausreichend?

Antwort: Weil diese Verfahren nur kleine Gewebeproben liefern, die häufig nicht repräsentativ sind. Die für das Hodgkin-Lymphom typischen Reed-Sternberg-Zellen kommen selten und ungleichmäßig verteilt vor und können bei solchen Biopsien leicht übersehen werden, sodass die Diagnose verfehlt werden kann.

156. Frage: Was versteht man unter einer Lymphadenektomie?

Antwort: Die Lymphadenektomie ist ein chirurgischer Eingriff, bei dem betroffene Lymphknoten vollständig entfernt werden, meist unter Vollnarkose.

157. Frage: Wie wird die Lymphknotenentfernung durchgeführt?

Antwort: Nach der Desinfektion wird ein Hautschnitt in der betroffenen Region gesetzt, die Lymphknoten werden entfernt, das umliegende Gewebe kontrolliert, und anschließend wird die Wunde verschlossen.

158. Frage: Wie muss sich der Patient auf die Operation vorbereiten?

Antwort: Der Patient muss mindestens 6 Stunden vor dem Eingriff nüchtern bleiben (keine Nahrungsaufnahme).

Zwei Stunden vor der Operation ist auch Trinken nicht mehr erlaubt.

159. Frage: Wann liegt das histologische Ergebnis in der Regel vor?

Antwort: Das Ergebnis liegt gewöhnlich nach 3 bis 5 Werktagen vor.

160. Frage: Welche Risiken bestehen bei einer Lymphknotenbiopsie?

Antwort: Mögliche Risiken sind Schmerzen, Blutergüsse (Hämatome) und in seltenen Fällen Infektionen.

161. Frage: Was ist das klassische Hodgkin-Lymphom (cHL)?

Antwort: Das klassische Hodgkin-Lymphom (cHL) ist mit etwa 95 % der Fälle der häufigste Subtyp des Hodgkin-Lymphoms.

162. Frage: Wodurch ist das klassische Hodgkin-Lymphom histologisch gekennzeichnet?

Antwort: Durch das Vorhandensein von einkernigen Hodgkin-Zellen und mehrkernigen Reed-Sternberg-Zellen, die zusammen als Hodgkin-Reed-Sternberg-Zellen (HRS-Zellen) bezeichnet werden.

163. Frage: Warum ist der Nachweis von Reed-Sternberg-Zellen diagnostisch entscheidend?

Antwort: Weil diese Zellen pathognomonisch für das Hodgkin-Lymphom sind und somit die Diagnose bestätigen.

164. Frage: Welche Bedeutung hat die histologische Untersuchung für die Therapieplanung?

Antwort: Sie ermöglicht die exakte Subtypisierung des Lymphoms und bildet die Grundlage für die Stadieneinteilung und Therapieentscheidung (z. B. Chemo-/Radiotherapie).

165. Frage: Wie häufig ist das klassische Hodgkin-Lymphom im Vergleich zu anderen Subtypen?

Antwort: Das klassische Hodgkin-Lymphom (cHL) macht etwa 95 % aller Fälle aus, während das nodulär lymphozyten-prädominante Hodgkin-Lymphom (NLPHL) etwa 5 % beträgt.

166. Frage: Was ist eine Knochenmarkpunktion?

Antwort: Die Knochenmarkpunktion ist ein diagnostisches Verfahren zur Entnahme von Knochenmark, meist am hinteren Beckenkamm, zur Abklärung von Blut- oder Krebserkrankungen.

167. Frage: Wo wird die Knochenmarkpunktion in der Regel durchgeführt?

Antwort: In der Regel am hinteren oberen Beckenkamm (Crista iliaca posterior superior).

168. Frage: Wie wird der Eingriff durchgeführt?

Antwort: Er erfolgt unter lokaler Betäubung mit einer speziellen Punktionsnadel. Nach der Desinfektion wird die Haut durchstoßen und eine kleine Menge Knochenmark aspiriert.

169. Frage: Warum wird eine Knochenmarkpunktion durchgeführt?

Antwort: Zur Abklärung hämatologischer oder onkologischer Erkrankungen, insbesondere bei Verdacht auf Knochenmarkinfiltration, Leukämie, Lymphom oder ungeklärte Blutbildveränderungen.

170. Frage: Welche Voruntersuchungen müssen vor der Punktion erfolgen?

Antwort: Es werden die Gerinnungswerte kontrolliert, um das Blutungsrisiko zu minimieren. Außerdem erfolgt eine ärztliche Aufklärung über den Eingriff und seine Risiken.

171. Frage: Welche Risiken bestehen bei einer Knochenmarkpunktion?

Antwort: Mögliche Risiken sind lokale Schmerzen, Blutergüsse (Hämatome) und in seltenen Fällen Infektionen an der Punktionsstelle.

172. Frage: Warum ist die Knochenmarkpunktion bei Lymphomerkrankungen wichtig?

Antwort: Weil sie Aufschluss über eine mögliche Knochenmarkbeteiligung gibt und somit für die Stadieneinteilung und Therapieplanung entscheidend ist.

173. Frage: Was wird im entnommenen Knochenmark untersucht?

Antwort: Die zelluläre Zusammensetzung, das Verhältnis der Zellreihen, mögliche Atypien sowie maligne Infiltrate werden mikroskopisch und immunhistologisch beurteilt.

174. Frage: Wie lange dauert der Eingriff?

Antwort: In der Regel nur wenige Minuten. Der Patient kann anschließend meist nach kurzer Beobachtung entlassen werden.

175. Frage: Welche Nachsorgemaßnahmen sind erforderlich?

Antwort: Nach der Punktion wird ein Druckverband angelegt; der Patient soll die Stelle kurzzeitig ruhigstellen und auf Rötung oder Schwellung achten.

Bildgebende Diagnostik

176. Frage: Was ist eine Sonographie?

Antwort: Die Sonographie ist ein nicht-invasives, bildgebendes Verfahren, bei dem hochfrequente Schallwellen zur Darstellung von inneren Organen und Geweben verwendet werden.

177. Frage: Welche Vorteile hat die Sonographie?

Antwort: Sie ist schmerzfrei, strahlenfrei, belastungsarm und kann wiederholt durchgeführt werden.

178. Frage: Welche Organe können bei Verdacht auf ein Lymphom sonographisch beurteilt werden?

Antwort: Vor allem Leber und Milz werden auf eine mögliche Organvergrößerung (Hepato- bzw. Splenomegalie) oder Infiltration untersucht.

179. Frage: Ist für eine Sonographie eine spezielle Vorbereitung erforderlich?

Antwort: Nein, in der Regel ist keine spezielle Vorbereitung notwendig.

180. Frage: Bestehen Risiken bei einer Sonographie?

Antwort: Nein, die Sonographie ist risikofrei und hat keine Nebenwirkungen.

181. Frage: Warum ist die Sonographie beim Hodgkin-Lymphom sinnvoll?

Antwort: Sie dient der Beurteilung von Organbeteiligungen, insbesondere von Leber und Milz, sowie der Kontrolle vergrößerter Lymphknoten im Abdomen.

182. Frage: Was ist eine Computertomographie (CT)?

Antwort: Die Computertomographie ist ein bildgebendes Verfahren, das mithilfe von Röntgenstrahlen detaillierte Schnittbilder der inneren Organe erstellt.

183. Frage: Wie läuft eine CT-Untersuchung ab?

Antwort: Der Patient liegt still in einer röhrenförmigen Röhre (Scanner), während mehrere Querschnittsaufnahmen angefertigt werden.

Bei Bedarf wird ein Kontrastmittel über die Vene verabreicht.

184. Frage: Welche Bereiche werden beim Hodgkin-Lymphom typischerweise untersucht?

Antwort: Der Thorax, das Abdomen und das Becken (Pelvis), um die Ausbreitung der Erkrankung und Lymphknotenstationen zu beurteilen.

185. Frage: Warum wird ein Kontrastmittel verwendet?

Antwort: Um Gefäße, Lymphknoten und Organe besser darzustellen und Infiltrationen deutlicher zu erkennen.

186. Frage: Was muss vor der CT-Untersuchung mit Kontrastmittel beachtet werden?

Antwort: Der Patient sollte ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen, und bestimmte Medikamente, z. B. Metformin, müssen vorübergehend pausiert werden.

187. Frage: Welche Risiken bestehen bei der CT?

Antwort: Selten kann es zu einer allergischen Reaktion auf das Kontrastmittel kommen. Zudem besteht eine geringe Strahlenbelastung.

188. Frage: Warum wird die CT beim Hodgkin-Lymphom durchgeführt?

Antwort: Zur Beurteilung der Krankheitsausbreitung, zur Erfassung vergrößerter Lymphknoten und zur exakten Stadieneinteilung nach der Ann-Arbor-Klassifikation.

189. Frage: Was ist eine Positronen-Emissions-Tomographie (PET)?

Antwort: Die PET ist ein nuklearmedizinisches Verfahren, das die Stoffwechselaktivität im Körper sichtbar macht.

Dazu wird dem Patienten eine radioaktiv markierte Substanz (z. B. Fluordesoxyglukose – FDG) verabreicht.

190. Frage: Warum wird die PET häufig mit einer CT kombiniert?

Antwort: Die Kombination (PET/CT) ermöglicht eine gleichzeitige funktionelle und anatomische Darstellung, wodurch Tumoraktivität und Lokalisation exakt beurteilt werden können.

191. Frage: Wann wird die PET/CT beim Hodgkin-Lymphom eingesetzt?

Antwort: Zur Diagnostik, Stadieneinteilung und Therapiekontrolle (Response-Beurteilung).

192. Frage: Welche Vorbereitung ist vor einer PET erforderlich?

Antwort: Der Patient muss mindestens 6 Stunden nüchtern bleiben, und bei Diabetikern ist eine Blutzuckerkontrolle notwendig, da ein erhöhter Glukosespiegel das Ergebnis verfälschen kann.

193. Frage: Welche Risiken bestehen bei der PET?

Antwort: Es besteht eine geringe Strahlenbelastung durch die radioaktive Substanz, ansonsten ist die Untersuchung sicher und gut verträglich.

194. Frage: Warum ist die PET/CT bei Lymphomen besonders wertvoll?

Antwort: Weil sie aktive Tumorherde aufdeckt, auch wenn Lymphknoten nicht vergrößert sind, und damit die genaue Krankheitsausdehnung und Therapieeffektivität zeigt.

195. Frage: Wie lange dauert eine PET/CT-Untersuchung?

Antwort: Insgesamt etwa 60 bis 90 Minuten, inklusive Injektions- und Ruhezeit vor der Aufnahme.

196. Frage: Warum ist eine ausreichende Nüchternheit vor der PET so wichtig?

Antwort: Damit Glukose und die radioaktive Substanz (FDG) nicht in Konkurrenz treten und die Tumorzellen die Traceraufnahme optimal zeigen.

197. Frage: Welche Rolle spielt die PET/CT bei der Verlaufskontrolle?

Antwort: Sie dient der Beurteilung des Therapieansprechens, dem Nachweis von Remission oder Rezidiv und ermöglicht eine individuelle Therapieanpassung.

Behandlung

198. Frage: Wer trifft die Entscheidung über eine kurative oder palliative Behandlung?

Antwort: Die Entscheidung über eine kurative oder palliative Behandlung trifft in der Regel ein interdisziplinäres Tumorboard, das sich aus Fachärzten der Onkologie, Hämatologie, Radiologie, Pathologie und gegebenenfalls der Chirurgie zusammensetzt. Selbstverständlich muss der Patient am Ende selbst über das weitere Vorgehen entscheiden.

Wie nennt man die Behandlungsstrategie, bei der zunächst abgewartet wird, bevor eine Therapie eingeleitet wird?

Watch and Wait (auf Deutsch: Beobachten und Abwarten)

Prognose

199. Frage: Wie ist die Prognose beim Hodgkin-Lymphom grundsätzlich einzuschätzen?

Antwort: Die Prognose ist insgesamt sehr gut.

Bei adäquater Therapie sind Heilungsraten von bis zu 85–90 % im Frühstadium und etwa 75 % im fortgeschrittenen Stadium (III/IV) erreichbar.

200. Frage: Wovon hängt die Prognose beim Hodgkin-Lymphom ab?

Antwort: Von verschiedenen klinischen und laborchemischen Faktoren, insbesondere vom Krankheitsstadium, dem Alter, dem Vorliegen von B-Symptomen, der BSG und dem allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten.

201. Frage: Welche Faktoren gelten als ungünstige Prognosefaktoren beim Hodgkin-Lymphom? Nennen Sie drei.

Antwort: Zu den ungünstigen Prognosefaktoren zählen:
B-Symptomatik (Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust)
Höheres Lebensalter
Fortgeschrittenes Krankheitsstadium (III/IV)
Männliches Geschlecht
Erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)

202. Frage: Warum verschlechtert eine B-Symptomatik die Prognose?

Antwort: Weil sie auf eine systemische Krankheitsaktivität hinweist und meist mit einem fortgeschritteneren Verlauf assoziiert ist.

203. Frage: Warum hat das Erkrankungsstadium Einfluss auf die Prognose?

Antwort: Je weiter fortgeschritten die Erkrankung bei Diagnosestellung ist, desto höher ist die Tumorlast und desto schwieriger ist eine vollständige Remission zu erreichen.

204. Frage: Welche Bedeutung hat die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) in der Prognoseeinschätzung?

Antwort: Eine erhöhte BSG gilt als unspezifischer Entzündungs- und Aktivitätsparameter und korreliert häufig mit einer höheren Krankheitsaktivität und somit ungünstigerer Prognose.

205. Frage: Warum ist das Alter des Patienten prognostisch relevant?

Antwort: Ein höheres Alter ist mit komorbiden Erkrankungen, geringerer Therapietoleranz und schlechterer Regeneration des Knochenmarks verbunden.

206. Frage: Kann das Hodgkin-Lymphom vollständig geheilt werden?

Antwort: Ja, bei früher Diagnose und leitliniengerechter Therapie kann das Hodgkin-Lymphom in der Mehrzahl der Fälle vollständig geheilt werden.

207. Frage: Welche Bedeutung hat das Geschlecht für die Prognose?

Antwort: Männer haben im Vergleich zu Frauen eine etwas ungünstigere Prognose, was möglicherweise mit biologischen Faktoren und Komorbiditäten zusammenhängt.

208. Frage: Welche Rolle spielt die adäquate Ersttherapie für die Prognose?

Antwort: Eine zeitgerechte, leitliniengerechte Ersttherapie ist entscheidend, da sie die höchste Heilungswahrscheinlichkeit bietet.

Ein Rezidiv nach Erstbehandlung ist deutlich schwerer zu therapieren.

209. Frage: Was bedeutet „pathognomonisch“?

Antwort: „Pathognomonisch“ bedeutet kennzeichnend oder typisch für eine bestimmte Erkrankung.

Ein pathognomonisches Symptom tritt ausschließlich bei einer bestimmten Krankheit auf und erlaubt somit eine sichere Zuordnung der Diagnose.

210. Frage: Was ist eine Patientenverfügung?

Antwort: Eine Patientenverfügung ist ein schriftliches Dokument, in dem eine Person vorab festlegt, welche medizinischen Maßnahmen sie im Fall der Einwilligungsunfähigkeit wünscht oder ablehnt. Sie ist rechtlich bindend und dient dazu, den Willen des Patienten zu respektieren, wenn dieser selbst nicht mehr entscheidungsfähig ist.