HRCT – DIAGNOSTIK OCH SJUKDOMSÖVERSIKT

Av Carl Lamm och Fredrik Ahlfors

Bokens låga sidoantal (103 sidor) medför att det blott tar några timmar att med behållning läsa igenom den.
Boken är välskriven att lättläst med fina och många bilder som illustrationer. Dessutom en bra bildalgoritm att följa som kan leda en rätt när man hittar specifika mönster på HRCTbilderna. Trots att boken är kortfattad får man med så gott som allt av vikt. För egen del uppskattade jag särskilt kap 9 (såväl i Mönsterdelen som i Sjukdomsöversiktsdelen) - Mosaic perfusion och Vaskulära sjukdomar – som i flera böcker är svåra att få en uppfattning om.
Dessutom är priset för en lärobok som denna lågt – ca 300 kr – vilket inte bör hindra någon med intresse av ämnet att för egen del inköpa den.

Jag skulle önska att vi gjorde uppdelningen av fibrotiserande alveoliter lite lättare än den som anges. UIP är, som säges i boken, en histologisk diagnos men i de flesta fall av så typiskt utseende att man inte behöver PAD för diagnos. Man skiljer här mellan den primära formen som man kallar enbart fibrotiserande alveolit (UIP histologiskt) och den sek som man kallar UIP. Varför göra denna distinktion? När det gäller NSIP så skriver man att den kan vara av primär och sek typ, varför gäller inte detsamma för UIP? Detta gör det så mkt enklare spec för dem som inte är thoraxradiologer. Dessutom vet vi thoraxradiologer oftast inte om den är primär eller sek när vi bedömer bilderna – och jag förmodar att många av oss i vårt svar skriver ”fibrotiserande alveolit av UIP typ” – senare kan man ev påvisa om den är av primär typ (med sämre prognos) eller av sek typ (med bättre prognos).

En annan sak som kan förvirra är att man använder det engelska uttrycket ”pneumonia = pneumoni” – interstiell pneumoni, organiserande pneumoni, eosinofil pneumoni – i stället för pneumonit för att betona att det inte är en infektionssjukdom utan en inflammatorisk sjukdom. (Man skriver lupuspneumonit på sidan 59 och hypersensitiv pneumonit på sidan 84 – så varför inte betona –it även vid övriga entiteter). Även denna distinktion gör det lättare för både icke thoraxradiologer samt kliniker att förstå innebörden.

Man skiljer på sidan 49 mellan COP (kryptogen) och OP (sekundär) – varför inte i första hand använda OP och sedan lägga till (trol) av kryptogen (COP) eller sekundär typ (SOP).

På sidan 50 ses i bildtext till bild 55 ”…OP.. med ringformad konsolidering (perilobular pattern) ..” I engelskspråkig litteratur kallas detta för ”inversed halo sign” – skulle vara bra att ha med detta uttryck, som ofta används precis som ”halo sign” och ”tree in bud”.

OP finns också beskrivet under namnet BOOP på sidan 94 – borde ha stått tillsammans med COP! BOOP anses som en felaktig beteckning och används idag endast i amerikansk litteratur – man bör naturligtvis veta att BOOP och OP / COP / SOP är samma sak.

Sidan 75: ”Atypiska pneumonier är samhällsförvärvade pneumonier” – de behöver dom inte vara.

Under Sarkoidos på sidan 98 står det att det i mer än 90% finns engagemang av båda lungorna – finns det verkligen det i stadium I, som ju kännetecknas av enbart mediastinal adenopati? (Har man ev gjort CT på alla stadium I sarkoidoser i något land och funnit förändringar som ej ses på lungrtg? Behöver ändå inte betyda att detta gäller i Sverige – finns rasskillnader).

Det finns ju alltid något petitessartat att anmärka på – expiration, som hela tiden används, är engelska, på svenska heter det exspiration.

På sidan 20 om Groundglass står det i rad 3 uppifrån att ”Vid groundglass föreligger förtjockning av interstitier och alveolväggar samt delvis sekretfyllda alveoler och bronkioler” – detta är kanske sant när det gäller den histologiska bilden, på HRCT ses dock många gånger

bara en diffus tunn dvs groundglass förtätning utan strukturer – denna beror väl mer på ödem / vätska än sekret, eller?

På sidan 23 står det om PCP (pneumocystis ieroveci pneumoni) att lungödemliknande bild är typisk för denna infektion, detta är sant vid PCP sek till cytostatikabeh medan bilden vid HIV-AIDS relaterad PCP kan se lite annorlunda ut och vara av mer interstitiell karaktär. Detta är dock kanske överkurs.

På två ställen, på sidorna 25 och 90, nämns hur BronchoAlveolarcells Cancer (BAC) kan se ut. Härefter står det att ”man bör ha i åtanke att också tidig primär lungcancer ….” – även BAC är en primär lungcancer (även om den har ett annat växtsätt) – det borde således ha stått ”också annan tidig primär lungcancer”.

Trots en del synpunkter – som ju är mina personliga och som inte behöver vara de rätta – så står jag fast vid det jag skrivit först.!

Således mkt bra och prisvärd bok!

Hälsningar

Birgitta