

Dilatation von Koronarstenosen

Bei proximalen, subtotalen, konzentrischen Koronarstenosen, die nicht verkalkt sind, kann durch perkutane transluminale Dilatation ein erheblicher und anhaltender Blutfluß erzielt werden (Privatdozent A. Grüntzig, Medizinische Poliklinik der Universität Zürich). Das Verfahren, mit dem in Zürich seit September 1977 31 Patienten mit koronarer Herzkrankheit behandelt worden sind, steht zwischen konservativem und operativem Vorgehen: Ein Führungskatheter wird perkutan vom Leistenband aus an die Aorta gebracht. Er führt den Dilatationskatheter in die Koronararterien ein. Dieser Dilatationskatheter besitzt an seiner Spitze einen Ballon, der mit 5 atm Druck die atheromatöse Enge dehnt und die Stenose nach außen preßt. – Der Eingriff ist auch bei Rezidivstenosen nach Koronaroperation anwendbar. Die Dehnung muß allerdings unter Operationsbereitschaft des Koronarchirurgen durchgeführt werden; denn gelegentlich kann sich während des Eingriffs die Koronardurchblutung verschlechtern. Sofortige Bypass-Operation wendet einen Infarkt jedoch ab. WP

(10. Internationaler Kongreß Diagnostica – Therapeutica – Technica, November 1978, Düsseldorf)

Kollumkarzinom in Mazedonien

Eine retrospektive klinisch-epidemiologische Studie bei einer Bevölkerung von 1,7 Millionen wurde an der Medizinischen Fakultät von Skopje durch J. Jurukovski durchgeführt. Die Unterlagen von 22 Jahren wurden geprüft, und 918 Fälle von Kollumkarzinom erfaßt. Die Inzidenz der Erkrankung betrug 196,7 auf 100 000 Frauen über 20 Jahren. Bei mazedonischen Frauen war

diese Zahl 232,9, bei serbischen Frauen 439,7, bei albanischen Frauen 67,9, bei türkischen Frauen 19,4. Interessant war auch die Feststellung, daß bei Moslems die Inzidenzrate 69,6 auf 100 000, bei Nichtmoslems 238,6 betrug. Es gibt also entscheidende regionale und ethnische Unterschiede in der Inzidenz. Regional gesehen, war die Ereignisrate auf 100 000 in Skopje 277,7, in Kumanovo 207,9, in Pelagonija 194,4, in Povardarie 182,6, in Tetovo 169,0, in Ohrid 148,6 und in Stip 134,6. Zahlreiche Erklärungsmöglichkeiten werden für diese Unterschiede herangezogen (Jurukovski, J.; Lazarov, A., Dept. of Obstetrics and Gynaecology of the Faculty of Medicine of Skopje, University, Yugoslavia). PS

(XII. Internationaler Krebskongreß Buenos Aires, Oktober 1978)

Rezeptoren für Tranquilizer

Der Wirkungsmechanismus von Benzodiazepinen im Zentralnervensystem hängt eng mit dem des zerebralen, ubiquitären, inhibierenden Neurotransmitter Gammaaminobuttersäure (GABA) zusammen (Dozent Dr. M. Karobath, Psychiatrische Universitätsklinik Wien). Gleich neben den GABA-Rezeptoren an den postsynaptischen Membranen liegt offenbar ein Protein, das den GABA-Effekt mehr oder weniger blockiert, die neuronale Reizinhibition also unterdrückt. An dieser Stelle scheinen Benzodiazepinmoleküle anzugreifen. Sie setzen die Inhibitionsbremse außer Betrieb und verstärken mit dieser postsynaptischen Rezeptorstimulation den GABA-Effekt. Diazepin-Rezeptoren gibt es übrigens nicht bei allen GABA-Rezeptoren, aber wohl bei den meisten. WP

(110. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte, September 1978, Innsbruck)

Fötales Wachstum

Das Wachstum von Knaben in utero hört zum errechneten Termin auf, auch bei diabetischer Mutter. Es ist genetisch determiniert und korreliert mit der Körpergröße der Eltern. Mädchen werden jedoch um so größer und schwerer, je stärker die Glukosetoleranz der Mutter gestört und die Tragzeit entsprechend verlängert ist (Dr. H. J. Hinckers, Universitätsfrauenklinik Bonn). Bei Mädchen hört das Wachstum am physiologischen Ende der Schwangerschaft also nicht auf. Bei Mädchen haben die Normalisierung der mütterlichen Zuckerstoffwechselstörung und terminierte Geburt folglich auch einen Einfluß auf das akzelerierte Wachstum in utero. WP

(42. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, September 1978, München)

Strahlenbehandlung des Kollumkarzinoms nach der Peking-Methode

Die Beobachtung erfaßt 8056 Patienten mit Zervixkarzinom, welche nach Peking-Methode bestrahlt wurden. Diese besteht aus einer intrakavitären Radiumeinlage mit nachfolgender perkutaner Bestrahlung. Die Gesamt-5-Jahre-Heilung betrug 68,7 Prozent, die 10-Jahre-Heilung (3570 Patienten) 62,2 Prozent. Die Überlebensrate für 5 beziehungsweise 10 Jahre betrug: Stadium I: 93,4 Prozent beziehungsweise 89,7 Prozent, Stadium II 82,7 Prozent beziehungsweise 74,0 Prozent, Stadium III 63,6 Prozent und 53,7 Prozent, Stadium IV 36,6 Prozent beziehungsweise 9,5 Prozent (Department of Gynecological Oncology, Institute of Cancer Research, Peking). MS

(XII. Internationaler Krebskongreß Buenos Aires, Oktober 1978)