

Intensivtherapie der schweren Colitis ulcerosa

Die Autoren legen die Ergebnisse einer standardisierten Therapie bei schwerer Verlaufsform der Colitis ulcerosa vor, wie sie während 100 Attacken bei 87 Patienten angewandt wurde. Dabei erhalten die Patienten 5 Tage lang neben einer parenteralen Ernährung mit Elektrolyt- und Vitamin-Substitution 3mal 20 mg Prednisolon-21-phosphat i. v. und 4mal 250 mg Tetrazyklin. Kommt es nach dieser 5tägigen Intensivtherapie zu einer Remission, wird auf normale Ernährung umgesetzt und eine perorale Therapie mit 4mal 10–15 mg Prednisolon und 4mal 0,5 g Sulphasalazin begonnen. Während der gesamten stationären Behandlung erhält der Patient darüber hinaus 2mal täglich einen Einlauf mit 100 mg Hydrocortisonsuccinatnatrium. 60 Prozent der Patienten sprachen auf diese Therapie sofort an und waren nach 5 Tagen symptomfrei, 15 Prozent zeigten eine deutliche Besserung. Bei den restlichen 25 Prozent, die nicht ansprachen, wurde eine Proktokolektomie durchgeführt, die bei allen Patienten ohne Komplikationen verlief. Ein Versagen der oben angeführten Intensivtherapie stellt nach Meinung der Autoren eine klare Indikation zu einem frühzeitigen chirurgischen Vorgehen dar, das zu diesem frühen Zeitpunkt noch ohne wesentliches Risiko für den Patienten ist. R

Truelove, S. C.; Willoughby, C. P.; Lee, E. G.; Kettlewell, M. G. W.: Further experience in the treatment of severe attacks of ulcerative colitis, *Lancet* II (1978) 1086–1088, Radcliffe Infirmary, Oxford OX2 6HE

Urbanisation – Ursache des Ulcus duodeni?

Unter den Afrikanern in Johannesburg ist eine kontinuierliche Zunahme an Ulcus-duodeni-Kranken zu verzeichnen. In einer prospektiven Studie wurde analysiert, welche Faktoren für diese Entwicklung verantwortlich gemacht werden können.

Die Patienten des Baragwanath Hospitals mit einem Zwölffingerdarmgeschwür wiesen im Vergleich zu anderen Patienten ohne gastrointestinale Symptome eine bessere Erziehung auf, waren in der Regel bereits in der Stadt geboren und nahmen einen höheren sozio-ökonomischen Status ein. Die Ulkuserkrankung der Afrikaner wird als eine Komplikation der fehlenden Anpassung an den Streß der frühen Urbanisation interpretiert. Es ist zu erwarten, daß ähnlich der Entwicklung in der industrialisierten Gesellschaft mit zunehmender Anpassung an die neue Umwelt eine Abnahme der Ulkusprävalenz zu verzeichnen sein wird. R

Segal, I.; Dubb, A. A.; Tim, L.ou; Solomon, A.; Sottomayor, M. C. C. G.; Zwane, E. M.: Duodenal ulcer and working-class mobility in an African population in South Africa, *Br. med. J.* 1 (1978) 469–472, Gastroenterology Unit, Baragwanath Hospital and University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa

Halothanhepatitis

Die sogenannte Halothanhepatitis gehört zu den gefürchteten Komplikationen einer Narkose, da sie mit einer hohen Letalität belastet ist. 1974 berichtete das britische Committee on Safety of Medicines über 130 Fälle, jetzt wurden weitere Daten über dieses umstrittene Krankheitsbild vorgelegt. 11 Tage lagen zwischen erstmaliger Halothanexposition und Auftreten des Ikterus, bei wiederholter Exposition 6 Tage. In 82 Prozent der Fälle lag eine Mehrfachexposition vor, bei 75 Prozent der Halothanhepatitiden war das Narkosemittel mehr als einmal innerhalb von 28 Tagen verwandt worden. Angesichts einer Letalität der Halothanhepatitis von 46 Prozent bei operativen Eingriffen die wiederholte Narkosen erforderlich machen, soll Halothan für den Eingriff reserviert bleiben, bei dem dieses Anästhetikum den größten Nutzen bietet. R

Inman, W. H. W.; Mushin, W. W.: Jaundice after repeated exposure to halothane: a further analysis of reports to the Committee on Safety of Medicines, *Br. med. J.* 2 (1978) 1455–1456, Committee on Safety of Medicines, London EC2A 1PP. Sherlock, S.: Halothane hepatitis, *Lancet* 2 (1978) 364–365, Royal Free Hospital School of Medicine, University of London, Pond Street London NW3 2QG

Aspirin- Unverträglichkeit bei Asthmatikern

Die Gabe von Aspirin bei Patienten mit Asthma bronchiale führt in 10–12 Prozent zu einer klinisch ausgeprägten Unverträglichkeitsreaktion. Als Symptome treten zumeist eine profuse wäßrige Rhinorrhöe, Übelkeit, Erbrechen sowie intestinale Krämpfe, Diarrhöe und Bronchospasmen auf. Sehr häufig wird auch ein Status asthmaticus ausgelöst.

Auch die Ausbildung von Nasenpolypen wird ursächlich mit der Aspirintherapie bei diesen Patienten in Verbindung gebracht. Am ausgeprägtesten treten diese Unverträglichkeitsreaktionen bei Frauen über dem 30. Lebensjahr auf. Andererseits werden allerdings auch Kinder nicht verschont. Auf der Suche nach den Ursachen dieses Phänomens blieben immunologische Untersuchungen bislang erfolglos. Man geht deshalb davon aus, daß biochemische und physiologische Veränderungen bei sensitiven Patienten vorhanden sein müssen. Es wird vermutet, daß die Ursache in der Hemmung der Prostaglandinsynthese durch Acetylsalicylsäure liegt. Es führt in der Folge zu einer verstärkten Freisetzung von Histamin und weiteren biogenen Aminen. Diese Theorie wird auch unterstützt durch die Beobachtung, daß andere Salicylate, die die Prostaglandinsynthese nicht beeinflussen, diese Nebenwirkungen bei Asthmatikern nicht hervorrufen.

Andererseits kann man experimentell mit anderen, chemisch der Acetylsalicylsäure nicht ähnlichen Antiphlogistika, die die Prostaglandinsynthese beeinflussen, dieselben Unverträglichkeitsreaktionen provozieren. Wegen der relativen Häufigkeit dieses Aspirin-Intoleranz-Syndroms sollte bei Asthmatikern diese Substanz nur mit äußerster Zurückhaltung angewendet werden. Dem

Ted, C. S.: Aspirin intolerance syndrome, *Drug Intel. Clin. Pharm.* 12 (1978) 464–469, Pharm. College of Medicine, University of Cincinnati.