

Cimetidin kein Ersatz für Antazida bei Schwerkranken

Die Prophylaxe akuter gastrointestinaler Blutungen bei Schwerkranken ist ein Problem der Intensivmedizin. Nachdem in letzter Zeit eine große Anzahl von Studien die günstige Wirkung von Cimetidin hervorhoben, überraschen nun die Ergebnisse einer neuen amerikanischen Studie.

Die Studie wurde an 75 schwerkranken Intensivpatienten (zumeist operierte Patienten, dabei jedoch keine Magen- oder Ösophagusoperationen) durchgeführt. 38 Patienten erhielten Cimetidin (300 mg i. v. alle 6 Stunden initial, bei Magensaft-pH unter 3,5 Erhöhung der Dosis auf bis zu 400 mg alle 4 Stunden), und 37 Patienten bekamen per Magensonde 30 ml eines Antazidums (entspricht 2,4 g Aluminiumhydroxid-Trockengel und 2,4 g Magnesiumhydroxid) initial jede Stunde, wobei die Dosen jeweils verdoppelt wurden, bis der Magensaft-pH über 3,5 war. Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht in Schwere der Erkrankungen, Anzahl der Risikofaktoren, Alter und Geschlecht der Patienten.

In der Antazidagruppe wurde keine Blutung registriert. In der Cimetidingruppe traten hingegen 7 obere gastrointestinale Blutungen auf.

Es fand sich eine Häufung der Blutungen bei Patienten mit Risikofaktoren wie

- ▶ Nierenversagen
- ▶ Sepsis
- ▶ Peritonitis
- ▶ Hypotonie
- ▶ respiratorische Insuffizienz
- ▶ Ikterus
- ▶ Polytrauma
- ▶ größere chirurgische Eingriffe.

Bei 4 der 7 blutenden Cimetidin-Patienten wurden zusätzlich Antazida verabreicht; bei allen 4 Patienten sistierte die Blutung. Bei der Cimetidinverabreichung wurde bei bedeutend weniger Patienten ein Magensaft-pH-Wert von über 3,5 erreicht, verglichen mit der Antazidagruppe.

Die Autoren schließen aus diesem hochsignifikanten Ergebnis, daß Cimetidin allein zur sicheren Prophylaxe gastrointestinaler Blutungen bei Schwerkranken nicht ausreicht und auf die Verabreichung von Antazida in genügend starker Dosierung nicht verzichtet werden kann. Cme

Priebe, H. J., et al.: Antacid versus cimetidine in preventing acute gastrointestinal bleeding. *N. Engl. J. Med.* **302** (1980) 426-430.

Trommelschlegelfinger bei entzündlichen Darmerkrankungen

Trommelschlegelfinger, durch entsprechende Nagelvermessungen objektiviert, fanden sich bei 75 von 200 Patienten (38 Prozent) mit Morbus Crohn, bei 15 von 103 (15 Prozent) mit Colitis ulcerosa und bei 2 von 24 Patienten (8 Prozent) mit einer Proktitis. Bei den chronischen entzündlichen Darmerkrankungen bestand eine enge Korrelation zwischen der Trommelschlegelfingerbildung und dem Aktivitätsindex sowie dem Ausmaß fibrotischer Veränderungen im Resektionspräparat. Nach einem operativen Eingriff bildeten sich die Fingerauftreibungen zum Teil wieder zurück. Die Autoren nehmen an, daß der Vagus als afferenter Bogen eines Trommelschlegelfingerreflexes funktioniert, da entsprechende Fingeränderungen bevorzugt bei Patienten gefunden wurden, deren vom Vagus versorgter Darmabschnitt erkrankt war, während bei einem Befall des distalen Kolons Trommelschlegelfinger seltener zur Beobachtung kamen. R

Kitis, G.; Thompson, H.; Allan, R. N.: Finger clubbing in inflammatory bowel disease: its prevalence and pathogenesis. *Brit. med. J.* **4** (1979) 825-828. Gastroenterology Unit, General Hospital, Birmingham B4 6NH

Verminderte Leukotoxizität von Zytostatika unter Lithium-Medikation

Bei 51 Patienten mit kleinzelligem Bronchialkarzinom wurde der Effekt von Lithiumcarbonat auf die Zytostatika-induzierte Myelosuppression unter einer standardisierten Chemotherapie (Vincristin, Cyclophosphamid, Adriamycin) in Form einer prospektiv randomisierten Studie untersucht.

In der Experimentalgruppe (n = 23) erhielten die Patienten zusätzlich zur Chemotherapie 3mal 300 mg Lithiumcarbonat pro die. Die Tagesdosis wurde durch Blutspiegelbestimmungen kontrolliert. Die Kontrollgruppe (n = 28) wurde nur chemotherapeutisch behandelt. Bei gleichen prätherapeutischen Werten sanken die Leukozytenzahlen in der Kontrollgruppe im Mittel bis auf 2056/ μ l, in der Lithiumgruppe dagegen nur bis auf 3367/ μ l ab ($p < 0,05$). Entsprechend war der Tiefstwert der Neutrophilen mit nur 606/ μ l in der Kontrollgruppe gegenüber 1015/ μ l in der Experimentalgruppe ähnlich verändert. Während 7 Patienten der Kontrollgruppe wegen fieberhafter Infekte hospitalisiert wurden, war dies nur in einem Fall der mit Lithium behandelten Patienten erforderlich. Hinsichtlich Hämoglobinkonzentration und Thrombozytenzahl wurden zwischen Experimental- und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Die von den mit Lithium behandelten Patienten beklagten Nebenwirkungen wie Schwäche, Übelkeit, Erbrechen, Lethargie waren nicht sicher von den durch Zytostatika ausgelösten Beschwerden abzugrenzen.

Die Autoren halten die Gabe von Lithium für einen vielversprechenden Ansatz, um die leukotoxische Wirkung der Chemotherapie herabzusetzen. Grc

Lyman, G. H.; Williams, C. C.; Preston, D.: The use of lithium carbonate to reduce infection and leukopenia during systemic chemotherapy. *New Engl. J. Med.* **302** (1980) 257-260. Division of Medical Oncology, Department of Internal Medicine, University of South Florida College of Medicine and the Tampa Veterans Administration Hospital, Florida 33612, USA