

FÜR SIE GELESEN

Bemerkenswert ist, daß die Cholesterinsenkung unter Prazosin in derselben Größenordnung liegt wie diejenige nach Gabe von 1,6 g Clofibrat pro Tag.

Eine langfristige Hochdrucktherapie besonders bei jungen Patienten sollte die Begleiteffekte der Substanzen auf den Lipidstoffwechsel bei der Wahl des Antihypertensivums mitberücksichtigen. Jns

Leren, P., Foss, P. O., Helgeland, A., Hjermmann, I., Holme, I., Lund-Larsen, P. G.: Effect of Propranolol and Prazosin on blood lipids. The Oslo Study. *The Lancet* II 8184 (1980) 4-6, Medical Outpatient Clinic Control, Laboratory, and Life Insurance Companies, Institute for Medical Statistics, Ullevaal Hospital, Oslo Norway.

Barrett-Ösophagus nach Antirefluxoperation reversibel?

Die Zylinderzellmetaplasie der Speiseröhre (Endobrachyösophagus, Barrett-Syndrom) gilt als Ausheilungsstadium einer massiven Refluxösophagitis, wobei es zu einem Ersatz des zerstörten Plattenepithels durch hochwandernde Magenschleimhaut kommt. Auf dem Boden dieser Zylinderzellmetaplasie entwickelt sich in etwa 10 Prozent ein Adenokarzinom der Speiseröhre. Der Effekt einer Antirefluxoperation auf die Zylinderzellmetaplasie der Speiseröhre wird bislang widersprüchlich beurteilt. Die Autoren berichten über 10 Patienten, bei denen präoperativ und postoperativ multiple Schleimhautbiopsien aus der Speiseröhre entnommen wurden. Bei 4 von 10 Patienten kam es zu einer Rückbildung der Zylinderzellmetaplasie in Plattenepithelschleimhaut. Bei den Patienten, bei denen es nicht zu einer Rückbildung des Barrett-Ösophagus kam, war trotz der vorausgegangenen Operation persistierender Reflux von Säure nachweisbar. R

Brand, D. L.; Ylvisaker, J. Th.; Gelfand, M.; Pope II, Ch. E.: Regression of columnar esophageal (Barrett's) epithelium after anti-reflux surgery. *N. Engl. J. Med.* 302 (1980) 844-848, Veterans Administration Medical Center, 4435 Beacon Ave. S., Seattle, WA 98 108

Langzeitbehandlung von Gicht und erhöhtem Blut-Harnsäurespiegel

Gicht kann als akuter Anfall in Form einer vorübergehenden Synovitis auftreten oder auch als chronisch verlaufende Gichtknotenarthritis. Alle Manifestationen der Gicht sind auf die Ablagerung von Na-Biurat aus übersättigtem Blut und übersättigter Gewebeflüssigkeit zurückzuführen. Eine Hyperurikämie ist eine wesentliche Voraussetzung für das Entstehen der Gicht, sie ist aber gleichzeitig schwer zu definieren, da auch bei hohen Uratkonzentrationen über einen längeren Zeitraum hin nicht immer eine Ausfällung von Uratkristallen zu beobachten ist. Daher gilt, daß der Nachweis einer Hyperurikämie nicht gleichbedeutend mit einer Gicht-Diagnose ist.

Während einer akuten Attacke sind Uratkonzentration-senkende Medikamente wertlos. Nach Feststellung einer Hyperurikämie ist eine exakte Abklärung der Ursachen angezeigt, wobei in den meisten Fällen mehrere Faktoren wie Diabetes, Übergewicht, Alkohol, genetische Abnormitäten usw. eine Rolle spielen. Besondere Beachtung kommt dabei dem kardiovaskulären und renalen System zu.

Es ist heute relativ einfach, die Blut-Harnsäurekonzentration zu kontrollieren. Wenn der akute Anfall beherrscht ist, steht die Entscheidung an, ob eine Behandlung, mit den Serumuratspiegel-senkenden Präparaten begonnen werden soll. Diese Therapieform sollte angewandt werden, wenn

- 1 chronische Gelenkveränderungen und Knotenbildung zu beobachten sind
- 2 häufig akute Anfälle auftreten
- 3 Gicht mit Verdacht auf eine Nierenschädigung besteht
- 4 eine Gicht mit Serumuratkonzentrationen über 480 µmol/l oder mehr vorliegt, da hier die Gefahr häufiger akuter Anfälle und chronischer Gelenkschäden besteht.

Zur Senkung der Serumuratkonzentration wird meist Allopurinol eingesetzt. Zur Wahl stehen ferner Probenecid, Etebenedidum und Sulfapyrazon (Mittel, welche die Harnausscheidung im Urin fördern).

Die Risiken einer asymptomatischen Hyperurikämie werden häufig übertrieben. Sollte sich tatsächlich eine Gicht entwickeln, so kann sie jederzeit zufriedenstellend behandelt werden. Auch die Gefahr von Nierenschäden, Nierensteinbildung und anderen Folgeschäden ist relativ gering. Daher empfiehlt es sich, bei nur leichter Hyperurikämie die weitere Entwicklung sorgfältig zu beobachten, jedoch zunächst noch nicht zu therapieren. Nre

Scott, J. T.: Long-term management of gout and hyperuricaemia, *British Medical Journal* 281 (1980) 1164-1166

Funktionsstörungen der kleinen Luftwege bei passiven Rauchern

Untersucht wurde die Wirkung von passivem Rauchen (unfreiwilligem Inhalieren von Tabakqualm bei Nichtrauchern) und freiwilligem Rauchen unter dem Gesichtspunkt der Lungenfunktions-Beeinflussung. 2100 Personen mittleren Alters wurden erfaßt. Ungeachtet des Geschlechts war bei chronisch passiven Rauchern eine niedrigere forcierte mittlere expiratorische Flußrate (25 bis 75 Prozent) und forcierte end-expiratorische Flußrate (75 bis 85 Prozent) feststellbar, im Vergleich zu Nichtrauchern, die auch passiv keinem Tabakrauch ausgesetzt waren. Die Werte der passiven Raucher wiesen im Verhältnis zu den leichten Rauchern und den Rauchern, die nicht inhalierten, keine signifikanten Unterschiede auf. Bei der Gegenüberstellung des Ausmaßes der Belastung mit Tabakrauch und des Grades der Norm-Abweichungen ließ sich ermitteln, daß die Nichtraucher mit einem rauchfreien Arbeitsplatz bei der spirometrischen Untersuchung die höchsten Meßwerte erreichten. Passive, nicht in-

FÜR SIE GELESEN

halierende und leichte Raucher erreichten untereinander vergleichbare Werte, die jedoch signifikant unter denen der echten Nichtraucher lagen. Starke Raucher schnitten am schlechtesten ab. Die Autoren schlußfolgern, daß die ständige Belastung mit Tabakqualm im Arbeitsbereich auch für Nichtraucher schädlich ist und die Funktion der kleinen Luftwege signifikant beeinträchtigt. Nre

White, J. R.; Froeb, H. F.: Small-Airways Dysfunction in Nonsmokers Chronically Exposed to Tobacco Smoke, *The New England Journal of Medicine* **302** (1980) 720–723

Thoraxschmerzen bei normalem Koronarogramm

Bei etwa 10 Prozent der Patienten, die wegen Schmerzen unklarer Ursache im Thoraxbereich mittels Herzkatheter und selektiver Koronarangiografie untersucht werden, findet man normale Koronararterien und keinen Hinweis für eine Herzerkrankung. Diese Gruppe von Patienten hat eine gute Langzeitprognose; die Mortalitätsrate ist identisch mit der der normalen Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts. Die Autoren berichten, daß trotz dieser guten Prognose 47 Prozent der untersuchten 57 Patienten noch nach über einem Jahr über Thoraxschmerzen klagten und 51 Prozent arbeitsunfähig waren. Kein Patient dieser Studie erlitt einen Myokardinfarkt oder verstarb plötzlich während der Beobachtungszeit. Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte ging von 1,6 auf 0,2 pro Jahr und die der Hausarztbesuche von 3,3 auf 1,6 pro Jahr nach der Herzkatheteruntersuchung zurück. Die Ursache der Thoraxbeschwerden ist nach Ausschluß anderer organischer Ursachen am ehesten in einer larvierten Depression zu suchen und entsprechend zu behandeln. Diese Patienten sind trotz der Thoraxschmerzen körperlich voll belastbar. Sha

Ockene, I. S.; Shay, M. J.; Alpert, J. S.; Weiner, B. H.; Dalen, J. E.: Unexplained chest pain in patients with normal coronary arteriograms. A Follow-up study of functional status. *New Engl. J. Med.* **303** (1980) 1249–1252

Funktionelle Bedeutung von koronaren Randgefäßen

Postmortale Untersuchungen haben gezeigt, daß im normalen menschlichen Herzen zahlreiche arterielle Nebengefäße vorhanden sind, die im Epikard, im Subendokard und intramural liegen.

Im Tierversuch konnte an Hunden nachgewiesen werden, daß diese Randgefäße im Falle eines abrupten Koronararterienverschlusses einen Teil der Zirkulation übernehmen. Die Werte liegen zwischen 10 und 32 Prozent des normalen Aortenblutdrucks und Herzzustroms. Das anfängliche Ausmaß der kollateralen Blutzirkulation ist eine wichtige Determinante für die Ausdehnung des Herzinfarkts, der die Folge des Koronararterienverschlusses sein wird. Koronarstenosen über mehrere Tage führen beim Hund aufgrund der gesteigerten Blutzirkulation durch die Nebengefäße in Ruhe nicht zum Herzinfarkt. Bei Schweinen waren bei ähnlichen Untersuchungen nur unbedeutende Ergebnisse zu erzielen, das diesbezügliche Wissen über andere Spezies ist sehr begrenzt. Vergleichbare Untersuchungen können aus ethischen, biologischen und technischen Gründen am Menschen nicht durchgeführt werden. Postmortale Erhebungen an Patienten mit schweren Herzerkrankungen ergaben jedoch Hinweise darauf, daß sich eine derartige kollaterale Blutzirkulation auch beim Menschen entwickelt. Messungen während koronarer Bypass-Operationen stützen diese Hinweise und brachten Ergebnisse, die denen im Tierversuch mit Hunden glichen. Die Beobachtungen, die im Verlauf von Angiogrammen gemacht wurden, waren nicht so günstig. Hier ist zu bedenken, daß die Patienten, an denen die Koronarangiographie durchgeführt wird, eine negative Auslese darstellen, dies ist möglicherweise auf eine inadäquate Funktion der Gefäßkollateralen zurückzuführen. Des weiteren ist es bei einer Gefäßstenose ohne vollständige Okklusion unmöglich, zwischen den Zuflußwerten des teilweise verschlos-

senen Gefäßes und der kollateralen Gefäße zu unterscheiden. Die Sonde kann außerdem keinen Einblick in die Funktion der intramuralen Randgefäße gewähren. Es besteht auch die Möglichkeit, daß der Mechanismus, der die kollaterale Funktion stimuliert, bei Mensch und Tier differiert.

Nach Ansicht der Autoren sind weitere Erhebungen erforderlich, um unnötige Bypass-Operationen, die mit Risiken, Problemen und Kosten verbunden sind, zu vermeiden. Nre

Gregg, D. E.; Patterson, R. E.: Functional Importance of the Coronary Collaterals, *The New England Journal of Medicine* **303** (1980) 1404–1406, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, and the Cardiology Branch, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, 75 Francis St., Boston, MA 02115, USA

Perihepatitis durch Chlamydien

Die Perihepatitis gonorrhoeica, auch Fitz-Hugh-Curtis-Syndrom genannt, ist eine gängige Komplikation einer Gonokokkeninfektion junger Frauen. Sie ist klinisch gekennzeichnet durch plötzlich einsetzende atemabhängige Schmerzen im rechten Oberbauch. Dieselbe klinische Symptomatik kann offensichtlich auch durch eine akute Salpingitis im Rahmen einer Infektion mit *Chlamydia trachomatis* hervorgerufen werden. Auch hier finden sich typischerweise violinsaitenartige Verwachsungsstränge zwischen Leberoberfläche und parietalem Peritoneum. Unter einer Doxycyclin-Behandlung verschwanden die Beschwerden relativ schnell. An eine Chlamydienperihepatitis sollte dann gedacht werden, wenn sich bei jungen Frauen mit einer Genitalinfektion rechtsseitige Oberbauchbeschwerden einstellen und ein Abstrich auf Gonokokken negativ verläuft. Beweisend ist die Kultur beziehungsweise der serologische Nachweis einer Chlamydieninfektion. R

Wølnner-Hanssen, P.; Weström, L.; Mårdh, P.-A.: Perihepatitis and chlamydial salpingitis. *Lancet* **I** (1980) 901–904. Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital, Lund, Schweden