

Alterslunge

► O<sub>2</sub>-Langzeitsufflation

Für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, ausgeprägter Hypoxämie (Pa<sub>O<sub>2</sub></sub> < 55 mmHg) und chronischem Cor pulmonale steht heute als letzte Maßnahme nach ausgeschöpfter medikamentöser Therapie die O<sub>2</sub>-Langzeit-(Heim-)Therapie zur Verfügung, nachdem von der Industrie leicht zu bedienende Sauerstoff-Konzentratoren mit praktisch unbegrenzter Betriebsdauer und geringem Wartungsaufwand angeboten werden. Die Geräte haben die Größe eines Nachtschränkchens, sind auf Rollen beweglich und im häuslichen Bereich leicht mobilisierbar. Die O<sub>2</sub>-Zuleitung zur Nasensonde erfolgt über einen Plastikschauch, dessen Länge auf die Größe des gewünschten Aktionsradius zugeschnitten ist. Häusliche Arbeiten können so ohne Unterbrechung der O<sub>2</sub>-Insufflation verrichtet werden. Die Sauerstofftherapie führt zur Besserung der arteriellen Hypoxämie und Senkung des pulmonalen Hochdrucks. Bei täglich 12- bis 15stündiger nasaler Insufflation nach dem Low-flow-Prinzip (1–3 l/min) gelingt es, die Lebensqualität zu heben und die Überlebenszeit signifikant zu verlängern (14). Mit dieser Maßnahme, die bisher hauptsächlich an dem umständlichen Umgang mit den Sauerstoffflaschen in praxi scheiterte, eröffnen sich neue Möglichkeiten für die Behandlung schwerer Atemfunktionsstörungen im Alter.

Literatur

Giese, W.: Alterslunge und Altersemphysem, *Medizinische* 52 (1959) 2569–2575 – Giese, W.: Atemwege und Lungen, in: *Organpathologie*, Bd. 1, hrsg. von W. Doerr, Stuttgart, Thieme (1974) – Hartung, W.: Lungenemphysem – Morphologie, Pathogenese und funktionelle Bedeutung, Berlin/Göttingen/Heidelberg, Springer (1964) – Herzog, H.; Keller, R.: Indikation und Technik der Aerosoltherapie in der Langzeitbehandlung der chronischen Bronchitis, *Med. Klin.* 68 (1973) 1610–1617 – Stuart-Harris, C.; Bishop, J. M.; Clark, T. J. H.; Dornhorst, A. C.; Cotes, J. E.; Flenley, D. C.; Howard, P.; Oldham, P. D.: Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema, *Lancet* I (1981) 681–685

Anschrift des Verfassers:  
Privatdozent Dr. med. Rolf Meister  
Medizinische Universitäts-Klinik  
Domagkstraße 3, 4400 Münster

FÜR SIE GELESEN

**Verzögerte Magenentleerung bei Refluxösophagitis**

Eine Magenausgangsstenose kann zu einer schweren Refluxösophagitis führen. Aber auch bei der primären Refluxkrankheit scheint eine funktionelle Magenentleerungsstörung relativ häufig zu sein. In einer Vergleichsstudie erhielten 20 Refluxkranke und 20 Normalpersonen eine radioaktiv markierte halbflüssige, halb feste Testmahlzeit. Bei 41 Prozent der Refluxpatienten ließ sich eine verzögerte Magenentleerung nachweisen; der Druck im unteren Ösophagus sphinkter hingegen zeigte bei den Refluxkranken eine uniforme Erniedrigung. Da ein relativ hoher Anteil der Refluxkranken eine funktionelle Magenentleerungsstörung zeigt, erscheint der Einsatz von Pharmaka, welche die Magenentleerung beschleunigen (Metoclopramid, Bromoprid, Domperidon), sinnvoll. R

McCallum, R. W.; Berkowitz, D. M.; Lerner, E.: Gastric emptying in patients with gastroesophageal reflux, *Gastroenterology* 80 (1981) 285–291, Yale University School of Med., New Haven, Connecticut 06510, USA

**Stufenschnitte zum Granulomnachweis bei Morbus Crohn**

Beweisend für den Morbus Crohn sind Epitheloidzellgranulome in der Schleimhaut. Diese sind jedoch nur selten zu finden, so daß man auf indirekte Kriterien wie Becherzellgehalt, disproportionierte Entzündung und Fehlen von Kryptenabszessen bei der histologischen Diagnostik ausweicht. In einer retrospektiven Auswertung von 243 Rektumbiopsien bei 90 Crohn-Patienten konnten die Autoren durch Stufenschnitte von 4 µm Abstand in 28 Prozent die typischen Granulome nachweisen. In der Regel wurden 90 Schnitte von jeder Rektumbiopsie (2) untersucht. 16 Prozent dieser Granulome waren so klein, daß sie nur in 6 aufeinanderfolgenden Serienschnitten ge-

funden werden konnten. Die Epitheloidzellgranulome waren dabei etwa gleich häufig in makroskopisch unauffälliger und in entzündlich veränderter Schleimhaut nachweisbar. Die Autoren empfehlen bei Zweifeln an der Diagnose Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn 2 Rektumbiopsien zu entnehmen und in Serienschnitten aufzuarbeiten. R

Surawicz, C. M.; Meisel, J. L.; Ylvisaker, T.; Saunders, D. R.; Rubin, C. E.: Rectal biopsy in the diagnosis of Crohn's disease: value of multiple biopsies and serial sectioning, *Gastroenterology* 80 (1981) 66–71, Dpt. of Medicine, Univ. of Washington, Seattle, Washington, USA

**Polycythaemia vera – Erhöhtes Leukämierisiko durch Chlorambucil**

Seit 1967 läuft in der Polycythaemia vera study group (PVSG) eine Studie, in der 431 Patienten mit Polycythaemia vera in eine der drei folgenden Behandlungsgruppen randomisiert wurden:

- ① Aderlaß
- ② radioaktiver Phosphor plus Aderlaß
- ③ Chlorambucil plus Aderlaß.

Ziel der Behandlung ist das Erreichen eines Hämatokrits von 45 Prozent oder weniger.

Während sich die Überlebenskurven bisher nicht signifikant unterscheiden, zeigt die letzte Analyse, daß das Risiko an einer Leukämie zu sterben, für Patienten, welche mit Chlorambucil behandelt wurden, signifikant größer ist als in den beiden anderen Behandlungsgruppen.

Da kein anderer Faktor als die unterschiedliche Behandlung dafür in Frage kommt, sollte das Chlorambucil bei der Polycythaemia vera nicht mehr eingesetzt werden. Hrm

Berk, D.; Goldberg, D.; Silverstein, N., et al.: Increased incidence of Acute Leukemia in Polycythemia vera Associated with Chlorambucil Therapy, *N. Engl. J. Med.* 304 (1981) 441–447