

## Mesenterialarterien-Verschluß

sten Symptome und Einlieferung bzw. Operation stellten wir fest, daß 41,7 Prozent der Patienten erst nach 48 Stunden einer weiterführenden Diagnostik und Therapie unterzogen werden konnten. Nur 7 Patienten wurden innerhalb der ersten 12 Stunden operiert.

Die Laparotomie (Tabelle 4) zeigte bei 11 Patienten eine ausgedehnte Darmangrän, d. h. einen inoperablen Befund. Von 10 Patienten, bei denen eine Darmresektion durchgeführt wurde, verstarben 6. Bei alleiniger Gefäßrekonstruktion überlebten 3 der 7 Patienten, während dies bei Gefäßrekonstruktion und Darmresektion nur einmal beobachtet wurde. 2 Patienten waren bei Einlieferung bereits in einem moribunden Zustand, so daß von einem operativen Vorgehen Abstand genommen werden mußte. Eine „Second-Look“-Operation wurde 4mal durchgeführt, doch keiner der Patienten überlebte. Die Gesamtl mortalität betrug 78 Prozent; sie liegt nach der Literatur (Tabelle 5) zwischen 80 und 98 Prozent. Von 37 Patienten wurden nur 7 innerhalb der ersten 12 Stunden und weitere 8 innerhalb der ersten 24 Stunden operiert.

Eine bessere Prognose ist nur dann zu erwarten, wenn beim Auftreten eines akuten Abdomens die Möglichkeiten einer vaskulären Ursache einbezogen und die selektive Mesenterikographie bzw. Probepaprotomie in jedem Verdachtsfall sofort durchgeführt werden.

Für die Überlassung der Aufnahmen (Abbildung 1 und 2) danken wir Herrn Professor Dr. G. Friedmann, Direktor des Radiologischen Instituts der Universität Köln.

Anschrift für die Verfasser:  
Professor Dr. med. Dr. med. dent.  
Heinz Pichlmaier  
Direktor der Chirurgischen  
Universitätsklinik und Poliklinik  
Joseph-Stelzmann-Straße 9  
5000 Köln 41

## FÜR SIE GELESEN

### **Hypertriglyzeridämie: Schrittmacher für thrombotische Komplikationen**

Seit längerer Zeit ist bekannt, daß Patienten nach durchgemachtem Herzinfarkt eine schlechtere Prognose haben, wenn ihr Blut eine niedrige fibrinolytische Aktivität aufweist.

Eine englische Untersuchung hat jetzt gezeigt, daß eine enge Beziehung zwischen hohen Triglyzeridwerten im Plasma und einer verminderten Fibrinolyse besteht. Hohe Triglyzeridkonzentrationen sind meist mit hohen Fibrinogen- und Gerinnungsfaktor-VIII-Spiegeln vergesellschaftet.

Diese Faktoren bewirken eine Hyperkoagulabilität des Blutes. Während eines Untersuchungszeitraumes von 24 Stunden wurden bei 18 Patienten mit schwerer Hypertriglyzeridämie (Typ IV) und bei 11 Kontrollpatienten Blutgerinnungsfaktoren untersucht.

Bei den Patienten mit der Hypertriglyzeridämie waren die atherogenen Lipoproteinfraktionen LDL und VLDL-Cholesterin erhöht. Gleichzeitig zeigten die Fibrinogenkonzentration sowie der Faktor VIII deutlich höhere Werte als bei den Kontrollen.

Die fibrinolytische Aktivität war bei den Hypertriglyzeridämikern deutlich erniedrigt. Nach einer 6monatigen diätetischen Therapie mit zusätzlicher Clofibrat-Therapie bei einigen Patienten konnten die Triglyzeride deutlich gesenkt werden.

Gleichzeitig nahmen bei gleichbleibendem Fibrinogenspiegel die Faktor-X und Faktor-XII-Konzentrationen ab und die fibrinolytische Aktivität zu.

Die Autoren folgern, daß wegen der sekundären Gerinnungsveränderungen und dem damit er-

höhten kardiovaskulären Risiko Patienten mit einer Hypertriglyzeridämie „energisch“ behandelt werden sollten. DEM

Simpson, H. C.; Meade, T. W., Sirling, Y., et al: Hypertriglyceridemia and hypercoagulability, *Lancet* I (1983) 786-90, University of Oxford and Northrick Park Hospital Harrow, Middlesex

### **Cimetidin bei Ösophagusvarizenblutung nicht indiziert**

Cimetidin gilt als Mittel der ersten Wahl bei der Behandlung des peptischen Ulkus, der Refluxösophagitis und beim Zollinger-Ellison-Syndrom. In den USA hat die Substanz Diazepam (z. B. Valium®) vom Platz 1 des „leading money-maker“ verdrängt.

In vielen Kliniken, so auch am Faulkner Hospital, Boston, erhalten Patienten mit einer Ösophagusvarizenblutung mehr oder weniger automatisch H<sub>2</sub>-Blocker, obwohl inzwischen eindeutig feststeht, daß die Varizenblutung nicht durch eine Refluxösophagitis ausgelöst wird.

Cimetidin wirkt sich hingegen ungünstig auf die Leberfunktion aus. Die Substanz hemmt den mikrosomalen Arzneimittelmetabolismus und senkt möglicherweise die Leberdurchblutung um bis zu 30 Prozent. Prospektive Studien zeigen darüber hinaus, daß H<sub>2</sub>-Blocker, prophylaktisch gegeben, nicht vor einer Rezidivblutung bei Patienten mit einer Leberzirrhose schützen, allenfalls vor einer Erosionsblutung im Leberkoma.

Der routinemäßige Einsatz von Cimetidin ist somit nicht gerechtfertigt; wegen schädlicher Nebenwirkungen auf die bereits erheblich funktionsgestörte Leber sollten H<sub>2</sub>-Blocker deshalb bei der Ösophagusvarizenblutung nicht eingesetzt werden. W

Grace, N. D.: The misuse of cimetidine in patients with cirrhosis, *Hepatology* 3 (1983) 124-125, Tufts University School of Medicine, The Faulkner Hospital, Boston, Mass. 02130