

tion zu führen, vielmehr müssen ergänzende somatische Faktoren hinzutreten. Die Problematik der Psychotherapie liegt darin, daß die Mehrzahl der Patienten keine hinreichende innere Motivation verspürt und auch keine ausreichenden introspektiven und selbstreflektorischen Fähigkeiten hat. Freyberger begrüßte es, daß sich die Erkenntnis mehr und mehr durchsetzt, daß beim chronischen Ulkuskranken neurotische Strukturen und hypochondrische Besetzungen ihrer Organprozesse vorlägen. Für diejenigen, die jedoch, geprägt von der heftigen Diskussion der 60er Jahre, große Hoffnungen in die Psychotherapie zu setzen bereit waren, bedeuteten seine Ausführungen eine nicht zu übersehende Ernüchterung.

**Beschränkung auf den kleinstmöglichen Eingriff**

Die Komplikationen der Ulkuserkrankung wurden internistischerseits von Arnold, Marburg, und Schumpelick, Aachen, als Chirurg abgehandelt. Einigkeit bestand in der absoluten Indikation, die Perforation einer Operation zuzuführen. Hier fand die Beschränkung auf den kleinstmöglichen Eingriff Befürwortung, wenngleich in günstig gelagerten Fällen eine definitive Therapie des Grundeidens durch synchrone Vagotomie oder Resektion anzustreben ist, da bei 60 Prozent der Patienten mit bloßer Übernahrung im Langzeitverlauf mit Beschwerden gerechnet werden muß, von denen etwa die Hälfte zur Reoperation führt. Naturgemäß ist die Indikation zur konservativen oder operativen Behandlung bei der Ulkusblutung von geringerer Eindeutigkeit. Zwei Punkte allerdings wurden durch die Referenten klar herausgearbeitet. Zum einen erteilte Arnold dem Einsatz von Somatostatin bei der Ulkusblutung eine klare Absage, nachdem an einem Kollektiv von 630 Patienten die hochgelobte Substanz einer Placebomedikation in keiner Weise überlegen war. Ein schwach signifikanter po-

sitiver Trend ergibt sich dagegen beim Einsatz von Histaminrezeptorenantagonisten, wobei einschränkend festzustellen ist, daß dieser mäßig günstige Effekt nur bei einer Gesamtwichtung von 27 randomisierten Studien an über 2500 Patienten nachzuweisen ist, jedoch in keiner Einzelstudie.

Zur Wirksamkeit lokal blutstillender Maßnahmen führte Arnold aus, daß Erfahrung und technisches Geschick des Untersuchers die entscheidenden Voraussetzungen darstellen. Die derzeit verfügbaren Methoden wie Laserkoagulation, Elektrokoagulation sowie Elektrohydrothermosonde sind untereinander gleichwertig. Ob die genannten Methoden eine Rezidivblutung verhindern können, ist mehr als fraglich, so daß nach erfolgter Blutstillung eine intensivmedizinische Überwachung unabdingbar erforderlich ist. Eine herausragende Bedeutung bei der Entscheidung, im Rahmen einer Ulkusblutung ein aktiv-chirurgisches Vorgehen zu wählen, kommt dem Gefäßstumpf zu. Ist ein solcher Gefäßstumpf im Ulkusgrund zu sehen, was selbstverständlich hohe Anforderungen an den betreffenden Notfall-Endoskopiker stellt, ergibt sich gerade auch beim alten Menschen eine dringliche Operationsindikation. Im Zweifelsfall stellt eine Ulkusblutung eine absolute Indikation zur Operation dar, vergleichbar mit einem perforierten Aortenaneurysma (Ungeheuer). Mittel der Wahl ist die Umstechung des Ulkusgrundes und, wenn möglich, die Unterbindung der zuführenden Gefäße. Auch hier empfiehlt sich der kleinstmögliche Eingriff.

Im abschließenden Referat von Lux, Erlangen, wurden die Operationsfolgen an Magen und Duodenum diskutiert. Dabei wies der Referent auf die Notwendigkeit der Einnahme mehrerer (6 bis 8) kleiner Mahlzeiten hin, im Falle der Entwicklung eines Dumping-Syndroms empfahl er Füll- und Quellstoffe (Kaolin, Pektin, Guar). Das Magenstumpfkarcinom als Folge

einer Magenresektion wurde von Lux entsprechend dem derzeitigen Kenntnisstand abgelehnt.

Nach einer lebhaften Diskussion unter aktiver Beteiligung des Auditoriums betonte Ungeheuer in seiner abschließenden Zusammenfassung, daß jeder in der Gastroenterologie tätige Arzt die gesamte Bandbreite der diagnostischen Abklärung und der therapeutischen Möglichkeiten des Ulkusleidens kennen müsse, um seine Patienten richtig beraten und behandeln zu können.

Dr. med. Dieter Schröder  
Chirurgische Klinik  
im Krankenhaus Nordwest  
Steinbacher Hohl 2-26  
6000 Frankfurt am Main

FÜR SIE GELESEN

**Colitis ulcerosa mit Clonidin behandelt**

In einer Doppelblindstudie an 45 Patienten mit einer Colitis ulcerosa erwiesen sich Clonidin und Prednison bei einer 30wöchigen Behandlung dem Salazosulfapyridin (z. B. Azulfidine®) und Placebo überlegen. Dabei potenzierte Clonidin den Effekt von Prednison und Sulfasalazin. Clonidin wurde wegen seiner Wirkung auf die Motilität des distalen Kolons gewählt in Analogie zu Thioproperazin, einem Psychopharmakon, das jedoch erhebliche Nebenwirkungen aufweist. Während der Behandlung wurden die Plasmakortisolspiegel und die peristaltische Aktivität im Sigma kontrolliert, die während des akuten Entzündungsschubs pathologisch verändert waren und sich unter der Behandlung normalisierten. W

Lechin, F.; Dijs, B. van der; Insausti, C. L.; Gomez, F.; Villa, S.; Lechin, A. E.; Arocha, L.; Oramas, O.: Treatment of ulcerative colitis with clonidine. J. Clin. Pharmacol. 25 (1985) 219-226. Departamento de Fisiopatología, Universidad Central de Venezuela Caracas 1080-A, Venezuela