

EGKS unterschiedlich ausfällt. Auf die Galenik bezogen ist die in *Tabelle 3* aufgeführte Klassifikation somit nicht absolut gültig.

### Kombinationspräparate

Kombinationen von EGKS mit anderen Wirkstoffen sollen nicht kritiklos eingesetzt werden. Die Kombination mit Antimikrobika kann durchaus sinnvoll sein (8), wenn zum Beispiel ein superinfiziertes Ekzem vorliegt. Dies sollte jedoch nur nach eingehender Diagnostik erfolgen. Ganz abzulehnen ist die Kombination von EGKS mit Antibiotika plus Antimykotika, ist sie als Antidenkpräparat doch letztlich nur Ausdruck von Hilflosigkeit gegenüber einer nicht korrekt gestellten Diagnose.

### Literatur

1. Bickers, D. R.; Hazen, P. G.; Lynch, W. S.: *Clinical Pharmacology of Skin Disease*. Church-Livingstone, Edinburgh, 1984
2. Braun-Falco, O.; Plewig, G.; Wolff, H. H.: *Dermatologie und Venerologie*, 3. Aufl., Springer, Berlin, 1984
3. Ernst, T. M.: Zur Wirkungssteigerung des Hydrocortisons unter Harnstoffzusatz. *Z. Hautkr.* 55 (1980) 806-812
4. Feldmann, R. J.; Maibach, H. I.: Regional variation in percutaneous penetration of cortisol in man. *J. Invest. Dermatol.* 48 (1967) 181-183
5. Niedner, R.: Strategie einer Corticoid-Therapie - Kurzzeit oder Langzeit? *Extracta dermatologica* 11, Suppl. 1 (1987) 29-31
6. Niedner, R.; Schöpf, E.: *Hautkrankheiten*, In: Kaiser, H.: *Cortisonderivate in Klinik und Praxis*, 8. Aufl., Thieme, Stuttgart, 1987, 179-203
7. Pflugshaupt, Ch.: Diskontinuierliche topische Corticoidtherapie. *Zbl. Haut- u. Geschlkr.* 148 (1983) 1229-1236
8. Raab, W.: Breitspektrumantimykotika und Glucocorticoide. *Zbl. Haut- u. Geschlkr.* 144 (1980) 87-93
9. Töpert, M.; Maurer, H. R.: Steroidhormon-Rezeptoren. *Pharmazie in unserer Zeit* 7 (1978) 75-82

### Anschrift des Verfassers:

Privatdozent  
Dr. med. Roland Niedner  
Oberarzt  
Universitäts-Hautklinik  
Hauptstraße 7  
7800 Freiburg i. Br.

## Asymptomatische Ulzera häufig

Kommt es nach größeren operativen Eingriffen postoperativ zu einer akuten gastrointestinalen Blutung, wird diese zumeist als „Streßblutung“ verstanden. Dabei dürfte es sich, wie die Untersuchungen aus Irvine, Kalifornien, zeigen, um Blutungen aus einem präexistenten, klinisch stummen Ulkus handeln.

Die Autoren untersuchten prospektiv 72 Patienten, bei denen ein größerer operativer Eingriff mit mindestens zweitägigem Aufenthalt auf der Intensivstation vorgesehen war und die keine Ulkusanamnese boten. Bei 14 Prozent fanden sich endoskopisch Ulzera oder Erosionen, bei weiteren 10 Prozent eine Gastroduodenitis. Auch bei sorgfältiger

Analyse aller möglicher Risikofaktoren ergaben sich keine Parameter, die Magen- und Duodenalschleimhautläsionen vorhersagen ließen. Sicher ist es unrealistisch, bei allen Patienten mit geplanten operativen Eingriffen präoperativ eine Gastroskopie zu fordern, doch ist zu diskutieren, ob bei dem häufigen Vorkommen potentieller Blutungsquellen nicht eine medikamentöse Blutungsprophylaxe mit Antazida oder H<sub>2</sub>-Blockern auf Verdacht durchgeführt werden sollte. **W**

Rypins, E. B., I. J. Sarfeh, D. Collins-Irby, E. A. Stemmer, G. L. Juler, S. Thrower: Asymptomatic peptic disease in patients undergoing major elective operations: a prospective endoscopic study. *Am. J. Gastroenterol.* 83: 927-929, 1988.

Surgical Service, Long Beach Veterans Administration Medical Center, and the Department of Surgery, University of California, Irvine, Orange, California

## Nosokomiale Infektion mit Clostridium difficile

*Clostridium difficile* führt über ein entsprechendes Toxin zu einer antibiotika-induzierten pseudomembranösen Colitis. Während man bislang davon ausging, daß es im Rahmen der Breitbandantibiose zu einem Überwuchern der Darmkeime mit *Clostridium difficile* kommt, spricht einiges dafür, daß es sich um eine nosokomiale Infektion handelt, die im Krankenhaus vom Personal „weitergereicht wird“.

In einer prospektiven Studie untersuchten die Autoren über einen Zeitraum von 11 Monaten insgesamt 428 Patienten mittels rektalen Abstrichs auf *Clostridium difficile*. Dazu wurde eine Immunoblottpisierung vorgenommen, 29 Patienten (7 Prozent) waren bei Aufnahme positiv. 83 von 399 Patienten (21 Prozent), deren Kulturen initial negativ waren, erwarben während ihres Krankenhausaufenthaltes *Clostridium difficile*. Von diesen blieben 52 (63 Prozent) asymptomatisch, 31 (37 Prozent) entwickelten Durchfälle. In keinem Fall ließ sich eine pseudomembranöse Colitis nachweisen. Aufgrund der Immunoblottpisierung ließ sich eine Übertragung von Patient zu Patient nachweisen. Auch

beim Krankenhauspersonal, das sich um die Patienten mit positiver Kultur kümmerte, wiesen 20 (59 Prozent) positive Kulturen für *Clostridium difficile* an den Händen auf. Auch die Krankenzimmer waren häufig kontaminiert, nämlich zu 49 Prozent bei symptomatischen Patienten und zu 29 Prozent bei asymptomatischen Patienten. Zum Zeitpunkt der Entlassung waren immer noch 82 Prozent der infizierten Patienten positiv.

Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß eine nosokomiale *Clostridium-difficile*-Infektion, die in einem Drittel der Fälle mit Durchfällen einhergeht, häufig bei Krankenhauspatienten grassiert, und daß der Erreger nicht selten an den Händen des Pflegepersonals nachweisbar ist. Über effektive Präventivmaßnahmen sollte ernsthaft nachgedacht werden. **W**

McFarland, L. V., M. E. Mulligan, R. Y. Y. Kwok, W. E. Stamm: Nosocomial Acquisition of *Clostridium difficile* Infection. *N. Engl. J. Med.* 320: 204-210, 1989

Department of Medicine, ZA - 89, Harborview Medical Center, Seattle, WA 98104.