

dien, die den Nutzen von Antiarrhythmika bei Älteren mit koronarer Herzkrankheit belegen können, so daß selbst bei dieser Indikation die Notwendigkeit einer solchen Medikation für jeden Einzelfall entschieden werden muß.

Nur wenige Informationen über Pharmakokinetik und -dynamik dieser Substanzen im alternden Organismus liegen vor. In den meisten Studien wird deutlich, daß die zum Erreichen wirksamer Plasmaspiegel notwendigen Dosen niedriger als bei Jüngeren sind (36). Die bekannten antiarrhythmischen Therapieregime sind daher nicht ohne weiteres auf den alten Organismus zu übertragen, die Gefahr von Interaktionen und adversen Reaktionen muß gegen den Nutzen solcher Medikamente abgewogen werden.

Die Nebenwirkungen dieser Substanzen (Tabelle 5) sind für ältere

Menschen besonders lästig und gefährden den Therapieerfolg. Wegen des häufigen Nebeneinanders tachykarder und bradykarder Rhythmusstörungen im höheren Alter (45) wird oft eine Kombination aus medikamentöser und Schrittmachertherapie notwendig. Vereinfachend kann man sagen, daß nur Arrhythmien, die gravierende Symptome machen, therapiert werden müssen (Tabelle 6). Eine prognostische Indikation im hohen Lebensalter ist nicht belegt.

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis im Sonderdruck, anzufordern über die Verfasser.

**Anschrift für die Verfasser:**

Prof. Dr. med. Armin Dietz  
Chefarzt der Inneren Abteilung  
des Kreiskrankenhauses  
Krankenhausstraße 1  
8263 Burghausen

die Sphinkterotomie einige Vorteile gegenüber einer konservativen Therapie. W

Geenen, J. E., W. J. Hogan, W. J. Dodds, J. Toouli, R. P. Venu: The Efficacy of Endoscopic Sphincterotomy after Cholecystectomy in Patients with Sphincter-of-Oddi-Dysfunction. N. Engl. J. Med. 320: 82-87, 1989.

Division of Gastroenterology, The Medical College of Wisconsin, Milwaukee, and St. Luke's Hospital, Racine, Wisconsin.

## NOTIZ

### Neuer Weg zu Fixierung und Transport von Muskelbiopsien

Zu der Notiz von Dr. med. Attila Bardosi in Heft 17/1989 und dem Kommentar von Prof. Dr. Bernd Reitter in Heft 44/1989:

In seinem Leserbrief, Heft 44, 2. November 1989, schreibt Herr Professor Reitter: „In dem Beitrag wird die Möglichkeit vorgestellt, auf relativ einfachem Wege ein Muskelbiopsat in ein qualifiziertes Labor einsenden zu können. Gedacht ist zweifellos zunächst wohl nur an die Abteilung Neuropathologie Göttingen, da Details der genannten Spezialflüssigkeit in der Notiz nicht wiedergegeben werden.“

Um Mißverständnisse zu vermeiden, lege ich als Leiter der Abteilung Neuropathologie der Universität Göttingen Wert darauf klarzustellen, daß die als „Gentle Fix“ vertriebene Fixierungsflüssigkeit eine private Initiative von Herrn Privatdozent Dr. med. Attila Bardosi ist. Es handelt sich weder um eine Initiative der Abteilung Neuropathologie noch um eine der Georg-August-Universität Göttingen, und es sind weder mir noch der Universität Details über die Zusammensetzung und Wirksamkeit der Flüssigkeit bekannt, so daß ich keine Angaben darüber machen kann.

Professor Dr. med. R. L. Friede  
Leiter der Abteilung  
Neuropathologie  
Georg-August-Universität  
Robert-Koch-Str. 40  
3400 Göttingen

## Endoskopische Sphinkterotomie bei Sphinkter Oddi-Dysfunktion

Nicht wenige Patienten klagen nach einer Cholezystektomie über rezidivierende, zum Teil kolikartige rechtsseitige Oberbauchbeschwerden, obwohl durch eine entsprechende Diagnostik eine Choledocholithiasis ausgeschlossen werden konnte. Diskutiert wurde immer wieder eine Sphinkter-Oddi-Dysfunktion mit Gallengangdyskinesien, doch war dieses Krankheitsbild lange umstritten.

### FÜR SIE REFERIERT

Die Autoren berichten über eine prospektive Studie an 47 Patienten, bei denen eine Sphinkter Oddi-Dysfunktion aufgrund rezidivierender kolikartiger Schmerzen diskutiert wurde. Bei 23 Patienten wurde eine endoskopische Sphinkterotomie durchgeführt, bei 24 wurde auf diese Maßnahme verzichtet, bei allen 47 Patienten jedoch eine Gallengangsmanometrie vorgenommen. Bei 10 von 11 Patienten mit erhöhtem Sphinkterdruck führte die Sphink-

terotomie zu einer deutlichen Besserung des klinischen Beschwerdebildes. Im Gegensatz dazu wiesen nur drei von zwölf Patienten mit erhöhtem Sphinkterruhedruck eine Besserung auf, bei denen eine Scheinsphinkterotomie vorgenommen worden war. Bei den Patienten, bei denen manometrisch ein normaler Sphinkterdruck festgestellt worden war, änderte sich am Schmerzindex nichts, gleichgültig ob sphinkterotomiert wurde oder nicht. Nach einem Jahr wurde bei 12 symptomatischen Patienten, bei denen auf eine Sphinkterotomie verzichtet worden war (Kontrollgruppe) doch noch eine Sphinkterotomie durchgeführt. Sieben wiesen einen erhöhten Sphinkterruhedruck auf, fünf normale Drucke. Insgesamt liegen die Daten von 40 Patienten vor, die über vier Jahre nachbeobachtet werden konnten. Zusammengefaßt läßt sich feststellen, daß 17 von 18 Patienten mit einer Sphinkter Oddi-Dysfunktion, die manometrisch verifiziert wurde, von einer Sphinkterotomie profitierten. Lag jedoch der Sphinkterdruck im Normbereich, dann bot