

Mikroballons hingewiesen werden, die zur Ausschaltung von A.-carotis-Sinus-cavernosus-Fisteln, von Aneurysmen und Angiomen eingesetzt wurden (1, 2, 3, 4). In allen Fällen waren sofortige neurochirurgische Eingriffe mit Kraniotomie und Embolektomie beziehungsweise Ballon-Ektomie erforderlich, die dann auch zur Restitution oder erheblichen Besserung der provozierten neurologischen Symptomatik führten!

Deshalb sind folgende Voraussetzungen für derartige Eingriffe zu fordern:

① Die Indikation zum Eingriff sollte vom Neurochirurgen oder gemeinsam mit dem Neurochirurgen gestellt werden, um eine adäquate Selektion zu gewährleisten.

② Es sollten optimale technische Ausrüstungen und angemessene Erfahrungen vorliegen.

③ Die Eingriffe sollten nur in enger Nachbarschaft zum neurochirurgischen Operationsbereich bei abgesprochener Operationsbereitschaft erfolgen.

Zur Zeit liegen nur in einigen Zentren zahlenmäßig nennenswerte Erfahrungen vor. Und

diese sind noch nicht so groß, daß verbindliche Aussagen über Langzeitergebnisse und Komplikationsraten hinsichtlich der verschiedenen Prozesse und ihrer speziellen Lokalisation in Anlehnung an die Zahlen bei offenen Operationsverfahren möglich wären.

Literatur

1. Chalief, D. J.; Flamm, E. S.; Berenstein, A. and In Sup Choi: Microsurgical removal of a balloon embolus from the internal carotid artery. *J. Neurosurg.* 58 (1983) 112-116
2. Langford, K. H.; Vitek, J. J. and Zeiger, E.: Migration of detachable mini-balloon from the ICA causing occlusion of the MCA. *J. Neurosurg.* 58 (1983) 430-434
3. Schaps, P.; Mikulin, H.-D.: Reconstruction of Wrongly Occluded Important Cerebral Vessels during Complicated Embolization Treatment of Inoperable AV-Malformations. *Neurosurg. Rev.* 6 (1983) 29-30
4. Swann, K. W.; Heros, R. C.; Debrun, G. and Nelson, C.: Inadvertent middle cerebral artery embolism by a detachable balloon: management by embolectomy. *J. Neurosurg.* 64 (1986) 309-312

Professor Dr. med. Kurt Piscal
Direktor der
Neurochirurgischen Klinik Bremen
Zentralkrankenhaus
St.-Jürgen-Straße · 2800 Bremen 1

Ösophaguskarzinom nach endoskopischer Varizenverödung

Die Autoren berichten über einen 45jährigen Patienten mit Leberzirrhose, der acht Monate nach Abschluß einer endoskopischen Verödungstherapie seiner Ösophagusvarizen ein Plattenepithelkarzinom der Speiseröhre entwickelte. Auch wenn offen gelassen werden muß, ob es sich um ein zufälliges Zusammentreffen handelt, sollte an die Möglichkeit gedacht werden, wenn sich dysphagische Beschwerden nach einer Sklerotherapie einstellen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle dürfte es sich zwar um eine benigne narbige Stenose handeln, die einer Bougierungstherapie zugänglich ist, doch ist nicht auszuschließen, daß die Sklerosierungssubstanz, in diesem Fall Natriummorrhuat, bei entsprechend disponierten Personen zur Induktion eines Tumorzustands führt, insbesondere dann, wenn präexistent eine schwere Dysplasie oder ein Carcinoma in situ vorliegen. Wahrscheinlich ist jedoch, daß bei ausgeprägten lumenobstruierenden Ösophagusvarizen ein tumoröser

Prozeß übersehen wird, zumal chronischer Alkoholabusus zu den Risikokonditionen des Ösophaguskarzinoms gehört. W

Bochna, G. S., R. F. Harty, R. K. Harned, R. S. Markin: Development of Squamous Cellcarcinoma of the Esophagus after Endoscopic Variceal Sclerotherapy. *Am. J. Gastroenterol.* 83: 564-568, 1988.

Internal Medicine, Section of Gastroenterology, and Departments of Radiology, Pathology and Microbiology, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska

Obstruktionsileus durch Pilze

Pilze enthalten wie die meisten Gemüsearten wenig Eiweiß und kaum Fett, die Gerüstsubstanz besteht zum größten Teil aus unverdaulichen Kohlehydraten wie Chitin. Pilze sind energiearm und ballaststoffreich, im allgemeinen schwer verdaulich und sollten deshalb möglichst nicht abends verzehrt werden.

FÜR SIE REFERIERT

Nicht selten klagten Patienten über kolikartige abdominelle Beschwerden, die gelegentlich an einen Subileus denken lassen, nach Genuß von Massenpilzen wie Hallimasch, Nebelkappen und ähnlichen Arten. Die Pilzindigestion durch reichlichen Genuß tritt oft erst nach zwölf und mehr Stunden in Erscheinung. In einem engen Darmabschnitt können Pilze jedoch auch einen Obstruktionsileus verursachen. Die Autoren berichten über zwei Fälle eines mechanischen Ileus nach Pilzgenuß bei vorbestehender Lumeneinengung, in einem Fall Adhäsionen, im anderen ein segmentaler Morbus Crohn. In beiden Fällen mußte operativ vorgegangen werden. Die Autoren empfehlen, Patienten mit Darmstenosen den Rat zu geben, sie sollten Pilzgerichte vermeiden oder die Pilze sehr sorgfältig kauen. W

Tschudi J., P. Schmidt: Obstruktionsileus durch Pilze. *Schweiz. med. Wschr.* 119: 391-399, 1989.

Chirurgische Abteilung Kantonsspital Bruderholz, Bern.