

Ultraschall zur Diagnose der akuten Appendizitis: eine prospektive Studie

Die zunehmende Verfeinerung der Sonographiegeräte erlaubt heute auch bei entsprechendem klinischem Verdacht die Diagnose einer akuten Appendizitis. In einer prospektiven Studie wurde die Effizienz des Ultraschallverfahrens bei 523 konsekutiven Patienten untersucht, die mit der Verdachtsdiagnose akute Appendizitis in Marburg stationär aufgenommen wurden. Diagnostische Kriterien waren eine nicht komprimierbare aperistaltische Appendix mit einem Kokardenphänomen im transversalen Schallstrahl und ein Durchmesser über 7 mm. Bei 115 von 130 Patienten mit operativ gesicherter Appendizitis konnte das erkrankte Organ sonographisch verifiziert werden, was einer Sensitivität von 88,5 Prozent entspricht. Der Durchmesser der Appendix betrug im Schnitt

11,4 ± 3,2 mm. Der prädiktive Wert für einen positiven Test wurde mit 94,5 Prozent, für ein negatives Ergebnis mit 96,3 Prozent ermittelt. Bei 24 von 27 Patienten mit perforierter Appendix konnte die korrekte Diagnose sonographisch gestellt werden. Der routinemäßige Einsatz des Ultraschallverfahrens führte zu einer deutlichen Verbesserung der diagnostischen Akkuratessse bei Patienten mit Verdacht auf Appendizitis, die Rate der „negativen“ Laparotomien ging von 22,9 auf 13,2 Prozent zurück. W

Schwerk, W. B., B. Wichtrup, M. Rothmund, J. Rüschoff: Ultrasonography in the Diagnosis of Acute Appendicitis: A Prospective Study. *Gastroenterology* 97: 630-639, 1989.

Abteilungen für Innere Medizin, Chirurgie und Pathologie, Philipps-Universität, 3550 Marburg.

Prognose des abdominellen Aortenaneurysmas

Prospektive Untersuchungen über das dank der sonographischen Untersuchungstechnik immer häufiger diagnostizierte Aneurysma der Aorta abdominalis existieren nur in begrenztem Umfang. In einer Langzeitstudie kamen die Untersucher aus der Mayo-Klinik zu dem Schluß, daß der Durchmesser der Aneurysmen um etwa 0,21 cm pro Jahr zunahm. Bei 24 Prozent von 103 über einen längeren Zeitraum beobachteten Patienten betrug die Expansion mehr als 0,4 cm pro Jahr. Das kumulative Risiko einer Aortenruptur lag bei 6 Prozent innerhalb fünf Jahren und bei 8 Prozent innerhalb zehn Jahren. Betrug der Durchmesser 5 cm und weniger, lag dieses Risiko bei 0 Prozent, bei einem Durchmesser über 5 cm stieg es auf 25 Prozent an. Bei allen Patienten, bei denen eine Ruptur beobachtet wurde, nämlich insgesamt 16, lag der Durchmesser des Aneurysmas zum Zeitpunkt der Ruptur deutlich über 5 cm.

Aus den Untersuchungen geht hervor, daß eine Operationsindikati-

on erst ab einem Durchmesser von über 5 cm besteht. Dies entbindet jedoch den Arzt nicht davon, in regelmäßigen, sechs- bis zwölfmonatigen Abständen den Durchmesser des Aneurysmas erneut festzustellen. W

Nevit, M. P., D. J. Ballard, J. W. Hallet: Prognosis of abdominal aortic aneurysms. A Population-based Study. *N Engl J Med* 321: 1009-1014, 1989

Section of Clinical Epidemiology and Section of Vascular Surgery, Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester, MN 55905, USA

Enterokutane Fisteln

Somatostatin hemmt die endogene und exokrine gastrointestinale Sekretion nachhaltig. Nachdem mit dem Octapeptid SMS 201-995 (Sandostatin) ein Analogon mit langer Halbwertszeit zur Verfügung steht, wird Somatostatin in vermehrtem Maße bei einer Reihe gastroenterologischer Erkrankungen eingesetzt.

Die Autoren behandelten 27 Patienten mit postoperativen enterokutanen Fisteln, die parenteral ernährt wurden, mit Sandostatin (100 µg/8 h subkutan). Bei 11 Patienten betrug die Sekretion unter 1000 ml/48 h, bei 11 weiteren lag die Sekretion deutlich darüber, bei fünf Patienten lag die Fistel in einem ausgedehnten Platzbauch. Innerhalb 24 Stunden ließ sich eine durchschnittliche Abnahme der Sekretion um 55 Prozent nachweisen. Nach durchschnittlich 5,8 ± 2,7 Tagen schlossen sich die Fisteln bei 77 Prozent der behandelten Patienten. Zwei Patienten verstarben (7,4 Prozent). Als einzige Nebenwirkung klagten 15 Prozent der Patienten über Schmerzen an der Injektionsstelle. Ein negativer Effekt auf den Glukosestoffwechsel wurde nicht beobachtet. Die Autoren empfehlen den Einsatz von Sandostatin bei der konservativen Behandlung enterokutaner Fisteln aufgrund der günstigen Ergebnisse. W

Nubiola, P., J. M. Badia, F. Martinez-Rodenas, M. J. Gil, M. Segura, J. Sancho, A. Sitges-Serra: Treatment of 27 Postoperative Enterocutaneous Fistulas with the Long Half-life Somatostatin Analogue SMS 201-995. *Ann Surg* 210: 56-58, 1989

Department of Surgery and Surgical Research Unit, Hospital del Mar, Institut Municipal d'Investigacions Mediques, Autonomie Universität Barcelona, Spanien

BERICHTIGUNG

Methoden der Regionalanästhesie

In dem Beitrag von Dr. med. Rainer Schwab und Prof. Dr. med. Wolfgang Dick in Heft 16/1990 sind zwei nicht von der Redaktion zu vertretende Fehler verblieben, auf die uns ein Leser aufmerksam gemacht hat: Im Text muß es unter 1.3 „Lokalanästhetika“ folgendermaßen heißen: „Procain, Tetracain (Ester) und Lidocain (Amid) sind...“. In der Tabelle 2 ist die Nomenklatur richtig wiedergegeben. In derselben Tabelle sind durch die Überschrift der letzten Spalte die Dosen vertauscht. Es müßte hier heißen „Empfänger/Höchstdosis ohne/mit Adrenalin (mg)“.

mwr