Gynäk. Rdsch. 1969;8:45-46

Die Behandlung grösserer Pulmonalembolien

C.		Crane
J.		Hartsuck
A.		Birtich
N.P.		Couch
R.		Zollinger, Jr.
J.M.		Matloff
J.		Dalen
L.		Dexter

Department of Surgery, Harvard Medical School, Peter Bent Brigham Hospital, Boston, MA (USA)

Die ideale Behandlung des hospitalisierten Patienten, der plötzlich eine Lungenembolie erleidet, ist das Thema vieler Debatten. Die hochdo-sierte, intravenöse Verabreichung von Heparin, die Ligatur der Vena cava inferior, die Embolektomie aus der Arteria pulmonalis oder Kombinationen dieser Behandlungen stehen zur Diskussion. Von einer grösseren Lungenembolie sprechen die Autoren dann, wenn mindestens zwei der nachfolgenden vier Kriterien zutreffen: Hypotension, Hypoxämie verifi-ziert durch Blut-Gasanalyse oder schon klinisch durch Zyanose sichtbar, Füllungsdefekte im Hauptstamm oder in den ersten Unterteilungen der Arteria pulmonalis in Serienangiogrammen und ein Arteria pulmonalis-Druck von 25 mmHg oder mehr. Während der zwei auf den 1. September 1965 folgenden Jahre wurde von dem Autorenteam bei 13 Patienten eine schwerere Lungenembolie diagnostiziert, und diese Patienten wurden als mögliche Kandidaten für eine Embolektomie betrachtet. Bis auf 2 wurden alle 13 initial mit hohen Dosen Heparin i. v. behandelt. Bei 11 Patienten, die keiner Embolektomie unterzogen wurden, wurde eine Vena-cava-Ligatur durchgeführt. 2 Patienten wurden einer Embolektomie unterzogen. Bei 10 Fällen wurde eine Angiographie durchgeführt, und in alien diesen Fällen wurden grosse Embolien gesehen. Die Hypertension der Arteria pulmonalis erreichte 25 mm Hg oder mehr und kann als Mass für das akute Cor pulmonale herangezogen werden. Vier der Patienten er-litten die Lungenembolie nach einer Operation, 12 Patienten boten prä-disponierende Faktoren wie Phlebitis, Verletzungen der unteren Extremitäten, Hüftdislokation, Malleolarfraktur, Herzerkrankungen, Schwanger-schaft.

Alle 11 Patienten, die mit Heparin und anschliessend durch Vena-cava-Ligatur behandelt wurden, überlebten; beide Patienten, die einer Embolektomie unterzogen wurden, starben. Es ist klar, dass die Patien-

Originaltitel: The management of major pulmonary embolism.

46 Crane/Hartsuck/Birtich/Couch/Zollinger/Matloff/Dalen/Dexter

ten, bei denen eine Embolektomie gemacht wurde, die schwersten Krank-heitsbilder boten. Einer dieser Patienten wies einen vorübergehendenHerzstillstand auf, beide boten eine beachtliche Hypotension zum Zeit-punkt der Operation. Die Autoren unterscheiden zwischen leichter, schwerer und massiver Lungenembolie. Bei der massiven Lungenemboliestarben die Patienten

meist, bevor eine Embolektomie durchgeführt werden kann. Die Therapie der Wahl bei der schweren Lungenembolie ist diesofortige Verabreichung hoher Dosen Heparin i. v. und die prompte Ligatur der Vena cava inferior. Die Embolektomie ist nur selten notwendig. Die Indikation dafür ist einzig und allein der Nachweis eines intolerabeln niedrigen arteriellen Blutdruckes, trotz Verabreichung vasopressorischer Substanzen. Nach Ligatur der Vena cava kommt es in der Regel zur Rekompensation des Cor pulmonale und zur Auflösung der pulmonalen Embolie. F. Friedrich

Gynäk. Rdsch. 8: 46–61 (1969)

Die operative Behandlung des geschädigten Harnleiters nach gynäkologischer Karzinomtherapie
C. F. Rothauge und K. Ruile

Lehrstuhl und Abteilung für Urologie der Justus-Liebig-Universität

(Vorstand: Professor Dr. med. C. F. Rothauge),

Giessen (Deutschland)

Die übereinstimmende Feststellung, dass 10–15 % der nach einem behandelten Kollumkarzinom verstorbenen Frauen von ihrem Karzinom geheilt, nur an den Folgen einer Harnstauung starben, sollte Veranlassung geben, in der nachgehenden Fürsorge für diese Patientinnen ein besonderes Augenmerk den ableitenden Harnwegen zuzuwenden.

Nach Angaben der Literatur liegen die gesamten urologischen Komplikationen nach Wertheimscher Radikaloperation zwischen 30 und 40 %. Janisch [1968] gibt eine Gesamtkomplikationsrate von 27,5 % und eine Schädigung des Harnleiters zwischen 5,8 und 11,9 % an.