

diologen erfahren, nur fünf wollten das nicht, und 13 waren diesbezüglich unentschieden.

Die Meinung der Ärzte war geteilt und wurde vor allem durch das Untersuchungsergebnis beeinflusst. Von den 33 antwortenden Radiologen gaben 32 an, einen Normalbefund oder einen nicht-malignen Befund immer oder gelegentlich mitzuteilen, nur einer tat das nie. Die Diagnose eines Malignoms teilen dagegen nur drei immer, 18 manchmal und 12 niemals mit. Von den 32 überweisenden Ärzten, die antworteten, hielten es 27 für die beste Politik, Normalbefunde gleich mitzuteilen, bei Karzinom-Diagnose waren das jedoch nur noch vier. Die meisten plädierten dafür, daß der Radiologe den Patienten zur Diskussion der Ergebnisse an

den Kliniker verweist und, falls der Patient insistiert, euphemistische Umschreibungen wie „Darminengung“ oder „großes Geschwür“ gebraucht.

Nachdem mehr als 96% der Untersuchungen Normal- bzw. nicht-maligne Befunde ergaben, könnte das Verlangen der Patienten meist erfüllt werden. Im Falle eines Malignoms ist sicherlich die Einstellung der Kliniker vernünftig, insbesondere, da das Ambiente von Röntgenabteilungen nicht gerade günstig für diese niederschmetternde Diagnose ist.

S. R. Valley und J. O. Manton Mills (Department of Radiology, Royal Victoria Hospital, Belfast BT12 6BA): Should radiologist talk to patients? *Brit. med. J.* 300 (1990) 6720, 305-306.

auch die Lebensqualität in der verbleibenden Zeit wesentlich besser. Nach 40 Wochen hatten noch 60% der vom Neurochirurgen behandelten Patienten einen Karnofsky-Index von 70%. Von den nur radiologisch therapierten Patienten wiesen zu diesem Zeitpunkt noch 10% einen relativ günstigen Index auf (siehe Abb.)

Leider kommt nur etwa die Hälfte aller Patienten mit Hirnmetastasen für die neurochirurgische Maßnahme in Frage, da nur ca. 50% dieser Metastasen solitär sind. Die größten Hindernisse für eine Metastasen Chirurgie des Gehirns sind multiple Metastasierung oder eine ungünstige Lokalisation der Metastase. Der rigorose Standpunkt, beim Vorliegen von Hirnmetastasen alle ärztlichen Bemühungen mehr oder weniger einzustellen, ist durch diese Untersuchung nicht gerechtfertigt.

R. A. Patchell und Mitarb. (Neurosurgery Division, University of Kentucky Medical Center, Lexington, KY 4036-0084): A randomized trial of surgery in the treatment of single metastases to the brain. *New Engl. J. Med.* 322 (1990) 8, 494-500.

Behandlung der solitären Hirnmetastase

Patienten mit dem Befund einer solitären Hirnmetastase leben im Vergleich zu radiologisch therapierten Patienten länger und besser, wenn die Metastase operiert wird.

Bei jeweils 25 Patienten mit einer solitären Hirnmetastase eines extrakraniellen Karzinoms wurde in randomisierter Folge entweder die Metastase operiert oder nach einer histologischen Sicherung durch Feinnadelbiopsie bestrahlt.

In der operierten Gruppe kam es bei 20%, in der nur bestrahlten Gruppe bei 52% der Patienten zu einem lokalen Rezidiv. Die Gesamt-Überlebenszeit

war in der operierten Gruppe mit 40 Wochen signifikant länger als in der bestrahlten Gruppe mit 15 Wochen. Neben der bloßen Überlebenszeit war

Interruptio – Erfahrungen mit Mifepriston plus Prostaglandin

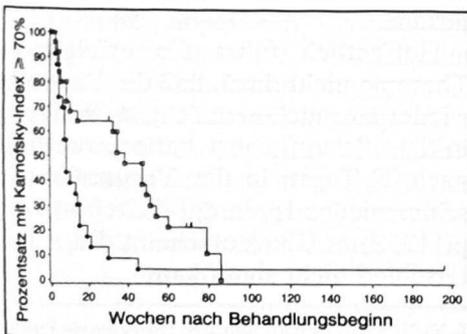
Das Antiprogesteron Mifepriston führt in Kombination mit Prostaglandin-Analogen zu einem sicheren und nebenwirkungsarmen Schwangerschaftsabbruch.

Nach einer Amenorrhoe-Dauer von bis zu 49 Tagen erhielten 2115 Frauen in französischen Schwangerschaftsabbruch-Kliniken eine einmalige Dosis von 600 mg Mifepriston, 36 bis 48 Stunden danach eines von zwei Prostaglandin-Analogen: entweder 1 mg Gemeprost (als Vaginal-Ovulum) oder 0,25-0,5 mg Sulproston (als i.m. Injektion). Der Eingriff wurde als erfolgreich angesehen, wenn die Frucht vollständig ausgetrieben wurde, ohne daß weitere Maßnahmen erforderlich wurden. In 96% der Fälle wurden diese Erfolgskriterien erreicht. Nur bei wenigen Frauen traten Probleme auf: In 1% bestand

die Schwangerschaft weiter, bei 2,1% wurde die Frucht nicht vollständig ausgetrieben, bei 0,9% wurden blutstillende Maßnahmen erforderlich. Höhere Dosen von Sulproston führten zwar zu einem schnelleren Abgang, aber auch zu einer längeren Blutungsdauer. Die durchschnittliche Vaginalblutungsdauer betrug 8,9 Tage.

Problematisch dürften die Fälle sein, in denen eine Interruptio nicht gelingt. Bei Mensch und Tier wurden teratogene Wirkungen von Prostaglandinen festgestellt. Frauen, die sich der Prozedur unterziehen, müssen auf diese Möglichkeit hingewiesen werden.

L. Silvestre und Mitarb. (Roussell-UCLAF, 35 boulevard des Invalides, 75007 Paris, Dr. Ulmann): Voluntary interruption of pregnancy with mifepriston (RU 486) and a prostaglandin analogue. *New Engl. J. Med.* 322 (1990) 10, 645-648.



Dauer der Fähigkeit zur Selbstversorgung (Karnofsky-Index $\geq 70\%$) bei den operierten (offene Quadrate) und den nur bestrahlten (schwarze Kreise) Patienten im Verlauf von 84 Wochen.