

## Drei Laborparameter als Menetekel für den Tod bei COPD

**Serum-Harnstoffwerte > 44 mg/dl, ein arterieller pCO<sub>2</sub> > 48,4 mmHg und ein normales Serum-Albumin von > 36,5 g/l sind bei Patienten mit akuter Exazerbation einer COPD Zeichen einer besonders ungünstigen Prognose.**

— Englische Pneumologen haben einen Entscheidungsbaum für die Klassifikation von COPD-Patienten entwickelt, der anhand einfacher klinischer und laborchemischer Parameter eine Risikoklassifizierung erlaubt. Als Basis für diese Berechnungen dienten die klinischen Daten von 9915 Aufnahmen wegen COPD bei 5985 Patienten im Lauf einer siebenjährigen Beobachtungsperiode.

Die durchschnittliche Krankenhausmortalität der im Median 71,5 ± 11,5 Jahre alten Patienten betrug 15,5% und bewegte sich zwischen 3,0 und 23,4%. Die mittlere Dauer des Krankenhausaufenthaltes lag bei durchschnittlich 9,2 Tagen. Eine Analyse eines Klassifika-

tions- und Regressionsbaums unter Berücksichtigung von 29 Variablen ergab, dass mit der kombinierten Betrachtung der Parameter Serum-Harnstoff, Serum-Albumin und pCO<sub>2</sub> die Identifikation einer Gruppe von Patienten mit der höchsten beobachteten Mortalität von 23,4% möglich war. Diese Gruppe wies

Serum-Harnstoffwerte > 44 mg/dl, einen arteriellen pCO<sub>2</sub> > 48,4 mmHg und ein normales Serum-Albumin von > 36,5 g/l auf.

■ **A. C. Asimwe et al.**  
Routine laboratory tests can predict in-hospital mortality in acute exacerbations of COPD. *Lung* 189 (2011) 225–232

### Kommentar

*Der Versuch der Autoren, anhand einiger simpler Laborparameter zu einer möglichst exakten Risikoklassifikation von Patienten mit akuter Exazerbation einer COPD zu kommen, mag ökonomisch löblich sein. Für den praktisch tätigen Arzt ergibt sich aber die Frage, welche Konsequenzen er aus diesen Daten ziehen soll. Die Untersucher halten sich diesbezüglich bedeckt und sprechen das Thema gar nicht erst an. Allein die Tatsache, dass derartige Zahlen in die Welt gesetzt werden, führt aber bei den behandelnden Ärzten auch unausgesprochen zu einem*

*gewissen ökonomischen Druck. Soll etwa einem Patienten, der die Kriterien der ungünstigsten Prognose erfüllt, eine antibiotische Therapie oder Beatmung vorenthalten werden? Es wäre ein Armutszeugnis für die ärztliche Tätigkeit, wenn drei schlichte Laborbefunde ausreichen, die Maxime des ärztlichen Handelns zu bestimmen. Von Faktoren wie psychosozialen Voraussetzungen, dem sozialen Netzwerk des Erkrankten und seiner eigenen Einstellung zu Leben und Sterben scheinen die Autoren der Studie unbeeindruckt zu sein.*

**H. S. FÜESSL ■**

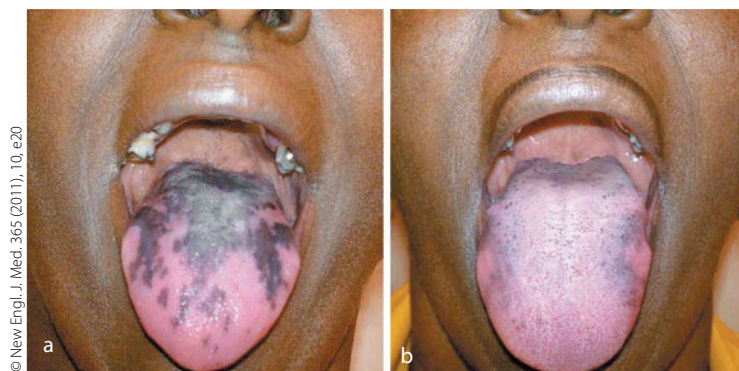
## Zungenpigment nach Chemotherapie

— Nach der brusterhaltenden Operation und der Biopsie eines Sentinel-Lymphknotes in der Axilla wegen eines invasiven duktales Mammakarzinoms unterzog sich eine 42-jährige Frau einer Chemotherapie mit Doxorubicin, Cyclophosphamid und Paclitaxel. Nach dem zweiten Zyklus mit Doxorubicin und Cyclophosphamid traten auf der Zunge der Patientin hyperpigmentierte Flecken auf (Abb. a). Handflächen, Fußsohlen, Fingernägel und andere Hautareale waren nicht betroffen.

Hyperpigmentierungen der Haut sind eine bekannte Nebenwirkung einer Reihe von Zytostatika und insbesondere bei Anwendung von Doxorubicin und Cyclophosphamid nicht selten. Die Veränderungen können lokal oder generalisiert sein und Haut, Schleimhäute, Nä-

gel oder Haare betreffen. Die zu Grunde liegenden Mechanismen sind unbekannt. Bei dieser Patientin bildeten sich die Veränderungen nach Abschluss der Chemotherapie allmählich zurück und verschwanden nach drei Monaten vollständig (Abb. b).

**H. S. FÜESSL ■**



**Fleckenbildung während der Chemotherapie (a) und Rückbildung nach Therapieende (b).**

■ **M. Blaya, N. Saba**  
(Tulane University New Orleans, LA; mblaya@tulane.edu): Chemotherapy-induced hyperpigmentation of the tongue. *New Engl. J. Med.* 365 (2011), 10, e20