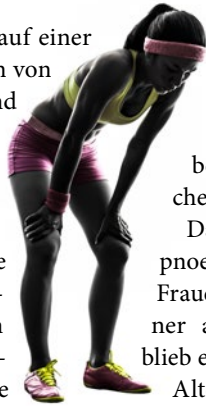


Warum Frauen schneller schlappmachen

Belastungsdyspnoe tritt bei Frauen etwa doppelt so häufig auf wie bei Männern. Warum das so ist, versuchte eine größere Studie nun zu ergründen. Das Ergebnis überrascht ob seiner Schlichtheit.

— Die Untersuchung beruht auf einer Querschnittsanalyse der Daten von 3.250 Personen aus Europa und Australien im Alter von 38–67 Jahren, die von 2010–2014 an einem multizentrischen pneumologischen Survey teilnahmen. Erfasst wurden Größe und Gewicht, die spirometrischen Daten nach Applikation eines Bronchodilatators, Rauchgewohnheiten, respiratorische Symptome, körperliche Aktivität, Komorbiditäten und Angaben über Luftnot auf Basis der von 0–4 reichenden mMRC-Luftnotskala.

51% der Teilnehmer waren Frauen. Im Vergleich zu den Männern hatten sie eine niedrigere absolute Einsekundenkapazität FEV₁ (2,7 vs. 3,7 l). Die re-



lative FEV₁ bezogen auf das maximal expirierte Volumen (FVC), ausgedrückt als prozentualer Vorhersagewert, lag jedoch bei beiden Geschlechtern im gleichen Bereich.

Das Symptom einer Belastungsdyspnoe (mMRC ≥ 1) wurde von 27% der Frauen, jedoch nur von 14% der Männer angegeben. Dieser Unterschied blieb erhalten, wenn man die Daten für Alter, BMI, chronische Bronchitis, Asthma, Packungsjahre, körperliche Aktivität oder Herzkrankungen korrigierte. Dies galt auch für die relative FEV₁. Der Geschlechtsunterschied verschwand allerdings zu 98–100%, wenn man die Daten für die absolute FEV₁ adjustierte. Ähnliche verhielt es sich auch mit der FVC.

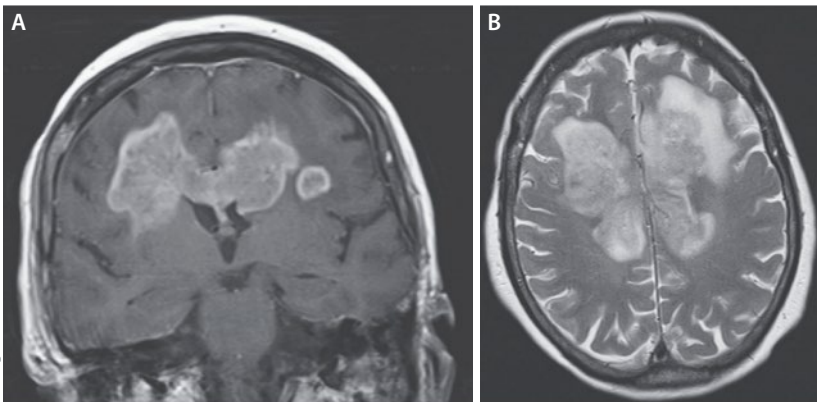
▪ Ekström M, Schiöler L, Grønseth R. Absolute values of lung function explain the sex difference in breathlessness in the general population. *Eur Respir J.* 2017;49:1602047

KOMMENTAR

Frauen geraten bei körperlichen Belastungen meist schneller außer Atem als Männer. Der Grund dafür ist letztlich wohl das geringere Lungenvolumen, auch wenn Körpergröße und absolute FEV₁ eng korrelieren. Man kennt das auch vom Vergleich von Männern mit kleinen und größeren Lungen. Daneben gibt es Hinweise, dass Frauen engere Luftwege haben. Diese Zusammenhänge sind nicht nur von theoretischem Interesse. Im klinischen Alltag werden die absoluten Lungenvolumina selten untersucht und ihre Bedeutung für das Symptom Atemnot häufig übersehen. ■

Prof. Dr. med. H. S. Fießl

Ein bösartiger Schmetterling im Kopf



Schmetterlingsförmiges Glioblastom, das das Corpus callosum überschreitet und in das Frontalhirn reicht.

Das körperliche Befinden und die kognitive Leistung einer 83-jährigen Patientin hatten sich über sieben Wochen zunehmend verschlechtert. Schließlich wurde sie in die Notaufnahme gebracht. Sie litt unter einer Schwäche im linken Arm, einer Fazialisparese

rechts, einer Sprachstörung sowie Urininkontinenz. Das entspricht nicht einer Symptomenkonstellation, bei der man primär an einen ischämischen Insult denkt. Eine Kernspintomografie des Schädels mit Gadolinium zeigte denn auch eine solide, Kontrastmittel anreichernde Läsion. Die schmetterlingsförmige Struktur breitete sich beidseits über das Corpus callosum aus.

Differenzialdiagnostisch kommen für Läsionen, die sich über das Corpus callosum und in das Frontalhirn erstrecken, in erster Linie Glioblastome oder primäre Lymphome des ZNS in Betracht. Durch eine Biopsie wurde die Diagnose eines Glioblastoms gesichert.

Eine neurochirurgische Intervention kam wegen der Ausdehnung des Tumors nicht in Betracht. Nach eingehender Besprechung der begrenzten Therapieoptionen – hauptsächlich Bestrahlung und Chemotherapie –, entschieden sich Patientin und Angehörige für supportive, palliative Maßnahmen. Die Patientin starb drei Wochen später. ■

Prof. Dr. med. H. Holzgreve

▪ Siddiqui J, Krishnan AS. Butterfly glioma. *N Engl J Med.* 2018;378:281