

Literatur: Frick, E., H. Angstwurm, G. Strauss: Immunsuppressive Therapie der multiplen Sklerose. Münch. med. Wschr. 116 (1974), 2105.

Prof. Dr. A. Schrader
Neurologische Klinik und Poliklinik
Klinikum Großhadern
8000 München 70, Marchioninstr. 15

Kinderkrankheiten bei Erwachsenen

Frage: Wie ist es zu erklären, daß Kinderkrankheiten bei Erwachsenen oft besonders schwer verlaufen? Warum bekommen viele Menschen trotz häufigen Kontaktes in der Kindheit diese Krankheiten nicht? Ist folgende Erklärung zutreffend: Diese Personen hatten den ersten Erregerkontakt im Säuglingsalter, als sie noch eine von der Mutter stammende Teilimmunität besaßen, so daß sich bei ihnen nur eine schwache eigene Immunität entwickeln konnte, die nicht lange anhält?

Antwort: Die Erklärung scheint mir höchst plausibel. Ich würde sie allenfalls noch um folgende Überlegungen ergänzen: A) Im Kindesalter verlaufen manche Infektionskrankheiten in besonders leichter Form, so daß sie in der Fülle »banaler« Infekte unerkannt untergehen. B) Erfolgt im hohen Alter bei schwindender Immunität eine Ansteckung, so könnte sie im Prinzip aus zwei Gründen besonders gravierend sein: 1. wegen der allgemein herabgesetzten Widerstandskraft des alternden Organismus, 2. wegen einer residuellen Immunität, die zwar das Angehen der Infektion nicht verhindern kann, jedoch genügt, um immunpathologische Manifestationen auszulösen. Diese zweite Möglichkeit ist bei den häufigsten Viruskrankheiten nicht ausdrücklich belegt, jedoch weiß man, daß zum Beispiel das Dengue-Fieber wesentlich gefährlicher ist, wenn eine Teilimmunität besteht. Ebenso weiß man, daß gewisse Totimpfstoffe gegen Masern oder RS-Viren einen Zustand herbeiführen können, in dem die betreffende Krankheit schwerer verläuft.

Prof. Dr. J. Lindenmann
Institut für Medizinische Mikrobiologie der Universität
CH-8006 Zürich, Gloriastr. 32

Ovulationshemmer vor Operationen absetzen?

Frage: Erhöhen Ovulationshemmer das postoperative Thromboembolie-Risiko? Wenn ja, wie lange vor einer (nicht dringlichen) Operation sollte die Ovulationshemmer-Einnahme unterbrochen werden?

Antwort: Es gibt eine Reihe von Hinweisen, daß eine ovulationshemmerbedingte Hyperkoagulabilität das postoperative Thromboembolie-Risiko erhöhen kann. Es erscheint daher grundsätzlich richtig, orale Kontrazeptiva vor einer nicht lebenswichtigen Operation abzusetzen. Diejenigen gerinnungsanalytischen Parameter, von denen angenommen wird, daß sie für eine Hyperkoagulabilität Bedeutung haben, sind die Verminderung des Antithrombins III und eine Erhöhung von hochmolekularen Fibrinmonomeren. Beide Parameter kehren nach Absetzen der Ovulationshemmer innerhalb einer Woche zur Norm zurück. Nach Ablauf einer Woche dürfte auch die Phase vor der Abbruchblutung mit einer eventuell erhöhten Blutungsneigung überwunden sein.

Ovulationshemmer sollten also mindestens eine Woche vor der geplanten Operation abgesetzt werden. Wir bevorzugen 4 Wochen, nach denen erwartet werden kann, daß im Stadium eines ausgeglichenen Gerinnungssystems operiert wird.

Prof. Dr. F. K. Beller
Universitäts-Frauenklinik
4400 Münster, Westring 11

Metallimplantat: entfernen oder belassen?

Frage: Bei einem jetzt 28jährigen Patienten wurde nach einem Polytrauma vor 5 Jahren unter anderem eine Oberarm-schaftfraktur durch eine AO-Platte versorgt. Dabei wurde damals der Nervus radialis verletzt. Die Funktion des Nerven stellte sich erst ein Jahr nach einer später durchgeführten konventionellen Nervennaht wieder ein. Erscheint bei dem Alter des Patienten eine Metallentfernung unbedingt erforderlich? Welche Schädigungen können bei einem Verbleib des Metalls auftreten?

Antwort: Die Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO) ist der Meinung, daß bei jungen Patienten, die noch im regulären Arbeitsleben stehen und sich regelmäßig sportlich betätigen, größere metallische Implantate nach ausreichender Knochenbruchheilung wieder entfernt werden sollten. Drei Gründe sprechen dafür:

Erstens verursacht eine am Knochen liegende Metallplatte durch ihre relativ starre Schienung eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des darunterliegenden Knochens (»stress protection«). An den Plattenenden ist jeweils am Übergang zum normalen Knochen eine schwache Stelle vorhanden, die bei einer plötzlichen übermäßigen Gewalteinwirkung zum Bruch führen kann.

Zweitens ist im Bereich einer Metallimplantation immer die Gefahr einer Spätinfektion durch einen möglicherweise auf dem Blutwege dahin verschleppten Infektionserreger (Abszeß) oder aber einer aseptischen Entzündung gegeben.

Drittens verursachen Implantate an manchen Stellen, welche nicht ausreichend mit Weichteilen bedeckt sind, durch Druck von außen oder aber bei bestimmten Bewegungen Beschwerden.

Nicht zuletzt gibt es übermäßig sensible Patienten, welche die Tatsache, daß ein metallischer Fremdkörper sich in ihrem Körper befindet, als unangenehm empfinden.

Bei der Frage der Entfernung eines Metallimplantates sind natürlich jeweils Risiko und Nutzen gegeneinander abzuwägen; wie immer in der Medizin, müssen individuelle Entscheidungen getroffen werden, die den speziellen Umständen Rechnung tragen.

Im Falle des 28jährigen Patienten nach dem Polytrauma vor 5 Jahren mit Oberarmfraktur und Osteosynthese mittels AO-Platte sowie einer postoperativ aufgetretenen Radialisparese mit späterer Nervennaht und voller Wiederkehr der Nervenfunktion würde ich in Abwägung der besonderen Umstände die Metallplatte am Oberarm weiter belassen und nicht das erhöhte Risiko einer erneuten Radialisschädigung eingehen. Da die obere Extremität im Vergleich zur unteren weniger schweren Belastungen ausgesetzt wird, ist die Gefahr einer Komplikation in der dargelegten Weise nicht so groß.

Prof. Dr. S. Weller
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik
7400 Tübingen, Rosenauer Weg 5