

oder dergleichen aufgetreten waren. 33 Patienten der »Frühentlassungsgruppe« verließen nach einwöchiger stationärer Behandlung die Klinik und wurden zu Hause während der folgenden Wochen regelmäßig und sehr intensiv betreut (häufige Hausbesuche durch speziell ausgebildete Schwestern, laufende EKG-Kontrollen usw.). Die 34 Patienten, deren Entlassung aus verschiedenen nicht-medizinischen Gründen nach sieben Tagen nicht möglich war, bildeten die Kontrollgruppe; sie blieben durchschnittlich 11 Tage im Krankenhaus.

Keine ernststen Komplikationen

Schwerwiegende Komplikationen traten während der ersten vier Wochen in keiner der beiden Gruppen auf, und die Häufigkeit von Spätkomplika­tionen wie erneuter Infarkt, neu aufgetretene Angina pectoris, Herzinsuffizienz, war innerhalb von sechs Monaten in beiden Gruppen nahezu gleich.

Eindeutige Aussagen sind aufgrund dieser Studie allerdings nur mit Einschränkung möglich: Die Patientenzahlen sind gering, eine echte Randomisierung wurde nicht durchgeführt, und der Unterschied zwischen einer Hospitalisierung von sieben Tagen bei der ersten und 11 Tagen bei der zweiten Gruppe ist zu klein, um statistische Aussagen zu machen. Die Untersuchung bestätigt jedoch, daß bei ausgewählten Infarktpatienten eine Entlassung nach sieben Tagen ohne großes Risiko möglich ist.

Frühere Studien haben gezeigt, daß ernsthafte Infarktkomplikationen meist innerhalb der ersten vier Tage auftreten. Ein Patient kann also als »low risk patient« eingestuft und entsprechend früher entlassen werden, wenn er die ersten vier Tage komplikationslos übersteht. Sicherlich werden sich bei einigen Patienten trotzdem noch Spätkomplika­tionen einstellen, die unter stationärer Behandlung möglicherweise besser beherrscht werden können. Dieses Risiko scheint jedoch so klein zu sein, daß eine deutlich längere Hospitalisationsdauer wegen der hohen Kosten und wegen der erschwerten sozioökonomischen Rehabilitation in Frage gestellt werden muß.

Kostendämpfung durch Frühentlassung?

Ange­sichts der hohen Kosten eines Krankenhausaufenthaltes und der begrenzten Mittel, die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, gehen die Autoren ausführlich auf die wirtschaftlichen Aspekte ein: Nach ihrer Ansicht könnten durch die Frühentlas-

sung und Nachkontrolle von Infarktpatienten, wie sie von ihnen vorgeschlagen und erprobt worden ist, in den USA jährlich rund 360 Millionen Dollar eingespart werden. Weitere Studien müssen zeigen, ob tatsächlich eine nahezu risikofreie Frühentlassung möglich ist. Trifft dies zu, so muß nach Ansicht von R. S. Ross, der sich in einem Editorial (New Engl. J. Med. 298 [1978], 275) mit der Untersuchung auseinandersetzt, erwogen werden, die abgekürzte Hospitalisation stärker zu fördern. Nach seiner Einschätzung könnte dies durch eine

Änderung der bisher üblichen Bezahlung der stationären Behandlung erreicht werden, wie zum Beispiel durch gestaffelte Pflegesätze für die ersten und für die weiteren Tage des Klinikaufenthaltes.
R. B.

McNeer, J. F., G. S. Wagner, P. B. Ginsburg, A. G. Wallace, Ch. B. McCants, M. J. Conley, R. A. Rosati: Hospital discharge one week after acute myocardial infarction. New Engl. J. Med. 298 (1978), 229.

Schwangerschaft bei liegendem Intrauterinpe­ssar

Hierzulande benutzen etwa 2,5% der Frauen ein Intrauterinpe­ssar (IUP); nach dem Statistischen Jahrbuch der Bundesrepublik von 1975 sind das rund 245 000 Frauen im Alter von 17 bis 40 Jahren. Bei IUP-Anwendung muß jährlich mit bis zu 3 Schwangerschaften pro 100 Frauen gerechnet werden. Nach den Daten von 1975 wären das in der Bundesrepublik bis zu 7350 Schwangerschaften pro Jahr. Für die betroffenen Frauen steht die Frage nach dem Mißbildungsrisiko und dem weiteren Schwangerschaftsverlauf im Vordergrund.

Untersuchungsergebnisse

2378 Frauen mit liegendem Intrauterinpe­ssar wurden von einer Berliner Unter­suchergruppe in der Zeit von 1971 bis 1976 beobachtet. Von 2141 Frauen mit Kupfer-T wurden 34 schwanger, 8 von 236 Frauen wurden bei liegendem Progesteron-T schwanger, eine weitere hatte bereits vor der Einlage eines Kupfer-T konzipiert. 33 dieser insgesamt 43 Schwangerschaften endeten mit Abor­ten (26 induziert und 7 spontan), drei »Spontanaborte« traten in Zusammen­hang mit der Entfernung des Pessars ein. In den meisten Fällen wurde das Pessar zwischen der siebten und achten Schwangerschaftswoche entfernt, ohne daß dabei die Entscheidung über den weiteren Verlauf der Schwangerschaft berücksichtigt wurde. Die Schwanger­schaftsunterbrechungen wurden durch Vakuum- oder konventionelle Küretta­ge zwischen der 10. und 12. Schwanger­schaftswoche durchgeführt und verliefen komplikationslos. In 17 Fällen konnte das Plazentagewebe histologisch untersucht werden: Siebenmal fanden

sich Hinweise auf abgelaufene entzündliche Reaktionen, ohne daß eine Beziehung zu klinischen Erscheinungen oder zum Spontan- oder induzierten Abort bestand. Möglicherweise hingen diese Veränderungen mit dem Zeitpunkt der Entfernung des Pessars zusammen: Entzündliche Vorgänge waren um so seltener, je früher das Pessar entfernt worden war. Denkbar wäre, daß die Retraktion der Markierungsfäden des IUP zu einer Keimverschleppung in das Cavum uteri führt, wie das für das Dalkon-Shield mit seinen allerdings polyfilen Fäden beschrieben wurde. (Bei der sogenannten Dalkon-Shield-Affäre kam es zu 209 septischen Abor­ten mit 11 mütterlichen Todesfällen.) Bei den vier untersuchten Embryonen konnten in groben Serienschritten histologisch keine Abweichungen vom normalen Entwick­lungsbild nachgewiesen werden.

Fünf Schwangerschaften wurden ohne Störung ausgetragen. Die Neugeborenen waren normalgewichtig und gesund. Auch die Plazenten wiesen makroskopisch keine Besonderheiten auf.

Bestätigt werden konnte das gesteigerte Risiko einer Extrauterin­gravidität bei liegendem Intrauterinpe­ssar: In der Sammelstatistik der Studie betrug das Verhältnis Extrauterin- zu Intrauterin­gravidität bei den Kupferpessaren 1 : 31 und bei den Kunststoffpessaren 1 : 24,5; die entsprechenden Zahlen bei Frauen ohne kontrazeptive Maßnahmen schwanken regional zwischen 1 : 400 und 1 : 28. Auffallend war die hohe Extrauterin­schwangerschaftsrate bei liegendem Progesteron-T (1 : 4). Ektopische Schwangerschaften waren häufiger bei Frauen, die das Intrauterinpe­ssar länger als ein Jahr getragen hatten.

Folgerungen

Aufgrund ihrer Erfahrungen geben die Autoren folgende Hinweise:

- Bei jeder Frau mit liegendem Intrauterinpessar und länger als zwei Wochen ausgebliebener Regelblutung sollte ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden.
- Ist der Nachweis einer Schwangerschaft erbracht, muß das Intrauterinpessar spätestens bis zur 10. Schwangerschaftswoche entfernt werden.
- Ein Austragen der Schwangerschaft ist unter Hinweis auf das erhöhte Abortrisiko (20 bis 57%) vertretbar. Anscheinend besteht kein erhöhtes Mißbildungsrisiko.

Das Risiko einer Extrauteringraviddität ist gesteigert, besonders bei Schwangerschaften nach mehr als einjähriger Benutzung des Pessars oder beim Progesteron-T.

- Bei bestehender Schwangerschaft und nicht sichtbaren Fäden des Intrauterinpessars soll durch eine Ultraschalluntersuchung überprüft werden, ob sich das Pessar noch im Uterus befindet. Eine zuverlässige Diagnose ist dadurch jedoch nicht in jedem Falle möglich. In zweifelhaften Fällen oder wenn bei fortgeschrittener Schwangerschaft die Fäden vollkommen in das Cavum uteri retrahiert sind, sollen keine Manipulationen vorgenommen wer-

den, um das Pessar doch noch zu ziehen. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen muß dann ein therapeutischer Abort ernsthaft erwogen werden.

- Wegen der erhöhten Früh- und Totgeburtenraten ist bei Wunsch nach dem Austragen der Schwangerschaft eine sorgfältige Überwachung erforderlich. Ge.

Zielske, F., K. Becker, P. Knauf: Schwangerschaften bei Intrauterinpessaren in situ. Geburtsh. u. Frauenheilk. 37 (1977), 473.

Aktuelle Diagnostik

Redaktion:

Prof. Dr. H. Hornbostel, Hamburg
Prof. Dr. W. Kaufmann, Köln
Prof. Dr. W. Siegenthaler, Zürich

Dtsch. med. Wschr. 103 (1978), 1193-1195
© Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Kritische Wertung humoraler Autoimmunphänomene

U. Hopf, W. Arnold und K. H. Meyer zum Büschenfelde

Freie Universität Berlin, Klinikum Charlottenburg, Abteilung für Innere Medizin und Poliklinik

Die diagnostische Bedeutung eines Autoantikörpers hängt in erster Linie von seiner Krankheitsspezifität ab. Nur wenige Autoantikörper sind krankheitsspezifisch. In den meisten Fällen handelt es sich um eine unterschiedlich häufige Assoziation mehrerer humoraler Autoimmunphänomene mit bestimmten Krankheitsbildern. Krankheitsspezifische Autoantikörper müssen nicht organspezifisch und (oder) spezialspezifisch sein. Es ist wenig darüber bekannt, ob sie pathogenetisch eine Rolle spielen.

Humorale Autoimmunphänomene werden in der Regel im Patientenserum untersucht. Darüber hinaus kann der Nachweis von Autoantikörpern, die in vivo an der entsprechenden Zielzelle fixiert sind, diagnostisch wertvoll sein.

Antinukleäre Antikörper (ANA)

Antinukleäre Antikörper beobachtet man regelmäßig bei Patienten mit Lupus erythematoses disseminatus (LED), so daß dieser Untersuchung eine große Bedeutung bei der LED-Diagnostik zukommt (5). Spezifisch für den disseminierten Lupus erythematoses ist der Antikörper gegen Desoxyribonucleinsäure (DNS) im Zustand hoher Krankheitsaktivität (2). Verlaufsbeobachtungen der DNS-Antikörper eignen sich als Parameter einer Therapieüberwachung.

Antinukleäre Antikörper können gegen verschiedene antigene Substrate gerichtet sein. Im Gegensatz zu dem beim Lupus erythematoses disseminatus üblichen homogenen ANA-Fluoreszenztyp zeigen die antinukleären Antikörper

beim Sharp-Syndrom («mixed connective tissue disease»), bei der Sklerodermie und dem Sjögren-Syndrom ein gesprenkeltes Fluoreszenzmuster. Bei der chronisch aktiven Hepatitis, der posthepatitischen Leberzirrhose und der primären biliären Zirrhose sind antinukleäre Antikörper in unterschiedlicher Häufigkeit nachgewiesen worden (9). Für die chronisch aktive Hepatitis kann die ANA-Untersuchung zur Differenzierung in autoimmune und virus-induzierte Formen herangezogen werden. Bei der autoimmunen chronisch aktiven Hepatitis finden sich antinukleäre Antikörper in 70 bis 80% (11).

Verschiedene Substanzen, wie Procainamid, Hydralazin, Methylidopa, Hydanthoin, Isoniazid und Oxyphenisatin, können die Bildung von antinukleären Antikörpern induzieren, wobei es zur Entwicklung von Symptomen im Sinne eines Lupus erythematoses disseminatus oder, insbesondere unter Oxyphenisatin, einer chronisch aktiven Hepatitis kommen kann.

Bei der rheumatoiden Arthritis werden in etwa 20% antinukleäre Antikörper nachgewiesen. Andere Erkrankun-