

Rheumatisches Fieber bei Kindern

durch zahlreiche, unter Umständen mehrmals täglich abgeleitete, Elektrokardiogramme doch noch nachzuweisen ist weltfremd und illusorisch.

Ist allerdings die Blutkörperchensenkung beschleunigt, sollte gleich ein Elektrokardiogramm angefertigt werden. Enthält es ausgeprägte Hinweise auf eine Myokarditis (beträchtliche PQ-Verlängerung, erhebliche Veränderung in der Mittel- und Endphase) ist wegen der hohen Bedeutung für die langfristige Prognose eine stationäre Beobachtung ratsam. Auch ein unauffälliges Elektrokardiogramm schließt ein rheumatisches Fieber nicht sicher aus; es ist allerdings recht unwahrscheinlich, wenn der Antistreptolysintiter sehr niedrig ist (< 100 E). Liegt er im Normbereich, sollte er nach acht bis zehn Tagen noch einmal kontrolliert werden.

Ein hoher Titer muß besondere Aufmerksamkeit wachrufen, mehr darf diesem Laborbefund aber nicht entnommen werden. Ein Rachenabstrich auf hämolysierende Streptokokken ergänzt diese Untersuchung; man muß aber bei einem positiven Ergebnis die Häufigkeit von Streptokokkenträgern unter Schulkindern berücksichtigen.

Bleibt, wie heute meist, nach diesen Untersuchungen lediglich ein gewisser Verdacht auf ein larviertes rheumatisches Fieber bestehen, ist folgendes Vorgehen zu empfehlen: Für acht bis zehn Tage wird eine antirheumatische Therapie mit Dimethylaminophenazon oder Salizylat durchgeführt. Dosis: täglich viermal 0,2 Gramm, beim älteren Schulkinde viermal 0,3 Gramm Dimethylaminophenazon oder dreimal 1,0 bis dreimal 1,5 Gramm Acidum acetylosalicylicum (bei sicherem rheumatischem Fieber sind diese Dosen zu knapp). Bei bloßem Verdacht auf rheumatisches Fieber dürfen keine Kortikosteroide gegeben werden! Man verliert sonst die Möglichkeit, sich an der Blutkörperchensenkung orientieren zu können. Nach etwa zehn Tagen

wird die Blutkörperchensenkung wiederholt; hat sich das Ergebnis dem Normalwert angenähert, kann man die probeweise vorgenommene Behandlung absetzen, denn so schnell normalisiert sich die Blutkörperchensenkung beim rheumatischen Fieber nicht. Wird bei der Kontrolle aber der Verdacht auf ein rheumatisches Fieber verstärkt, ist eine stationäre Beobachtung ratsam. Bei einem sicheren rheumatischen Fieber sollte die Behandlung in einer Klinik eingeleitet werden. Anfänglich werden in der Regel Kortikosteroide mit Dimethylaminophenazon oder Salizylat kombiniert; nach drei bis vier Wochen wird die Therapie ohne Kortikosteroide fortgeführt, bis die Blutkörperchensenkung normal bleibt. Auch bei negativem Rachenabstrich wird initial Penicillin in therapeutischer Dosis über mindestens zehn Tage gegeben und anschließend mit der Prophylaxe begonnen.

Redizivprophylaxe beim rheumatischen Fieber

Soll man bei dem starken Rückgang an rheumatischem Fieber heute im Anschluß an ein rheumatisches Fieber noch eine Rezidivprophylaxe vornehmen? Wie schon erwähnt, haben wir an unserer Kinderklinik in den letzten vier Jahren kein sicheres Rezidiv mehr gesehen.

Wir dürfen aber hieraus nicht den Schluß ziehen, daß Rezidive nicht mehr vorkommen. Nach den bisherigen Erfahrungen bestehen erhebliche Befürchtungen, daß auch heute bei entsprechender Disposition subklinische Rezidive nach und nach zu einem postrheumatischen Herzfehler führen. Diese Disposition ist nur an der Ersterkrankung an rheumatischem Fieber zu erkennen. In diesen gesicherten Fällen sollte nach wie vor konsequent eine fünfjährige Rezidivprophylaxe mit Penicillin betrieben werden. Werden die Patienten, beziehungsweise ihre Eltern, sorgfältig und wiederholt beraten, ist die-

ses Ziel erreichbar. Die sicherste Wirkung ist mit einer monatlichen Injektion eines langwirkenden Depot-Penicillins (zum Beispiel Tardocillin® 1200) zu erreichen. Aber auch mit ganz regelmäßig morgens einmal gegebenen 200 000 E. Penicillin (zum Beispiel Oratren®) ist das Ergebnis befriedigend.

43 Essen 1
Hufelandstraße 55

ECHO

Zu „Methadon-Erhaltungsprogramme, Die Verwendbarkeit von Polamidon für Suchtkranke in Deutschland“ von Professor Dr. med. Wolfram Keup, in Heft 18/1973, Seite 1179 ff.

Vor der Behandlung Rauschmittelabhängiger mit Methadon haben die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und der Ausschuß „Psychohygienische Fragen“ der Bundesärztekammer gewarnt. In der neuesten Ausgabe des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES heißt es, Methadon sollte Heroinsüchtigen nur dann gegeben werden, um die Zeit zwischen dem Erkennen der Sucht bis zur stationären Behandlung in einer Klinik zu überbrücken. In einem Beitrag der Ärztezeitung begründet Prof. Wolfram Keup von der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Berlin die Ablehnung des Methadons unter anderem damit, daß der Körper des Rauschmittelabhängigen bei der Methadon-Verwendung nur abhängig von einem neuen Stoff werde, ohne daß der alte fallengelassen werde (Ibbenbürener Volkszeitung, Ibbenbüren und viele andere Zeitungen der Bundesrepublik)