

## Diagnosekriterien für die primär chronische Polyarthrit

Für die Diagnose der primär chronischen Polyarthrit wurden schon vor geraumer Zeit elf Diagnosekriterien ausgearbeitet, die auch heute noch Gültigkeit haben (Hartl, Rheumaklinik, Landesbad Aachen). Bei diesen Kriterien handelt es sich um folgende elf Punkte:

- ① Morgensteifigkeit der kleinen Fingergelenke
- ② Bewegungseinschränkung oder -schmerz mindestens eines Gelenks
- ③ Schwellung mindestens eines Gelenkes (Erguß oder Weichteilschwellung)
- ④ gleichzeitig Schwellung eines weiteren Gelenkes
- ⑤ bilateral symmetrische Schwellung mehrerer Gelenke (ausgenommen terminale Interphalangealgelenke)
- ⑥ subkutane Rheumaknoten
- ⑦ Röntgenveränderungen, typisch für PCP
- ⑧ positiver Rheumafaktornachweis im Serum
- ⑨ veränderte Mucin-Präzipitation im Gelenkerguß
- ⑩ charakteristische, histologische Veränderungen der Synovia (Proliferation der Synovialzellen, Infiltration mit Lymphozyten und Plasmazellen)
- ⑪ charakteristische, histologische Veränderungen in den *Rheumaknoten*.

Sind drei dieser elf Kriterien erfüllt, so handelt es sich um eine wahrscheinlich primär chronische Polyarthrit, bei Vorlie-

gen von fünf Kriterien um eine weitgehend gesicherte Erkrankung und bei Vorliegen von sieben oder mehr Kriterien um eine klassische primär chronische Polyarthrit. KW

(7. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung, Juli/August 1980, Montreux)

## Kohlenstoffasern in der Chirurgie

Kohlenstoffasern zeichnen sich durch eine hohe Zugfestigkeit und biologische Verträglichkeit aus. In Verbindung mit Knochenzement führen sie zu einer biomechanischen Verstärkung der Montage bei der Verbundosteosynthese (Wolter, II. Chirurgische Abteilung, Allgemeines Krankenhaus St. Georg, Hamburg). Bei Tumorpatienten mit pathologischen Frakturen langer Röhrenknochen wird eine Stabilisierung durch intramedullär eingelegte Kohlenstoffaserschläuche in Verbindung mit Knochenzement erreicht. Bei der Versorgung von Frakturen alter Menschen wird ebenfalls Knochenzement mit Kohlenstoffasern intramedullär im Sinne einer Markschiebung eingelegt. Nach Wundheilung kann die behandelte Extremität sofort voll belastet werden. Kohlenstoffaserschläuche können auch als Bandersatz am Kniegelenk implantiert werden (Neugebauer, Abteilung für Unfallchirurgie der Universität Ulm). Bei richtiger Verankerung wird nahezu die Festigkeit der natürlichen Bänder erreicht. Im Tierexperiment konnte gezeigt werden, daß beim Ersatz des medialen Knieseitenbandes durch Kohlenstoffaserschläuche Stabilität erreicht wird. Drei Monate nach Implantation wird eine Festigkeit von zirka 60 Prozent des natürlichen Bandes erreicht. Die Kohlenstoffasern heilen reizlos ein. KW

(97. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Mai 1980, München)

## Thrombozyten-Aggregationshemmer bei Venenkrankheiten

*Thrombozyten* aggregieren an jedem Gefäßwanddefekt. Daraus entstehen parietale Mikrothromben, an die sich gefäßverschießende Ausscheidungsthromben anschließen. *Thrombozytenaggregationshemmer* (zum Beispiel Azetylsalizylsäure) greifen in der ersten Phase der Plättchenaggregation an (Scharrer, Zentrum für innere Medizin der Universität Frankfurt). Damit verhüten Aggregationshemmer vor allem auch venöse Thrombosen, bsw. postoperative Thromboembolien. 1,5 g/die Azetylsalizylsäure genügen für den thromboseprophylaktischen Effekt.

Bei bestehenden Thrombosen wird das Thrombuswachstum durch Azetylsalizylsäure vermindert, aber nicht völlig verhindert. Indikationen für Thrombozytenaggregationshemmer sind Venenthrombosen, bei denen eine Allergie gegen Fibrinolyse besteht oder bei denen Fibrinolytika aus anderen Gründen nicht angewendet werden können. Weitere Indikationen: Aggregationshemmer in *Kombination mit niedrig dosiertem Heparin* bei stark thrombosegefährdeten Patienten, aber auch bei bestehender Thrombose, Augenvenen-, Sinusvenenthrombose, bei Thrombozytose als Grundkrankheit. Bei der Verhütung der superfiziellen Thrombophlebitis ist der Stellenwert der Aggregationshemmer groß. In der postoperativen Thromboseprophylaxe stehen Aggregationshemmer an zweiter Stelle hinter dem Low-Dose-Heparin (täglich 10 000–15 000 IE subkutan in 2 bis 3 Einzeldosen). Bei kompletter Venenthrombose sind sie nur zu empfehlen, wenn andere Mittel nicht eingesetzt werden können. KW

(32. Therapiekongreß, September 1980, Karlsruhe)