

## Influenza-Schutzimpfung

Im Gegensatz zu anderslautenden Meinungen, die im Vorjahr Schlagzeilen gemacht haben, ist die Schutzimpfung gegen echte Virusinfluenza sinnvoll und zumindest bei Risikopersonen notwendig. Sie ist auch wirksam.

Die Influenza unterscheidet sich klinisch nicht immer ohne weiteres von schweren influenzaähnlichen beziehungsweise grippalen Infekten. Aber bei Risikopersonen (chronisch Kranken aller Art, Erwachsenen jenseits des 60. Lebensjahres und Kindern) zeichnet sich die Virusinfluenza im Gegensatz zu influenzaähnlichen Erkrankungen durch eine ausgesprochene Exzeßmortalität aus. Ärzte und Pflegepersonal sowie die Berufe mit regem Publikumsverkehr sind besonders infektionsgefährdet. Sie können bei Virusinfluenza, zumindest in größerer Zahl, ihren Dienst lange Zeit nicht ausüben. Die Zusammensetzung des Impfstoffs, der im Spätsommer beziehungsweise Frühherbst appliziert werden sollte, wird entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation ständig beobachteten Epidemiesituation bestimmt. Die Impfstoffhersteller erfahren dieses Spektrum früher und genauer als die Zeitungen! Die Impfung ist so gut wie frei von Nebenwirkungen. Ein Zusammenhang zwischen Influenzaschutzimpfung und Guillain-Barré-Syndrom besteht nicht. Die Impfung regt jedoch erwiesenermaßen die Antikörperbildung gegen die Viren der Influenza A und B in so ausreichendem Maße an, daß eine schwere klinische Erkrankung mit weitgehender Sicherheit vermieden werden kann (Couch, Houston; Deinhardt, München).

Die Patienten kommen nicht mit dem Wunsch nach Influenzaschutzimpfung zum Arzt. Es ist vielmehr Pflicht des Arztes, bei

dem die Risikopatienten für Influenza ohnehin ständig in Behandlung sind, die jährliche Influenzaschutzimpfung rechtzeitig und nachhaltig zu empfehlen. KW

(Workshop der „Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten“, über den gegenwärtigen Stand der Influenza-Schutzimpfung, Mai 1981, München)

## Autotransplantation der Milz

Eine Splenektomie hinterläßt sowohl beim Erwachsenen als auch beim Kind Immundefekte. Nach Verletzungen ist es aber nicht immer möglich, die Milz zu erhalten. Man kann jedoch im nachhinein Milzgewebe durch freie Autotransplantation wieder einpflanzen (Seufert, Frankfurt). Dazu wird das Organ nach der Splenektomie in einige große Teile zerschnitten. Die Teile werden mittels einer Raspel zerkleinert. Die Kapsel, die nicht mitverpflanzt werden darf, bleibt zurück. Dann wird der zu transplantierende *Milzbrei* dünn auf das ausgebreitete große Netz verstrichen. Das Omentum majus wird zusammengerollt, bis das Milzgewebe vollständig umhüllt ist. Die dabei entstehende Tasche wird schließlich mit Einzelknopfnähten verschlossen und durch Metallclips markiert. Nachuntersuchungen bei polytraumatisierten Patienten, die mit dieser Autotransplantation der Milz behandelt worden waren, zeigten eine Normalisierung der Immunglobuline, gute Clearancefunktion der Transplantate, gute Durchblutung sowie funktionierende Phagozytose der Transplantate. Nebenwirkungen der Autotransplantation blieben aus. Insgesamt scheint die Autotransplantation der Milz zur Erhaltung der humoralen Funktion und der Phagozytoseleistung des Organismus geeignet zu sein. KW

(98. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, April 1981, München)

## Bedeutung der Myokardbiopsie

Bei kongestiver Kardiomyopathie hat die Endomyokardbiopsie lediglich einen relativen Stellenwert, da die Diagnose schon klinisch ausreichend sicher gestellt werden kann.

Anders beim sogenannten Herzangst-Syndrom, nachdem Kardiomyopathie, koronare Herzkrankung und Vitium ausgeschlossen sind sowie bei Ausschluß neurologisch-psychiatrischer Ursachen (Deep, Würzburg).

Klinisch ist bei diesen Patienten kein Befund zu erheben. Die Biopsie bringt bei ihnen jedoch in 61 Prozent der Fälle einen pathomorphologischen Befund, der eine herzorganische Ursache der geklagten Beschwerden nachweist (anginaähnliche Beschwerden, Atemnot unter Belastung, Herzrhythmusstörungen, Schwindelgefühl, Leistungsknick und Atemnot in Ruhe).

Unter 34 Patienten, die mit diesen Beschwerden nach Ausschluß aller erwähnten Ursachen biopsiert wurden, fand Deep 21mal morphologische Veränderungen, und zwar 9mal eine Endokardfibrose, 12mal eine interstitielle Myokardfibrose, 9mal eine Hypertrophie der Myokardfasern, 5mal eine Vermehrung des perivaskulären Bindegewebes, 3mal die Zeichen einer frischen Myokarditis, 13mal die Zeichen einer abgelaufenen Myokarditis.

Der diagnostische Stellenwert wird von Deep überall dort gesehen, wo alle anderen Untersuchungsmethoden nichts bringen, aber ein pathomorphologischer Befund existiert, der die Beschwerden der Patienten verständlich und glaubhaft macht. KW

(87. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin, April 1981, Wiesbaden)