

EDITORIAL

von *Mycoplasma pneumoniae*, einem Erreger atypischer Pneumonien (Häufigkeit ca. 14 bis 20 Prozent), von *Ureaplasma urealyticum* bei der nichtgonorrhoeischen Urethritis (ca. 30 Prozent) und der chronischen Prostatitis (ca. 15 Prozent) und von *Mycoplasma hominis* bei septischen Aborten, Salpingitis und Pyelonephritis.

M. hominis und *U. urealyticum* gehören auch zur normalen Flora des Urogenitaltraktes, während dies für *M. pneumoniae* und die Atemwege nicht zutrifft.

Hier muß die Anwesenheit von *M. pneumoniae* immer als pathologisch angesehen werden, während *M. hominis* und *U. urealyticum* nur als fakultativ pathogene Keime anzusehen sind.

Mykoplasmen sind gefährdet als Kontaminanten von Zellkulturen. Sie haften immer mit Ausnahme der zur Phagozytose fähigen Zellen an der Oberfläche der Zellen und sind nicht im Zytoplasma anzutreffen, eine Eigenschaft, die sie ebenfalls grundlegend von den Viren unterscheidet.

Da Mykoplasmen keine Zellwand besitzen, sind sie pleomorph und färben sich nach Gram nur schwer an. Sie bereiten daher diagnostische Schwierigkeiten. Außerdem sind sie unempfindlich gegenüber β -Laktam-Antibiotika (Penicilline und Cephalosporine), sind

aber sensibel gegenüber Antibiotika, die in die Proteinbiosynthese eingreifen. Damit sind sie einer Chemotherapie relativ leicht zugänglich.

Sie stellen die kleinsten und einfachsten zum Wachstum auf unbelebten Nährböden fähigen Bakterien dar.

Es scheint daher einleuchtend, daß Bezeichnungen wie „nichtbakterielle“ Pneumonie oder „abakterielle“ Prostatitis dann falsch sind, wenn in diese Bezeichnungen Erkrankungen einbezogen werden, die auch durch Mykoplasmen bedingt sein können.

Auch Worte wie „unspezifisch“ z. B. unspezifische Urethritis tragen nicht zur Klärung bei.

Die Bezeichnungen „abakteriell“ und „unspezifisch“ könnten jedoch zu falschen therapeutischen Schlüssen führen, da Mykoplasmainfektionen auf eine Chemotherapie mit Tetrazyklinen und meistens auch Erythromycin gut ansprechen.

Literatur beim
Sonderdruck
(über den Verfasser)

Professor Dr. med.
H. Brunner
Institut für Chemotherapie,
Bayer AG,
Aprather Weg,
5600 Wuppertal

Behandlung der klassischen Hämophilie mit Danazol

In einer vorläufigen Studie teilen die Autoren Gralnick und Rick ihre Erfahrungen zur Therapie einer klassischen Hämophilie mit einem Androgenpräparat mit. Drei Patienten mit einer mittelschweren Hämophilie A und einem Patienten mit einer Hämophilie B wurde Danazol (Winabanin®) in einer Dosis von 600 mg täglich während eines Zeitraumes von 14 Tagen oral verabreicht. Alle Patienten boten als Folge einer längerfristig durchgeführten Substitutionstherapie mit Plasmaderivaten Zeichen einer chronischen Leberschädigung.

Innerhalb von 5 bis 7 Tagen nahm die Faktor-VIII-Konzentration von anfänglich 1 bis 3 auf 3 bis 8 Prozent bei den Hämophilie-A-Patienten zu; bei dem Patienten mit Hämophilie B stieg die Faktor-IX-Konzentration von 5 auf 14 Prozent. Gleichzeitig kam es zu einer Verkürzung der aktivierten PTT. Nach Absetzen des Präparates kehrten die Gerinnungsveränderungen mit einer scheinbaren Halbwertszeit von etwa drei Tagen wieder in den Ausgangsbereich zurück. Quickwert, Thrombinzeit, die Fibrinogenkonzentration, die Faktoren II, X, XI, der v.-Willebrand-Faktor und das Faktor-VIII-Related-Antigen zeigten keine eindeutigen Änderungen. Während der gesamten Beobachtungszeit, mit Ausnahme der ersten beiden Behandlungstage, benötigte keiner der Patienten eine Substitutionstherapie mit Gerinnungsfaktorenkonzentraten.

Im Fall Bestätigung dieser ersten Erfahrungen in einer kontrollierten Studie könnte das vorgestellte Behandlungsverfahren eine Alternative oder zumindest eine Ergänzung der bisherigen Behandlungsmaßnahmen darstellen. zme

Gralnick, H. R.; Rick, M. E.: Danazol Increases Factor VIII and Factor IX in Classic Haemophilia and Christmas Disease. *New England Journal of Medicine* 308 (1983) 1393