

verluste operativ entfernt werden mußten, unter weitestgehender Schonung der Niere zu entfernen. Einfache Nierensteine können mit der perkutanen Nephrolithotomie behandelt werden, wobei das steintragende Nierenhohlraum in Lokalanästhesie punktiert, und der Stein nach Aufdehnung dieses Kanals unter optischer Kontrolle extrahiert oder in der Niere zerkleinert und abgesaugt wird.

Differenziert man zwischen Harnsteinerkrankung, das heißt der auslösenden Ursache, und dem Harnsteinleiden, also der manifesten Steinbildung im Nierenhohlraum, dann sollte die zunächst nur symptomatische Therapie der Steinentfernung möglichst nicht invasiv sein (Chaussy).

Diese Forderung wird in idealer Weise durch die Stoßwellenzerkleinerung erfüllt.

Mit einer geringen Reststeinrate konnten in München bisher über 400 Patienten erfolgreich mit dieser Technik behandelt werden.

Mit der zunehmenden Erfahrung war es gleichzeitig möglich, die früher in einem Artikel in dieser Zeitschrift*) genannten Kontraindikationen weiter zu reduzieren, so daß man davon ausgehen kann, daß bei ausreichender Verfügbarkeit der dazu erforderlichen Einrichtungen in Zukunft 80 bis 90 Prozent der operativen Interventionen wegen eines Harnsteinleidens überflüssig werden.

Die Referate und die ausführliche Diskussion dieses gut aufgenommenen Symposiums werden im Berichtsband der Bundesärztekammer erscheinen.

Privatdozent Dr. Peter Alken
Urologische Klinik und
Poliklinik der
Johannes Gutenberg-Universität
Langenbeckstr. 1, 6500 Mainz

*) Chaussy, Ch., et al.: Berührungsfreie Nierensteinerzürümmung durch Stoßwellen, DEUTSCHES ARZTEBLATT 18 (1981) 881-886

Prophylaxe und Therapie der Malaria

Zum Beitrag von Professor Dr. med. Manfred Dietrich in Heft 36/1982, Ausgaben A und B Seite 39 ff., Ausgabe C Seite 33 ff.

Es scheint uns begrüßenswert, daß von kompetenter Seite zum Problem der Malariaprophylaxe Stellung genommen wird. Grundsätzlich wird auch bezüglich der gemachten Empfehlungen Einstimmigkeit herrschen.

Auffällig ist, daß bei der Dosierungsempfehlung für das Chloroquin in den letzten Jahren ein, auch seitens der WHO, langsamer Übergang von 600 mg Chloroquin/Woche zu 300 mg/Woche erfolgt ist. Die zwischenzeitlich gemachte Unterscheidung (WHO) zwischen Gebieten mit hoher Malariagefährdung (Empfehlung 600 mg/Woche) und geringer Malariagefährdung (300 mg/Woche) scheint uns fragwürdig und wird offenbar in der Argumentation nicht mehr verwandt. Es ist uns nicht gelungen, schlüssige wissenschaftliche Ergebnisse in Erfahrung zu bringen, die die Änderung der Dosierungsempfehlung, insbesondere für kurzreisende Touristen, nahelegen, vor allem, wenn man berücksichtigt, daß auch bei 600 mg/Woche die Prophylaxe zumindest einige Jahre durchgeführt werden könnte (s. Hahnenklee-Symposium 1979). Gerade auch im Angesicht möglicher RI-Chloroquin-Resistenzen scheint die Frage berechtigt, warum nicht, zumindest für Touristen, doch 600 mg/Woche empfohlen werden.

Eine zweite Frage betrifft das Einnahmeschema. Wäre es nicht wünschenswert, eine gleichmäßige Einnahme über die Woche anzustreben (eventuell auch durch anders konfektionierte Tabletten seitens der Industrie), statt einmaliger Einnahme pro Woche? Auch von einem namhaften Hersteller von Chloroquin konnten wir keine plausible wissenschaftliche Erklärung für intermittierende Einnahmeverordnungen erhalten. Das gele-

gentlich gehörte Argument, daß eine wöchentliche Einnahme weniger leicht vergessen wird als eine „Tablette“ täglich nach der Hauptmahlzeit, scheint uns wenig überzeugend.

Zuletzt fragt man sich, warum für Afrika eine zusätzliche Pyrimethaminprophylaxe zum Chloroquin genommen werden „kann“, wo doch die Pyrimethamin-Resistenz der Falciparum-Stämme in Afrika so verbreitet ist?

Dr. med. Thomas Mertens
Professor Dr. med.
Hans J. Eggers
Institut für Virologie
der Universität zu Köln
Fürst-Pückler-Straße 56
5000 Köln 41

Schlußwort

① Die Dosierungsempfehlung von 600 mg der Base hat bei längerer Einnahme den Nachteil, daß Augenhintergrundsschäden eher zu erwarten sind. Bei dieser Dosis sind die Nebenwirkungen mehr im Vordergrund als bei der Dosis von 300 mg der Base pro Woche. Für kurzreisende Touristen ist eine Empfehlung über 600 mg der Base pro Woche durchaus möglich, wenn solche subjektiven Erscheinungen nicht auftreten sollten.

② Es gibt die verschiedensten Einnahmempfehlungen. Die Erklärung für die intermittierende Einnahmeverordnung liegt wohl darin, daß nur für die einmalige Dosierung pro Woche pharmakokinetische Untersuchungen vorliegen. Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß in französischen Sprachgebieten die hier angesprochene Einnahme von 100 mg der Base an sechs Tagen der Wo-

AUSSPRACHE

che hintereinander (ein Tag Ruhepause, meistens Sonntag) mit Nivaquine durchgeführt wird. Dafür liegen jedoch keine pharmakokinetischen Daten vor.

③ Die Pyrimethamin-Resistenz der Falciparum-Stämme ist weltweit vorhanden, aber regional sehr unterschiedlich. In Ostafrika beispielsweise gibt es in manchen Regionen hohe Resistenzraten gegen Pyrimethamin. In anderen Gegenden Afrikas gibt es dagegen nur lokalisierte Resistenzen gegen Pyrimethamin. Da Pyrimethamin den Vorzug hat, schon bei den Leberformen anzusetzen und damit als „kausale“ im Gegensatz zur „suppressiven“ Prophylaxe durch Chloroquin bezeichnet werden kann, kann diese Wirkung unter dem zusätzlichen Schutz des Chloroquin vorteilhaft sein. Unter Chloroquin allein können Parasitämien leicht auftreten („suppressiv“ Prophylaxe). Retrospektive Antikörperuntersuchungen haben auch gezeigt, daß bei Verwendung von Pyrimethamin in Westafrika zumindest weniger häufig Antikörper bei nichtimmunen Europäern gefunden wurden unter einer Pyrimethamin- oder Pyrimethamin- und Chloroquin-Prophylaxe als unter Chloroquin-Prophylaxe allein. Aus diesem Grunde gibt es in England ein kombiniertes Präparat von Chloroquin und Pyrimethamin (Daraclor). Wegen der erwähnten Resistenzen gegen Pyrimethamin, die eben auftreten können, deren Ausbreitung im einzelnen jedoch nicht immer genau bekannt sind, ist eine Monoprophylaxe mit Pyrimethamin auf keinen Fall empfehlenswert. Daher rührt die „Kann“-Empfehlung des zusätzlichen Pyrimethamin durch die Arbeitsgruppe der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft.

Anschrift für die Verfasser:
Professor Dr. med.
Manfred Dietrich
Leiter der Klinischen Abteilung
des Bernhard-Nocht-Instituts
Bernhard-Nocht-Straße 74
2000 Hamburg 4

Maßnahmen bei Pruritus ani

Zu den praktischen Maßnahmen bei Pruritus ani übersandte uns Dr. med. habil. W. Kaufmann/Köln einen Leserbrief, den wir wegen der Wichtigkeit des Themas ohne eigene Stellungnahme nachstehend veröffentlichen.

Die Redaktion

Beschwerden am After sind außerordentlich häufig, möglicherweise leidet jeder zweite Bundesbürger an diesem Symptom, wenn man Erfahrungsberichten von Praktikern Glauben schenken darf. Diese Beschwerden, die selten während eines Klinikaufenthaltes geklagt werden, hängen weniger mit dem zunehmenden Übergewicht unserer Bevölkerung zusammen als vielmehr mit einem Mangel an harmonisch fordernder Muskelbewegung von Bauchdecken, Zwerchfell und Beckenboden, nachdem die Bevölkerung sich in zunehmendem Maße nicht mehr genügend bewegt, sondern im Büro, vor der häuslichen Mattscheibe und im Pendler-Auto nur mehr sitzt.

Afterbeschwerden, wie Jucken, Nässen, Brennen, Stechen und Drücken werden von den meisten klinischen Autoren unter dem Begriff Hämorrhoidalleiden zusammengefaßt. Dieser Begriff ist jedoch für die nicht schmerzhaften, meist hellrote perianale Blutung reserviert. Solches energetisch ungenutztes, daher helles Blut stammt aus einer submukösen arteriovenösen Abdichtungskaverne, die beim hastigen Pressen zur Entkotung durch den Sphinkter herausdrängt, abgeschnürt und zum Platzen gebracht wird. Bleibt die Schleimhaut vorgefallen, resultiert eine thrombosierende Entzündung als tastbarer Knoten. Bei der Ausleuchtung der Analgegend, die ich im dunklen Röntgenraum praktiziere, findet sich in der Aftergegend als Ursache von Jucken und Brennen meist eine Ent-

zündung und entzündliche Rötung der Haut, oft kranial bis zum Steiß reichend als Folge übertriebener Seifen-Hygiene. Einfetten vor jedem Stuhlgang – anfangs auch vor der Nachtruhe – und Meiden allen Seifens intertriginöser Hautflächen beseitigen Jucken und Brennen sofort.

Nässen stammt von zipflig oder zirkulär prolabierter Schleimhaut; hiergegen hilft nach Borsalbung, wie oben erwähnt, Vermeiden jeden Pressens vor und tiefes Zurückschieben bis einwärts des Sphinkters nach jedem Stuhlgang und ebenso vor der Schlaftruhe.

Eine schmerzhafte Schwellung macht beim Sitzen lokale Entlastung – nachts nach Möglichkeit Bauchlage – erforderlich.

Bei der Austastung des Analkanals mit dem linken Zeigefinger wird der Sphinkertonus beurteilt, wobei in der hinteren Kommissur nicht selten eine Schrunde zu tasten ist. Wenn die Palpation schmerzhaft empfunden wird, löst sie häufig Sphinkterverkrampfung aus.

Heftiger, schmerzhafter Dauerkampf bedarf bidigitaler Sprengung in der Initialphase des Chloräthyl-Rausches. Danach ist sofort eine schmerzlose Defäkation wieder möglich.

Haftet am tiefer austastenden Finger Blut, muß rektoskopiert werden. Helles Blut stammt in der Regel von einem Polypen in der Ampulle oder einer Rectitis haemorrhagica, dunkleres Blut nebst Detritus weckt Verdacht auf Malignom. Die Behandlung von Analbeschwerden sollte unterstützt werden durch eine ballastreiche – aber blähstoffarme – Kost, Bauchdecken-, Beckenboden- und Zwerchfell-Training sowie Sanierung des Gebisses.

Dr. med. habil.
Werner Kaufmann
Oberbuschweg
5000 Köln 50