

neueren Mitteilung darauf hin (1983). Daraus folgt, daß man in der heutigen diagnostischen Situation bis zu 100 TE durchtesten muß, falls ein Eingangstest (Perkutan-Test, Stempel) ein negatives Ergebnis hatte.

Würde man sich unter heutigen Erfahrungen allein auf einen negativen Stempeltest oder eine negative Perkutanprobe verlassen, bestünde die Gefahr,

► in einem akuten Erkrankungsfall die Diagnose Tuberkulose nicht zu stellen, damit die spezifische Behandlung zu versäumen oder streufähige Kranke in der gefährdeten Umgebung zu lassen;

► in der Überwachung, z. B. von Lehrern, in sehr vielen Fällen von einer fehlenden Tuberkulinallergie auszugehen und damit die Röntgenuntersuchung zu versäumen;

► bei der Reihenuntersuchung, z. B. von Schülern oder Rekruten, falsche Grundlagen für einen Tuberkulinkataster zu erhalten und damit unnötige Arbeit geleistet zu haben;

► nach BCG-Impfung irrtümlich von einem Mißerfolg der Impfung auszugehen und schließlich

► in der Frage einer Konversion oder nicht, Superinfektion oder nicht (das heißt BCG-Impfung plus aktiver Erkrankung) auf sehr schwachem diagnostischen Boden zu stehen.

Man kann sich auch nicht damit trösten, daß den Perkutantesten und Stempeltesten nur die Schwachreagenten entgangen seien. Hiergegen sprechen schon die genannten Ergebnisse von Kropp. Auch in unserem Krankengut sind mehrere Kinder mit gesicherter aktiver Tuberkulose enthalten, die mit allen angewandten Stempeltesten negativ waren. Was die Erfahrungen außerhalb einer aktiven Tuberkulose betrifft, so zeigen sich die beim Durchtesten mit 100 TE Erfassten durchaus nicht nur soeben positiv, sondern

zum Teil sogar sehr stark positiv. Dabei schneiden die einzelnen Stempelteste gleich schlecht ab.

Sucht man eine Erklärung für diese Diskrepanz zwischen der günstigen Trefferquote, die der Autor in Tabelle 1 aufführt, und anderen, so viel schlechteren Ergebnissen, liegt dies zum Teil wohl darin, daß sich der Autor auf ein zwar sehr großes, aber über fast 20 Jahre gestreutes Probandengut stützt. Es würde also eine zeitliche Aufgliederung sehr interessieren und sicher schlechtere Ergebnisse für die letzten Jahre erkennbar machen.

Allen Punkten, in denen P. Ch. Schmid die Bedeutung der Tuberkulinreaktionen in der Tuberkulosebekämpfung zusammenfaßt, ist voll zuzustimmen, – aber eben unter der Prämisse, daß man sich nicht allein auf einen Perkutantest oder Stempeltest (oder zwei gleichzeitig) verläßt, sondern im Falle eines dabei negativen Ergebnisses unbedingt bis 100 TE durchtestet.

Literatur

Hein. H.: Fortschritte Medizin 101 (1983) 636–638 – Hertl, M. und Mitarbeiter: Monatschrift Kinderheilkunde 132 (1984) 242–248 – Hertl, M.: Sozialpädiatrie 6 (1984) 380–383 – Jung, H. und Mitarbeiter: Deutsche Medizinische Wochenschrift 108 (1983) 452–454 – Schmid, P. Ch.: Päd. Prax. 27 (1983) 391–392

Professor Dr. med.
Michael Hertl
Chefarzt der Kinderklinik
des Krankenhauses Neuwerk
Dünner Straße 214–216
4050 Mönchengladbach 1

Schlußwort

Zu Stellungnahme I:

Daß dem DZK die Richtlinienkompetenz in Tbc-Fragen zusteht, sei unbestritten. Offensichtlich sind aber bei einigen Tbc-Problemen, wie Chemotherapie und Tuberkulindiagnostik, die Meinungen der

Pädiater zu wenig berücksichtigt worden. Die Tuberkulindiagnostik ist seit 80 Jahren eine fast ausschließliche Domäne der Pädiatrie. Ich selbst arbeite seit 40 Jahren auf diesem Gebiet. Es wäre zu wünschen, daß die Unterschiede bei Kindern und Erwachsenen in den Richtlinien deutlicher hervorgehoben würden. Die Einwände, die auf meine pädiatrisch bedingten Ausführungen gemacht werden, lassen sich ohne weiteres klarstellen.

Zu Seite 2300: Ich habe unter „Prinzip der Tuberkulindiagnostik“ erwähnt, daß es neben einer Lokalreaktion zu Allgemein- und Herdreaktionen kommen kann. Deshalb wird von uns eine stufenweise Testung praktiziert und empfohlen.

Zu Seite 2301: Die verschiedenen Testmethoden wurden in der historischen Entwicklung und Reihenfolge dargestellt. Der Stempeltest ist der letzte Test, liegt aber vergleichsweise an der Spitze (Seite 2303, Absatz 2).

Zu Seite 2302: Über den AT-Tine-Test ist m. E. das letzte Wort noch nicht gesprochen. Unsere klinischen Beobachtungen gehen in andere Richtung. Ich werde demnächst in der Zeitschrift „pädiatr. prax.“ Näheres berichten.

Zu Seite 2303: Ich habe erwähnt, daß der Mendel-Mantoux-Test mit 1000 IE bei Kindern gegenüber 100 IE zu keinen zusätzlich positiven Ergebnissen führt. (Seite 2303, 3. Spalte). Er bringt zu viele falsch-positive Ergebnisse und ist verantwortlich für jährl. 8 bis 9 Prozent Fehleinweisungen (Seite 2302, 3. Spalte).

Zu Seite 2304: Hier bin ich allerdings anderer Ansicht. Wenn heute von der BCG-Impfung abgerückt wird und dafür regelmäßige Tuberkulintestungen empfohlen werden, so sollten diese konsequent bei allen Nichtreagenten jährlich einmal durchgeführt werden. Ob sich solche Testungen

bei einem Infektionsrisiko unter ein Prozent aus ökonomischer Sicht lohnen, ist für den klinisch orientierten Pädiater belanglos. Ich würde jedenfalls nicht zögern, sofort auch zehntausend Kinder zu testen, um auch nur ein einziges frischinfiziertes herauszufinden, das vor einem möglichen Tbc-Schicksal bewahrt werden könnte. Der Test ist ja völlig harmlos und unschädlich.

Ich habe auf meine beiden Artikel so viele Zuschriften erhalten, daß ich vorläufig nicht alle Fragen beantworten kann. Ich will dies aber in Bälde kollektiv in der „pädiatr.-prax.“ tun. Auch kann ich nicht allen Sonderdruckwünschen nachkommen. Die Firma Fresenius hat sich bereit erklärt, an alle interessierten Kollegen Sonderdrucke und Informationsmaterial zu verschicken.

Bei allen sonstigen Tuberkulinfagen verweise ich auf das Merkblatt „Tuberkulinproben“ 1983 des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Poppenhuserstraße 14 c, 2000 Hamburg 60 (Tel. 0 40/2 99-30 37).

Zu Stellungnahme II:

Die Ergebnisse von Tuberkulintestungen, die von M. Hertl vor dem Erscheinen meines Artikels im DEUTSCHEN ARZTEBLATT bekanntgegeben wurden, haben auch mich überrascht. Die großen Unterschiede der Testergebnisse lassen sich so erklären:

1. Es handelt sich bei meinen Testpersonen ausschließlich um Kinder bis zu 12 Jahren, während es sich bei M. Hertl um ältere Kinder, bei Hein, Kropp, Jung u. a. hauptsächlich um Schulabgänger, Jugendliche und Erwachsene handelt. Ich habe darauf hingewiesen, daß hierbei große Unterschiede bestehen, und habe deshalb für die einzelnen Altersgruppen deutliche Unterscheidungen in der Auswahl der Testmethoden getroffen und empfohlen.

2. Unsere Testungen erstrecken sich über 20 Jahre von 1962 bis 1981. Auch wir haben festgestellt, daß die Reaktionen, vor allem bei älteren Kindern, in den 60er Jahren durchschnittlich stärker ausgefallen sind als in den 70er Jahren. Wir haben deshalb in den letzten Jahren die Testdosis etwas erhöht, indem wir die doppelte Menge Tuberkulinsalbe für die einzelnen Tests verwendet und bei den Stempeltests zusätzlich mit etwas darübergestrichener Tuberkulinsalbe nachgeholfen haben.

3. Wir mußten feststellen, daß das Tuberkulin an den Stacheln des Teststempels nach einem Jahr oft eingetrocknet ist und von den Stacheln abspringt oder sich nicht ablöst, wenn es in die Haut eingedrückt wird. Wir haben fast immer frisches Testmaterial verwendet. Erst in den letzten Jahren machten wir die Beobachtung, daß die Teststempel nach ein bis zwei Jahren unbrauchbar geworden sind. Die Herstellerfirma haben wir davon informiert und ihr empfohlen, a) Haltbarkeit und Haftfähigkeit des Tuberkulins an den Stacheln zu verbessern, b) die Tuberkulindosis zu verdoppeln und c) das Verfallsdatum entsprechend zu reduzieren.

Nach wie vor bin ich der Meinung, daß neben einem verbesserten Stempeltest der Intrakutantest nach MM bei Jugendlichen und Erwachsenen zu empfehlen ist, daß sich aber dieser Test bei Kindern auch in Zukunft nicht durchsetzen wird, da er zu umständlich, zu aufwendig und zu teuer ist. Es wird sich auch weiterhin für Kleinkinder der verstärkte Perkutantest und für Schulkinder ein verbesserter Stempeltest behaupten. – Prof. M. Hertl sei für den wertvollen Beitrag gedankt.

Professor Dr. med.
Paul-Christoph Schmid
8178 Gaissach-Mühl
(Tel. 0 80 41-39 72)
Lehrbeauftragter an der
Universität München

Nitroglyzerin zur Pfortaderdrucksenkung

Die Betablocker sind derzeit für die Langzeittherapie bei Patienten mit Ösophagusvarizen im Gespräch, da sie den Druck im Pfortadersystem zu senken vermögen. Derselbe Effekt ist offensichtlich auch mit Nitroglyzerin zu erzielen, wie zwei Forschergruppen aus Mainz und Hamburg auf der 39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Berlin vortrugen.

Staritz und Mitarbeiter konnten durch direkte Punktion der Varizen unter manometrischer Kontrolle eine Abnahme des Drucks im Pfortadersystem um fast 50 Prozent nachweisen. Ähnliche Ergebnisse wurden von Bützow und Mitarbeitern aus Eppendorf vorgetragen. Sie bestimmten über 30 Minuten den indirekten Pfortaderdruck und fanden unter 0,8 Milligramm Glyceroltrinitrat (zum Beispiel Gilustenon®, Nitrolingual®, Nitro Mack®) eine Pfortaderdrucksenkung um durchschnittlich 27 Prozent. Diese Drucksenkung ließ sich durch die zusätzliche Gabe von 200 Milligramm Metoprolol (zum Beispiel Beloc®) noch verstärken.

Auch wenn derzeit noch keine Langzeitergebnisse vorliegen, so erscheint die Gabe eines Nitro-Retardpräparates bei Patienten mit ausgeprägten Ösophagusvarizen durchaus sinnvoll. Auch bei der medikamentösen Behandlung der Varizenblutung mit Vasopressinderivaten könnte sich die gleichzeitige Gabe eines Nitroperfusors günstig auswirken. W

Staritz, M., Poralla, T., Ewe, K., Meyer, K.-H., Zum Büschenfelde: Der Einfluß von Nitroglyzerin auf den Ösophagusvarizendruck bei Patienten mit Leberzirrhose. Bützow, G. H., Windler, E., Rammoser, H., Lempp, F.: Einfluß von Nitroglycerin auf den Pfortaderdruck bei dekompensierter Leberzirrhose

(39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Berlin 1984)