

Tabelle 5: Einige diagnostisch wichtige Unterscheidungsmerkmale zwischen TSS und Scharlach, skaliert und grob quantifiziert

Merkmal	Symptomwert
- Hypotension	+ 10
- Normotension	- 10
- konjunktivale Hyperämie	+ 10
- fehlende konjunktivale Hyperämie	- 10
- Harnstoff oder Kreatinin erhöht	+ 10
- Harnstoff oder Kreatinin normal	- 10
- Thrombozytopenie	+ 10
- normale Thrombozytenzahl	- 10
- zentralnervöse Erscheinungen	+ 10
- fehlende zentralnervöse Erscheinungen	- 10
- Halslymphknotenschwellung	- 20
- fehlende Halslymphknotenschwellung	+ 20
- Scharlachangina	- 50
- keine Scharlachangina	+ 50
TSS-Bereich	+ 100 bis + 0
Scharlach-Bereich	- 100 bis ± 0
Bewertung:	
+ 100 = Wahrscheinlichkeit für TSS ~ 100%	
+ 50 = Wahrscheinlichkeit für TSS ~ 50%	
- 100 = Wahrscheinlichkeit für Scharlach ~ 100%	
- 50 = Wahrscheinlichkeit für Scharlach ~ 50%	
± 0 = keine Aussage möglich	

lierten und gewichteten Symptomenvergleichs dann einen besonderen Wert erlangen, wenn es zum Beispiel darum geht, Daten und Befunde retrospektiv aus individuellen Krankenblättern und Befundberichten auszuwerten und diagnostisch zu beurteilen.

Eine weitere Schwäche des Verfahrens ist darin zu sehen, daß eine derartige skalierte Symptomenauflistung niemals imstande sein kann, bestimmte, differentialdiagnostisch gleichfalls sehr wichtige Kriterien des dynamischen Krankheitsablaufes vollständig bewertend zu berücksichtigen (zum Beispiel Zeitpunkt des Fieberbeginns und Fieberablauf, Exanthembeginn und Exanthemablauf u. v. a. m.). Der Wert solcher krankheitsdynamischer Merkmale für die Differentialdiagnose wird besonders bei graphischen Verlaufsdarstellungen erkennbar, wie dies mit der Abbildung beispielhaft gezeigt werden soll.

Literatur

1. Leiber, B.: Diagnostische Leitsymptome, Begriff, Funktion und Bedeutung für die „Strategie der Diagnostik“. Dt. Ärztebl. 79 (1982), Heft 23, S. 29-38

2. Todd, J. K.; Fishaut, M.; Kapral, F., and Th. Welch: Toxic-shock syndrome associated with phage group I staphylococci. Lancet II (1978) 116-118
 3. Petiti, D. B.; Reingold, A., and J. Chin: The incidence of toxic shock syndrome in Northern California. J. Am. Med. Ass. 255 (1986) 368-372
 4. Institute of Medicine: Toxic shock syndrome. Washington, DC, National Academy Press 1982
 5. Reingold, A. L.: Toxic shock in the United States of America: Epidemiology. Postgr. Med. J. 61 (1985) Suppl. 1, 23-24
 6. Vischer, W. A.; Stalder, H. und D. M. Faupel: Frequenz von „Toxic-Shock-Syndrom-Toxin“ bildenden Stämmen von Staphylococcus aureus in der Region Basel. Schweiz. med. Wschr. 115 (1985) 1196-1199
 7. Wiesenthal, A. M.; Ressman, M.; Caston, Sh. A., and J. K. Todd: Toxic shock syndrome. I. Clinical exclusion of other syndromes by strict and screening definitions. Am. J. Epidemiol. 122 (1985) 847-856
 8. Chesney, P. J.; Davis, J. P.; Purdy, W. K.; Wand, P. J., and R. W. Chesney: Clinical manifestations of toxic shock syndrome. J. Am. Med. Ass. 246 (1981) 741-748

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Bernfried Leiber
 Universitätsklinikum Frankfurt
 Theodor-Stern-Kai 7
 6000 Frankfurt am Main 70

Mesenterialinfarkt

Der akute Mesenterialinfarkt ist selten, stellt jedoch eine höchst lebensbedrohliche Ursache des akuten Abdomens dar. Eine arterielle Embolie läßt sich in etwa 70 Prozent als Begründung ermitteln.

Im Rahmen einer retrospektiven Studie (38 Patienten zwischen 1981 und 1987, Durchschnittsalter: 70,6 Jahre) werden die aktuellen diagnostischen und therapeutischen Aspekte dargestellt. Besonders das lange Zeitintervall zwischen Auftreten eines Symptoms und der Therapie mit einer Latenzzeit von durchschnittlich 25,8 Stunden bedingt die hohe Operationssterblichkeit mit einer festgestellten Gesamletalität von 52,9 Prozent. Daher ist die Frühdiagnose - mit wechselnder stadienbedingter Symptomatik - entscheidend, um den Therapiebeginn in die ischämische Toleranzzeit des Darmes (sechs bis zwölf Stunden) zu verlegen. Hierbei können - neben der Probelaparotomie - die transfemorale Angiographie und der Fluorescein-UV-Test zur Bestimmung von Darmvitalität und Resektionsgrenzen entscheidend weiterhelfen.

Bei ausgedehnter Darmischämie hat die Revaskularisation eindeutig Vorrang, die Operationsletalität sank - teilweise in Kombination mit einer begrenzten Darmresektion - auf 20 Prozent. Nach alleiniger Darmresektion verstarben 55,6 Prozent, eine alleinige Probelaparotomie mit Feststellung der Inoperabilität war mit einer Sterblichkeit von 100 Prozent belastet.

Die tägliche Serum-Lactat-Bestimmung ermöglicht zusammen mit dem klinischen Zustand eine verlässliche Verlaufskontrolle in der postoperativen Phase und erlaubt den Verzicht auf eine routinemäßige Second-look-Operation. Lokale Lyse und Papaverin-Dauerinfusionen via Angiographiekatheter eröffnen neue therapeutische Möglichkeiten beim Mesenterialinfarkt. mle

Paes E., J. F. Vollmer et al.: „Der Mesenterialinfarkt“. Chirurg (1988) 59: 828-835

Dr. E. Paes, Abteilung für Gefäß- und Thoraxchirurgie, Klinikum der Universität, Steinhövelstraße 9, 7900 Ulm/Donau