

Infektionskrankheiten des Nervensystems

Wissenschaftliche Tagung der Neurologischen Universitäts-Klinik mit Poliklinik in Marburg, Mai 1990

Etwa 300 Neurologen und Nervenärzte aus der gesamten Bundesrepublik und der DDR folgten Anfang Mai der Einladung zu einer wissenschaftlichen Tagung über Infektionskrankheiten des Nervensystems. Durch 65 Vorträge konnten sie sich über aktuelle Probleme der Diagnostik, Klinik, Therapie und Prophylaxe informieren.

Liquoruntersuchungen

Wie Professor *Klaus Felgenhauer*, Göttingen, in seinem Übersichtsreferat ausführte, ermöglichen die modernen Methoden der Liquoruntersuchung in vielen Fällen die Diagnose einer Infektion des zentralen Nervensystems. Neben den klassischen Parametern wie Zellzahlerhöhung, Gesamteiweiß- und Lactaterhöhung und dem Nachweis intrathekalen Antikörperproduktion durch Bildung von Liquor-Serum-Quotienten oder isoelektrischer Fokussierung haben in den letzten Jahren vor allem empfindliche ELISA-Verfahren die Möglichkeit eröffnet, spezifische Antikörper gegen bestimmte Erreger im Liquor nachzuweisen. Bezogen auf den Serum-Titer erlauben sie unter Umständen, die Diagnose einer ZNS-Infektion zu stellen. Noch empfindlicher werden neueste Entwicklungen der Gentechnik sein: Mit Hilfe der Polymerase-Ketten-Reaktion (polymerase chain reaction, PCR) gelingt es, geringste DNA-Mengen eines Erregers im Liquor aufzuspüren.

Neuroborreliosen

Dr. H.-W. Pfister, München, stellte die Diagnostik, Klinik und Therapie der Neuroborreliosen dar und führte aus, daß das Ergebnis serologischer Tests aus dem Blut allein

nicht zu dieser Diagnose berechtigt. Auch hier ist neben der Klinik der Liquorbefund entscheidend. Allerdings werden in der Bundesrepublik unterschiedlich empfindliche Testverfahren eingesetzt, so daß es angesichts der hohen „stillen“ Durchseuchung der Bevölkerung zwischen 5 bis 20 Prozent je nach Alter und Region zu interpretatorischen Schwierigkeiten kommen kann.

AIDS

Privatdozent *Dr. W. Enzensberger*, Frankfurt, referierte die neurologischen und psychiatrischen Syndrome bei HIV-Infektion, die bei etwa der Hälfte der Patienten im Krankheitsverlauf auftreten. In 10 bis 20 Prozent können sie die erste Manifestation des AIDS darstellen. In großen Studien des letzten Jahres konnte allerdings nachgewiesen werden, daß es im sogenannten „asymptomatischen Stadium“ der HIV-Infektion nicht zu einem Nachlassen der hirnorganischen Leistungsfähigkeit im Vergleich zu einem geeigneten Kontrollkollektiv kommt. Erst nach Erreichen eines fortgeschrittenen Lymphadenopathie-Syndroms und noch ausgeprägter im Vollbild AIDS fand sich ein Rückgang der psychischen Leistungsfähigkeit.

Zahlreiche bisher sehr seltene opportunistische Erkrankungen des zentralen Nervensystems wie Pilzinfektionen, Toxoplasmose, gelegentlich auch Tuberkulose sowie erneut die Lues werden infolge der AIDS-Epidemie häufiger angetroffen, was zahlreiche diagnostische und therapeutische Probleme aufwirft, wie in mehreren Vorträgen ausgeführt.

Die Klassifikation der körperlich begründbaren Psychosen von *Kurt Schneider* bewährt sich gerade bei den psychopathologischen Veränderungen von ZNS-Infektionen, wie

Professor *Felix Böcker*, Bayreuth, im Gegensatz zu der erst kürzlich im Deutschen Ärzteblatt vertretenen Ansicht betonte (R. Tölle, Dtsch. Ärztebl. 87, B-816, 1990).

Professor Dr. med. Gert Huffmann
Leiter der Klinik für Neurologie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
W-3550 Marburg

FÜR SIE REFERIERT

Omeprazol bei H₂-Blocker-resistenten Ulzera

Die Autoren verglichen die Effizienz von 20 mg Omeprazol und 2 × 150 mg Ranitidin bei Ulcus-duodeni-Patienten, deren Geschwür nach einer sechswöchigen Behandlung mit 800 mg Cimetidin oder 300 mg Ranitidin nicht abgeheilt war. An der Studie nahmen insgesamt 151 Patienten teil. Die Heilungsraten lagen nach zweiwöchiger Behandlung mit Omeprazol bei 46,6 Prozent, mit Ranitidin bei 43,3 Prozent, nach vierwöchiger Therapie bei 79,6 Prozent beziehungsweise 75,4 Prozent. Bei 20 Patienten, bei denen das Geschwür am Tag 29 immer noch nachweisbar war, wurde vier Wochen lang mit Omeprazol weiterbehandelt. Jetzt heilten 16 von 20 (80 Prozent) der Geschwüre ab. Hinsichtlich Ulkusschmerzen und Sodbrennen ergab sich kein Unterschied zwischen Omeprazol und Ranitidin. 41 der 151 Patienten klagten über Nebenwirkungen, 10 unter Omeprazol, 22 unter Ranitidin. Nebenwirkungen führten bei insgesamt sieben Patienten zu einem Therapieabbruch. W

Delchier, J. C., J. P. Isal, S. Eriksson, J. C. Soule: Double Blind Multicentre Comparison of Omeprazole 20 mg Once Daily Versus Ranitidine 150 mg Twice Daily in the Treatment of Cimetidine or Ranitidine Resistant Duodenal Ulcers. Gut 30: 1173-1178, 1989.

Unité Inserm 99 et Service des Gastroentérologie Hôpital Henri Mondor, Créteil, Frankreich.