

Immungeschwächte Patienten: Die Lunge ist am meisten gefährdet

Zu dem Beitrag von Prof. Dr. med. Peter Endres
in Heft 12/1989

Andere Auffassungen

Da ich bis vor kurzem als Fellow in Infectious Diseases am Memorial Sloan-Kettering Cancer Center tätig war und mehr als drei Jahre über dieses Thema gearbeitet habe, weise ich auf Fehler in der Arbeit von Prof. Endres hin:

1. Als Grenze für eine Gefährdung des Patienten durch (bakterielle) Infektionskrankheiten wird seit der Arbeit von Bodey et al. (1966) in den meisten Zentren weltweit eine Zahl neutrophiler Granulozyten von unter 1000, zum Teil sogar von unter 500/ul angenommen (1).

2. Der Nachweis von Pilzen im Bronchialsekret ist keinesfalls gleichbedeutend mit dem Nachweis einer Erkrankung durch Pilze (der Autor meint wohl „Pilzinfektionskrankheit“ und nicht „Pilzinfektionen“). Bei praktisch jedem Leukämiepatienten unter Induktionschemotherapie lassen sich Hefen im Bronchialsekret nachweisen, eine Hefepneumonie ist dagegen selten.

3. Liegt eine Pilzinfektion vor, so ist deren Behandlung abhängig von der Grunderkrankung, der klinischen Situation und vor allem vom nachgewiesenen Pilz. Eine Aspergillose wird anders behandelt als eine Histoplasmose oder eine Kryptokokkose!

4. Es ist nicht korrekt zu schreiben, Pilzinfektionen seien bei immunsupprimierender Therapie die Ausnahme. Beispielsweise wird die Häufigkeit einer Aspergillus-Pneumonie nach/unter Chemotherapie bei aktiver Leukämie im Erwachsenenalter zum Teil mit 15 Prozent aller Patienten angegeben (2, 3).

5. Dem Autor ist wohl eine Verwechslung unterlaufen: Spiegelkontrollen sind bei Amphotericin B weder notwendig noch sinnvoll, wohl aber

bei 5-FC! Es fehlt auch der Hinweis, daß Todesfälle als Folge zu hoher 5-FC-Spiegel bekannt geworden sind.

6. Eine Reduktion der Dosis von Amphotericin B bei Kombination mit 5-FC ist ausschließlich bei Cryptococcus-neoformans-Meningitis hinlänglich studiert! Aus guten Gründen wird aber selbst bei dieser Indikation an vielen Zentren weltweit nach wie vor die 1-mg/kg-Tagesdosis gegeben (4).

7. Keinesfalls liegt bei AIDS ein isolierter T-Zelldefekt vor (5)!

8. Die Alternative zu „empirischem Cotrimoxazol“ bei Verdacht auf eine Pneumocystis-carinii-Pneumonie (PCP) ist nicht Pentamidin, sondern Pentamidin plus Ampicillin. Es sind Todesfälle bei AIDS-Patienten beschrieben, die bei radiologisch interstitieller Pneumonie (V. a. PCP) mit Pentamidin alleine behandelt worden waren, aber eine H. influenzae oder S.-pneumoniae-Pneumonie hatten. AIDS ist eben kein isolierter T-Zelldefekt, und H. influenzae und S. pneumoniae gehören zum Erregerspektrum der „Pneumonie bei AIDS“ . . . (6)

9. Ich vermisse einen Hinweis darauf, daß die meisten Patienten mit AIDS Cotrimoxazol nicht vertragen; daher sollte auch auf die Möglichkeit der Prophylaxe mit Aerosol Pentamidin hingewiesen werden (6, 7, 8).

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Heinz-J. Schmitt
Universitätskinderklinik
Postfach 39 60 · 6500 Mainz

Schlußwort

Herr Dr. Schmitt hat Recht mit dem Hinweis, daß die Plasmabestimmung von Fluocytosin gemeint war und nicht die von Amphotericin. Sei-

ne übrigen Feststellungen kann ich jedoch nicht nachvollziehen, da sie teilweise eigentümliche Zitate oder Interpretationen („der Autor meint wohl“) meines Textes darstellen. Herr Dr. Schmitt berücksichtigt offenbar nicht, daß in Amerika und der Bundesrepublik erhebliche epidemiologische Unterschiede bestehen.

Wenn in den meisten Zentren 1000 Granulozyten als Grenzwert der Infektionsgefährdung gelten, so geht aus der Formulierung meines Erachtens hervor, daß einige Zentren andere Zahlen haben. Grenzwerte in der klinischen Medizin sind immer etwas willkürlich und vereinfachend, sie dürfen nie überinterpretiert werden. In der Bundesrepublik gelten bei der Beurteilung von bronchopulmonalen Pilzkrankungen andere Maßstäbe als in Amerika, wo, wie angegeben, Herr Dr. Schmitt sein Wissen erfahren hat. Es liegt dort ein ganz anderes Erregerspektrum vor, und die Frequenz an bronchopulmonalen Pilzkrankungen ist wesentlich größer.

Der hiesige Nachweis von Pilzen im Bronchialsekret spricht durchaus für eine bronchopulmonale Pilzinfektion, da man dieses Bronchialsekret nur bei einer entsprechenden klinischen Fragestellung gewinnen wird. Bei der üblichen immunsuppressiven Therapie mit zum Beispiel Glukokortikoiden stimmen wir bezüglich der Seltenheit einer Hefepneumonie überein. Wenn allerdings unter der von Herrn Dr. Schmitt angegebenen Ausnahmesituation einer Induktionschemotherapie von Leukämiepatienten Hefen im Bronchialsekret nachgewiesen werden, so erscheint mir seine Wertung unter dem Gesichtspunkt: „Hefepneumonien sind selten“ für sehr gefährlich. 16 von 95 in Frankfurt verstorbenen Erwachsenen mit akuter Leukämie wiesen eine Erkrankung durch Candida auf (Stille 1987).

Die bei uns klinisch relevanten bronchopulmonalen Pilzinfektionen werden mit den angegebenen Dosierungen durchaus gleichsinnig behandelt, der Hinweis von Herrn Dr. Schmitt auf die Histoplasmose ist theoretisch richtig, aber praktisch ohne Bedeutung: Die Histoplasmose ist endemisch in Amerika und spielt

hier keine Rolle. AIDS liegt eine isolierte T-Zellinfektion zugrunde, da das Virus selektiv humane T-Lymphozyten befällt (Fauci und Lane 1987). Pentamidin wird als Alternative für Cotrimoxazol bei Pneumocystis carinii besprochen. Die antibakterielle Therapie wird an anderer Stelle erwähnt. Das von Herrn Dr. Schmitt genannte Ampizillin gilt dabei im Rahmen einer oralen Thera-

pie nicht als Mittel der ersten Wahl, da seine Resorption sehr stark schwankt. Neu ist, daß in Kürze ein wirksames Mittel gegen CMV-Infektionen im Handel sein wird.

Prof. Dr. med. Peter Endres
Leitender Arzt der
II. Medizinischen Klinik des
Nordwest-Krankenhauses
Sanderbusch · 2945 Sande 1

Parkinson-Operation: noch experimentell

Die Autoren reproduzierten bei 19 Patienten mit schwerer Parkinsonscher Erkrankung das von Madrazo et al. entwickelte Operationsverfahren zur Transplantation des Nebennierenmarks in das Corpus Striatum. Sie untersuchten diese Patienten postoperativ über einen Zeitraum von sechs Monaten. Anhand standardisierter Skalen wurde die motorische Funktion festgestellt und der Umfang und die Qualität der „on“- und „off“-Zeiten bestimmt (wache Stunden am Tag mit wirksamer und unwirksamer Parkinson-Medikation).

Eine signifikante Verbesserung in Herdbereichen der motorischen Funktion wurde verifiziert. Der mittlere Prozentsatz der „on“-Zeit am Tag stieg von 47,6 Prozent auf 75,0 Prozent ($P = 0,12$); der mittlere Prozentsatz der „on“-Zeit ohne Chorea stieg von 26,6 Prozent auf 59,2 Prozent ($P = 0,006$); die mittlere Schwere der „off“-Zeit sank gemäß der Unterskala für Aktivitäten im täglichen Leben der Vereinheitlichten Parkinsonerkrankungsskala ($P = 0,002$) und der Schwab-und-England-Skala ($P = 0,037$). Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Madrazo et al. konnte die Dosierung der Antiparkinson-Medikation nicht reduziert werden, und die postoperative Morbidität war erheblich.

So kommen die Autoren zu der Schlußfolgerung, daß trotz vorsichtigen Optimismus eine breit angelegte Anwendung dieses Verfahrens au-

ßerhalb der Forschungszentren verfrüht wäre, da die in dieser Studie erreichten Verbesserungsergebnisse nicht so groß waren wie in vorhergegangenen Fällen.

Lng

Dr. Goetz, C. G. et al.: Multicenter Study of Autologous Adrenal Medullary Transplantation to the Corpus Striatum in Patients with Advanced Parkinson's Disease. *New Engl. Journ. Med.*, 320 (1989) 337-341

Dr. Christopher G. Goetz, Department of Neurological Sciences, Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center, 1725 W. Harrison St., Chicago, Illinois, IL. 60612, USA.

Lokalbehandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen

Bei allen schweren Verlaufsformen der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn wird eine Lokalthherapie mit Cortisoneinläufen empfohlen. Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Corticosteroide wird offensichtlich resorbiert und kann zu ausgeprägten systemischen Nebenwirkungen führen. Dies trifft offensichtlich für Tixocortol-Pivalat, ein 21-Thiolderivat des Hydrocortisons, nicht zu. In offenen und kontrollierten Studien an Patienten mit akuter oder rezidivierender distaler Colitis ließ sich nachweisen, daß Dosen zwischen 250 und 1000 mg in 100 ml Lö-

sung zu keiner Veränderung der Serumcortisolspiegel führten. Hinsichtlich des lokalen antiphlogistischen Effekts, der überwiegend die Prostaglandinbiosynthese betrifft, ließ sich zeigen, daß Tixocortol-Pivalat ebenso effektiv ist wie systemisch resorbierte Steroide. Zumindest bei den Patienten, bei denen es unter Betnesol- oder Phoscortil-Klysmen beziehungsweise Colifoam-Einläufen zu systemischen Nebenwirkungen kommt, sollte nach Meinung des Autors auf Tixocortol-Pivalat ausgewichen werden.

W

Hanauer, S. B.: Clinical experience with tixocortol pivalate. *Can. J. Gastroenterol.* 2: 156-158, 1988.

Department of Medicine, University of Chicago Medical Center, Chicago, Illinois, IL 60637, USA.

Leichtrauchen ist kein Ausweg

In einer Studie an 1190 im Klinikum Mannheim verstorbenen Rauchern wurden die Ergebnisse einer früheren Untersuchung aus der Forschungsstelle für präventive Onkologie voll bestätigt. Obwohl die verstorbenen Filterzigarettenraucher später mit dem Rauchen begannen, über einen kürzeren Zeitraum geraucht und durchschnittlich 3,7 Zigaretten täglich weniger konsumiert hatten, starben sie – statistisch gesichert – im Mittel um 4 Jahre früher als die Zigarettenraucher ohne Filter. Die Befunde stehen im Einklang mit der Mehrzahl der einschlägigen Ergebnisse des Weltschrifttums. Sogar der Forschungsrat Rauchen und Gesundheit der Industrie erkennt inzwischen an, daß verminderter Schadstoffgehalt von Zigaretten durch Mehrkonsum und/oder vertiefte Inhalation kompensiert oder sogar überkompensiert wird. Dadurch wird die Werbung der Zigarettenindustrie für das „Leichtrauchen“ als irreführend entlarvt.

shi

Krüger, H., F. Schmidt: Leichtrauchen ist kein Ausweg, *Med. Welt* 40 (1989): 1091-1094.

Prof. Dr. Ferdinand Schmidt, Am Hinterberg 3, 6916 Wilhelmsfeld.