

Transfusionsmalaria als Ursache von unklarem postoperativen Fieber

Leserbrief zu: O. Witt, A. Iglauer, J. Riggert,
W. Bommer, S. Eber (1998)

Monatsschr Kinderheilkd/146: 1054–1056

O. Witt und Kollegen beschreiben in ihrem Artikel in gelungener Weise den Fall eines Kindes mit postoperativer Transfusionsmalaria. Den Autoren und noch mehr der aufmerksamen medizinisch-technischen Assistentin, die den Blutausschrieb initial beurteilte, ist zu der Diagnosestellung uneingeschränkt zu gratulieren. Wer denkt schon in Europa oder Nordamerika an eine Transfusionsmalaria als Ursache eines postoperativen Fiebers? Insofern ist diese Kasuistik sehr wichtig, da sie uns in Erinnerung ruft, daß bei der Diagnose auch an in der westlichen Welt sehr seltene Krankheitsbilder zu denken ist. Trotz der gelungenen Darstellung erlaube ich mir zwei Anmerkungen, die auf den Erfahrungen meiner Arbeit in einem tropischen Land beruhen.

1. Es ist sehr ungewöhnlich, daß die initiale, intravenöse Chinintherapie, die hochwirksam war, auf orale Halofantringabe umgestellt wurde. Dieses Vorgehen findet sich in keiner mir zugänglichen Literatur, auch nicht neueren Datums [1–3]. In den Ländern, in denen Malaria endemisch ist, wird bei Chloroquinresistenz in der Regel eine 7tägige Chinintherapie mit/ohne Doxycyclin oder bei Verfügbarkeit eine Behandlung mit Artemisininderivaten durchgeführt. Auch wird, zugegebenermaßen aus eher theoretischen Überlegungen, davon abgeraten, Halofantrin mit Chinin zu kombinieren, v.a. wegen kardiotoxischer Nebenwirkungen [2].
2. Die Anzahl der publizierten Transfusionsmalariafälle gibt in keiner Weise

die Inzidenz dieser Erkrankung wieder. Aus Fallberichten lässt sich keine Inzidenz herleiten. In Europa und den USA wird man diese Fälle – weil selten – eher publizieren. In den Malariaendemiegebieten der tropischen und subtropischen Länder gehört ein derartiges Ereignis aber zur Normalität, sodass kaum jemand diese Fälle publizieren würde. In diesen Ländern mit 300 bis 500 Millionen Malariaerkrankungen pro Jahr werden jedes Jahr Millionen von Bluttransfusionen wegen Anämie oder perioperativ durchgeführt. Kaum eines der technisch und personell unzureichend ausgestatteten Laboratorien und Krankenhäuser ist in der Lage, jede Blutkonserve vor Transfusion auf Malariaparasiten zu untersuchen. An unserem Krankenhaus mit ca. 10.000 stationären Patienten pro Jahr wurden 1998 994 große Operationen durchgeführt, insgesamt 999 Bluttransfusionen waren aufgrund von Anämie oder perioperativ notwendig. So kam und kommt es bei uns und weltweit in nicht bekannter Zahl täglich zu transfusionsbedingter Malaria, allerdings wohl mit einer geringeren Letalität als in Europa oder den USA, da jeder in den Tropen tätige Mediziner diese Komplikation frühzeitig bedenken wird.

Literatur

1. Kretschmer H (1999) **Malaria. Aktuelle Empfehlungen zu Diagnostik, Therapie und Prophylaxe.** Münch med Wochenschr 141:96–101

2. White NJ (1996) **Malaria.** In: Cook GC (ed) *Manson's Tropical Diseases.* Saunders, London Philadelphia Toronto Sydney Tokyo, pp 1087–1164
3. White NJ (1996) **The treatment of malaria.** N Engl J Med 335:800–806

Erwiderung der Autoren

Die Dauer der intravenösen Chininbehandlung hängt von der Entwicklung des klinischen Bildes und von der Schnelligkeit der Parasitenclearance ab. Wir folgen dabei der Regel, die Infusionen nicht länger als unbedingt notwendig durchzuführen und so früh wie möglich eine orale Medikation anzustreben. Statt einer Weiterbehandlung mit Chinintabletten hat sich bei uns eine „Abschlusstherapie“ z.B. mit Mefloquin oder Halofantrin seit langem sehr bewährt. Allerdings muß dabei ein zeitlicher Abstand von 12 Stunden nach Beendigung der letzten Chinininfusion eingehalten werden. Neuere Medikamente wie Atovaquon/Proguanil (Malarone) oder Artemether/Lumefantrin (Riamed) sind ebenfalls für eine abschließende Behandlung geeignet, besonders in Gebieten mit Multiresistenz.

Was die Verhütung von Malariafällen durch Bluttransfusion betrifft, so ist diese in europäischen Ländern bis zu einem gewissen Grade möglich, wenn die Empfehlungen des Europarates zu Blut und Blutzubereitungen vom 1.12.1995 befolgt werden. Danach sind

Dr. med. Carsten Krüger
Leitender Kinderarzt, Neonatologe, Haydom
Lutheran Hospital, P.O. Mbulu, Haydom, Tansania

Personen, die an Malaria erkrankt sind oder waren oder in einem Malariaendemiegebiet geboren oder aufgewachsen sind, von der Blutspende auszuschließen. Wenn Personen Malariaendemiegebiete besucht haben und es zum Auftreten von Fieberschüben gekommen ist, sollen diese nur dann für eine Blutspende zugelassen werden, wenn 12 Monate keine Fieberschübe mehr aufgetreten sind und der Nachweis von Plasmodienantikörpern negativ ausfällt.

Wenn man indessen bedenkt, dass Malaria-tropica-Plasmodien noch 4 Jahre nach einer durchgemachten Erkrankung mit dem Blut übertragen werden können, ist zu bezweifeln, ob diese Maßnahmen wirklich ausreichend sind.

Literatur

1. Gilles HM (1991) **Management of severe and complicated malaria**. A practical handbook. World Health Organization Geneva
2. Bommer W, Christophel EM, Dupont W, Kuhlencord A, Mergeryan H (1990) **Zur Problematik importierter Malariainfektionen**. Med Klin 85, Nr. 5, 310–318
3. Bommer W, Christophel EM, Kuhlencord A, Mergeryan H, Nolte KH, Bätzing J, Zappel H (1993) **Klinische Erfahrungen mit importierten Infektionen – Malaria, Leishmaniasis, Filariasis**. Mitt Österr Ges Tropenmed Parasitol 15: 89–96
4. Nolte KH, Stibbe W, Kuhlencord A, Bommer W, Gallasch E (1987) **Transfusionsbedingte Malaria tropica**. Beitr Infusionsther Klin Ernähr 18: 42–46

O. Witt, W. Bommer

Univ.-Kinderklinik Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen

U. Amon, I. Ruckriegel (Hrsg.)

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis Patientenbindung, Praxisorganisation, Fehlervermeidung

Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2000.
154 S., 25 Abb., (ISBN: 3-540-66210-3), brosch.,
DM 129,-

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind in den letzten Jahren zu Schlagworten in der Gesundheitspolitik geworden. In Deutschland besteht seit dem Gesundheitsreformgesetz (1989) und dem Gesundheitsstrukturgesetz (1993) die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung (Sozialgesetzbuch V). 1993 wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Richtlinien für Verfahren der Qualitätssicherung verabschiedet.

Während sich Qualitätsmanagement im stationären Bereich nach Durchführung zahlreicher Projekte und durch Unterstützung staatlicher Förderer langsam durchzusetzen scheint, blieben konkrete Umsetzungen von QM für „kleinere Unternehmen“ im Gesundheitswesen bisher auf einzelne, besonders motivierte Praxen und ihre Inhaber beschränkt. Das Ziel des neu erschienenen Buchs zum QM in der Arztpraxis spricht nun speziell niedergelassene Kollegen und ihre Mitarbeiter an, die sich inhaltlich und formal mit Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsfeld auseinandersetzen wollen und ggf. eine Zertifizierung der eigenen Praxis anstreben.

Das Buch stellt die wichtigsten Aspekte dar, welche der niedergelassene Arzt und seine Mitarbeiter über Qualitätsmanagement in der Praxis wissen müssen. Erfahrene Praxisleiter, aber auch Anfänger lernen mit diesem Buch, wie sie die Prinzipien von Qualitätsmanagement umsetzen können. Der Leitfaden ist in insgesamt 10 Kapitel

aufgeteilt, wobei drei größere Inhaltsbereiche abgedeckt werden: Die ersten drei Kapitel widmen sich dem derzeitigen Stand des Qualitätsmanagements im deutschen Gesundheitswesen und einer Übersicht über die derzeit gängigen QM- und Zertifizierungsmodelle. Besonders gelungen sind die folgenden Kapitel 4–6, in denen anhand vieler konkreter Beispiele und Arbeitsmaterialien die Themen Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie Ideen und Tipps für Arzthelferinnen zur Qualitätsverbesserung vieler Abläufe in der Praxis dargestellt werden. Sehr cursorisch wird im dritten Teil hingegen nur auf zentrale Bausteine modernen QMs in der Medizin

wie Leitlinien, Prinzipien der Evidence-Based-Medicine und die Konzepte von Qualitätszirkeln eingegangen. Die Darstellung von EDV-Möglichkeiten zur Verbesserung der internen Kommunikation in der Praxis bleibt auf einfachem Niveau und ist für Kollegen interessant, die sich noch nicht mit den Einsatzmöglichkeiten von Computern zur Verbesserung von Praxisabläufen auseinandergesetzt haben. Anregend ist zum Abschluss

das Kapitel zu Verbesserungsmöglichkeiten des Praxismarketings.

Das Buch ist didaktisch gut aufbereitet, verfügt über eine klare Strukturierung, gut gestaltete Tabellen und eine sinnvolle Merkleiste. Wertmüsstropfen des insgesamt hilfreichen Leitfadens sind: inhaltliche Redundanzen in den einzelnen Kapiteln, die sich bei Herausgeberwerken einmal mehr nur durch „strenge“ redaktionelle Bearbeitung verhindern lassen, das unkommentierte Literaturverzeichnis, welches ohne Bezug zum Buchtext steht und schließlich der hohe Preis des Bandes.

M. Härter (Freiburg)

