

Aus der II. Med. Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien
Vorstand: Univ. Prof. Dr. R. Wenger

Malaria als intensivmedizinisches Problem

R. Wenger und H. Schopper

Nach einer Malariainfektion ist Spitalsaufnahme geboten. Vom Schweregrad der Allgemeinerscheinungen wird es abhängen, ob der Pat. einer intensivmedizinischen Betreuung bedarf oder nicht. Die kennzeichnenden, mit Kältegefühl und Frösteln beginnenden Anfälle, die mit hohem Fieber, Schwitzen und Schüttelfrost einhergehen, zeigen ihre Periodizität (bei Tertiana und Infektion mit Plasm. ovale ein, bei Quartana zwei Tage Zwischenraum, bei Tropica vielfach tägliche Anfälle) oft noch nicht gleich zu Beginn der Erkrankung. Kopfschmerzen und Erbrechen sind häufig, der Harn ist meist dunkel (Urobilinvermehrung) und kann Eiweiß enthalten. Die Diagnose ist mittels dicken Tropfen und Blutaussstriches zu stellen. An Laborbefunden sollten neben dem Blutbild, LDH, HBDH, ein Gerinnungsstatus, der Fibrinogen einschließt, regelmäßig erhoben werden. Auf den Zerfall von Leberzellen geben Cholinesterase, GPT, über eine Cholestase γ GT und alkalische Phosphatase Hinweise. Überwachung der Herz-Kreislauffunktion, sowie Beobachtung eventueller cerebraler und enteraler Symptome ist unbedingt angezeigt. Herz-Kreislaufsymptome sind, vor allem bei Tropica, nicht selten (Tachykardie, Extrasystolie, Herzdilatation). Im Ekg treten ST-Senkungen und T-Abflachungen auf.

Spezifische Therapie der Malariainfektion

Die Anfangsdosis bei einer schweren Tropica-Infektion liegt bei 750 mg Resochin per infusionem, sowie 0,5 g Chininum hydrochloricum, langsam i.v. gegeben. Sechs Stunden später 500 mg Resochin per infusionem, acht Stunden später 0,5g Chininum hydrochloricum. Nach 24 Stunden 500 mg Resochin oral (= 2 Tbl.). Chinin ist wegen der schnelleren Wirkung gegenüber anderen Malariamitteln bei den bedrohlichen Verlaufsformen der Tropica indiziert. Am nächsten Tag empfiehlt sich die Gabe von 0,5 g Chinin p. os, sowie von zwei Tabl. Resochin à 250 mg, zwei Tage später nochmals die gleiche Dosis. Bei Resochinresistenz wird eine Kombination von Sulfadoxin und Pyrimethamin empfohlen (Fansidar®). Es wirkt auf die praerythrozytären Formen und verhindert die Weiterentwicklung der Gametocyten in den Überträgermücken, es bringt außerdem Ringe und Schizonten im Blut zum Verschwinden. Man verabreicht 5-7,5 ml tief intramuskulär.

Symptomatische Therapie

Die ersten Maßnahmen zur Schocktherapie sind die Gabe von Volumen sowie vasoaktiver und positiv inotroper Pharmaka. Mit der Gabe von Cortison sollte man eher zurückhaltend sein. Nur bei der cerebralen Form der *Malaria tropica* wird Cortison in der Dosierung von 25 - 50 mg 8stündig empfohlen. Zur cardialen Stütze eignet sich Strophanthin oder Digitalis. (Initialdosis 0,5 mg Digoxin.) Niereninsuffizienz bis zur Anurie ist eine sehr gefürchtete Komplikation bei der *Malaria tropica*. Als Antibioticum eignet sich Penicillin am besten. Im Rahmen der *Tropica*-Infektion kann es zur Ausbildung der eher seltenen, sogenannten „malarialung“ kommen. Dieses Krankheitsbild tritt als Komplikation etwa 3-5 Tage nach der Infektion auf, ist charakterisiert durch akut eintretende, rasch fortschreitende pulmonale Insuffizienz ohne cardiale Dekompensation oder Überwässerung. Das Röntgenbild der Thoraxorgane zeigt schwerstes Lungenödem. Die Aetiologie ist noch nicht sicher bekannt, das Auftreten hyaliner Membranen könnte dafür verantwortlich sein. Gute Erfolge konnte man bei denjenigen Patienten dieser Gruppe sehen, die in einem möglichst frühen Stadium des Ödems IPPV (= PEEP) - beatmet wurden. Unter PEEP versteht man eine kontinuierliche Überdruckbeatmung, d.h. positiver Druck auch während der Expirationsphase. Das Lungenödem bei *Tropicain*-fektion wird allerdings wesentlich häufiger durch allzu ausgiebige Flüssigkeitszufuhr hervorgerufen. Bei erfolgter Überwässerung verabreicht man Furosemid intravenös. Gesteigerte Blutungsbereitschaft wird sowohl durch die verminderte Produktion von Gerinnungsfaktoren bei ausgeprägter Leberschädigung, als auch durch erhöhten Verbrauch als Beginn einer Verbrauchskoagulopathie beobachtet. Die gastrointestinale Form der *Malaria* wird wie eine akute Dysenterie behandelt. Der entsprechende Ersatz von Flüssigkeit und Elektrolyte ist selbstverständlich.

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie](#)

Jahr/Year: 1979

Band/Volume: [1](#)

Autor(en)/Author(s): Wenger R., Schopper H.

Artikel/Article: [Malaria als intensivmedizinisches Problem. 1-2](#)