Acta Medica Austriaca

Organ der Österreichischen und Wiener Gesellschaft für Innere Medizin, der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft, der Österreichischen Nuclearmedizinischen Gesellschaft und der „Austro-Transplant"

Redaktion: G. Geyer, Wien – F. Kaindl, Wien – E. Deutsch, Wien

Redaktionskomitee: H. Braunsteiner, Innsbruck – E. Deutsch, Wien – G. Geyer, Wien – G. Grabner, Wien – F. Kaindl, Wien – V. Lachnit, Wien – Siegfried Sailer, Graz – K. H. Spitzy, Wien

Wissenschaftlicher Beirat: A. Beringer, Wien – W. Doberauer, Wien – O. Eber, Graz – H. Egert, St. Pölten – H. Fleischhacker, Wien – St. Groll, Graz – H. Harnoncourt, Graz – W. Herbinger, Linz – R. Höfer, Wien – E. Kaibl, Wien – F. Leibetseder, Salzburg – F. Mlczoch, Wien – A. Neumayr, Wien – W. Pilgerstorfer, Linz – K. Polzer, Wien – L. Popper, Wien – E. Reimer, Wien – G. Riccabona, Innsbruck – F. Sandhofer, Salzburg – A. Stacher, Wien – H. Sterz, Klagenfurt – H. Thaler, Wien – B. Watschinger, Linz – W. Weissel, Wien – R. Wenger, Wien

Referiert in folgenden Indexlisten: „Current Contents – Clinical Practice, Science Citation Index", BioScience Information Servicel of Biological Abstracts, Excerpta Medica und Index Medicus

Gefördert durch das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung in Wien

Sonderheft

Jahrgang 9/1982

Kurzfassungen der freien Vorträge der gemeinsamen Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaften für Innere Medizin, für Internistische Intensivmedizin und für Nuklearmedizin (Salzburg, 16. bis 18. September 1982. Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. G. Geyer, Wien, Prof. Dr. O. Eber, Graz, Prof. Dr. W. Enenkel, Wien, Prof. Dr. G. Grabner, Wien, Prof. Dr. W. F. Pinggera, Wien, Prof. Dr. F. Sandhofer, Salzburg)

Intensivtherapie bei Schlangenbißverletzungen

Aichner, F., Gerstenbrand, F. (Neurol. Univ.-Klinik, Innsbruck)

Bei jeder Schlangenbißverletzung ist eine sofortige Krankenhausaufnahme und Intensivüberwachung notwendig. Ziel der Intensivüberwachung muß es sein, eine systemische Vergiftung sofort zu erkennen. Haemoptoe und Zeichen von Gerinnungsstörungen bei Vipernbissen, Ptosis nach einem Elapidaebiß und Myalgien und Myogloburie nach einem Seeschlangenbiß stellen verläßliche erste Symptome einer systemischen Intoxikation dar.

Für die intensivmedizinische Beurteilung eines Schlangenbisses sind folgende Faktoren von Bedeutung: 1) die sichere Identifizierung der Schlange 2) das Abschätzen der injizierten Venommenge 3) das Erkennen der systemischen Intoxikation sowie 4) das Erfassen des Schweregrades der systemischen Intoxikation.

Die Venome der verschiedenen Species bestehen aus einer Mischung verschiedener toxischer Proteine und Enzyme mit einer Fülle pharmakologischer Effekte. Schlangen der Familie ELAPIDAE injizieren Neurotoxine, VIPERN vorwiegende Haematotoxine. Die neurotoxischen Wirkungsmechanismen liegen an der Prae- und Postsynapse, die cardiotoxischen Effekte sind durch Membrantoxine bedingt. Das injizierte Schlangengift kann das eine oder andere Toxin enthalten, aber auch eine Mischung mehrerer Toxine ist analysiert worden. Die Myotoxine der SEESCHLANGEN verursachen heftige Schmerzen, Krämpfe und diffuse Paresen infolge auftretender Muskelnekrosen.

Generell ist die systemische Intoxikation die einzige Indikation für die Antivenomtherapie. Wenn der Antivenomapplikation eine korrekte Indikation zugrunde liegt, bessern sich die systemischen Symptome innerhalb von Stunden. Die haematotoxischen Venome der Vipern führen zu Blutungen und hypovolämischem Schock, der mit Plasmaspendern bzw. Bluttransfusionen behandelt werden muß. Die Neurotoxine der Kobra bedingen eine akute respiratorische Insuffizienz, die eine Intubation bzw. Tracheotomie mit assistierter Beatmung erforderlich machen. Bei allen Schlangenbißverletzungen kann ein akutes Nierenversagen auftreten, das vorübergehend mit einer Dialyse kompensiert werden muß.

Echokardiographische Befunde bei Obstruktion einer Mitralklappenprothese

Amdan, F. W., D. Burckhardt, (Kardiologische Abt., Dept. f. Innere Medizin, Univ.-Spital Basel, CH-4031 Basel)

Die Obstruktion einer Klappenprothese ist eine seltene Komplikation nach Klappenersatz, die Kenntnis um die dabei zu beobachtenden echokardiographischen Befunde daher gering. Wir haben 5 Patienten mit einer thrombotischen Obstruktion und eine Patientin mit einer intermittierenden Obstruktion infolge narbiger Pannus-Bildung an [illegible] einer Mitralklappenprothese vom Scheibentyp (1 Omni-Science Prothese, 3 Björk-Shiley Prothesen) echo- und phonokardiographisch untersucht. Bei 5 Patienten wurde die Obstruktion der Mitralklappenprothese operativ, bei einem Patienten autoptisch verifiziert.

Aus echo- und phonokardiographischen Parametern der Klappenfunktion werden die Öffnungszeit (intervall zwischen aortaler Komponente des 2. Herztones und Beginn der Öffnungsbewegung im Echokardiogramm), die Dauer der Öffnungsbewegung im Echokardiogramm bestimmt und mit den Befunden bei 12 Patienten mit normal funktionierenden Mitralklappenprothesen vom Scheibentyp verglichen. Bei den [illegible] pathologischen Obstruktionen fanden sich eine Verminderung der Öffnungszeit (0.07, 0.07, 0.07, 0.07, 0.07, 0.07 sec., Norm 0.10 ± 0.03 sec.), eine Verminderung der Öffnungsamplitude (4, 4, 7, 8, 5 mm, Norm 14 ± 3), eine Verminderung der Öffnungsgeschwindigkeit (8, 9, 11, 21, 9 cm/sec., Norm 35 ± 7), als auch die Schließgeschwindigkeit (10, 13, 1, 35, 14 cm/sec., Norm [illegible]). Bei 1 der 5 Patienten fand sich eine, hinter den Schließgeräuschen [illegible] Echokardiogramm deutlich [illegible] diastolischen Auflagerungen zugeordnet werden. Bei der 6. Patientin mit intermittierender Obstruktion der Mitralklappenprothese fand sich eine große Variation der Öffnungszeit (0.1 – 0.7 sec.), bei jedoch normaler Öffnungsamplitude und normaler Öffnungs- und Schließungsgeschwindigkeit.

Wir schließen aus diesen Befunden, daß der Funktionszustand einer Scheibenklappenprothese echokardiographisch erfaßt werden kann und daher den Echokardiogramm bei klinischem Verdacht auf eine Mitralklappenprothesen-Obstruktion eine hohe diagnostische Aussagekraft zukommt.