Therapie und Prophylaxe von Pseudomonas-Infektionen

Symposium vom 25. bis 27. September 1986, Herrsching/Ammersee

Leitung: W. Marget, K. P. Hellriegel, Renate Neumann

Sponsor: Troponwerke/Vertrieb Cutter, Berliner Straße 156, D-5000 Köln

Einleitung

Die Immunglobuline haben in Europa und insbesondere in der Bundesrepublik seit Jahrzehnten eine große Verbreitung gefunden und wurden in vielen Fällen routinemäßig angewendet, ohne daß z. B. eine Hypogammaglobulinämie, ein Immundefekt besonderer Art, vorlag oder eine gezielte Prophylaxe notwendig war.

In manchen Krankenhäusern gab es kaum einen schwer Infizierten, dem Gammaglobulinapplikationen vorenthalten wurden.

Der Widersinn spiegelte sich am deutlichsten bei den konsequenten Gammaglobulingaben im Neugeborenenalter wieder, also in einem Lebensalter, wo mütterliches Gammaglobulin quantitativ voll übertragen wurde, das heißt, man gab also den Patienten, was sie schon in ausreichender Weise besaßen und führte im schlechtesten Fall noch zusätzlich eine Volumenbelastung der krankheitsbedingt kreislaufgefährdeten Patienten durch. Dazu kam weiter, daß die von der Industrie angebotenen Gammaglobuline vor ca. zehn bis 15 Jahren ein sehr viel minder wirksames Spektrum von Antikörpern aufwiesen, wie wir verschiedentlich selbst nachweisen konnten. Neben den unbestritten klaren Indikationen wie bei der Brutonschen Erkrankung, monoklonalen Immundefizienzen sowie Hypo- und Agammaglobulinämien anderer Art handelte es sich also über Jahrzehnte um eine Therapie, die man nicht einmal als Substitution bezeichnen konnte, sondern die am ehesten noch mit einer Frischzellenapplikation zu vergleichen war. Erst durch die Möglichkeit einer Anreicherung bestimmter Antikörper, das heißt mit der Entwicklung der Hyperimmunglobulintherapie, erweiterten sich die Möglichkeiten beträchtlich zusätzlich zu den erwähnten Indikationen sowie den nach wie vor wichtigen protektiven Eigenschaften der konventionellen Globulinpräparate gegenüber Hepatitis A, den Masern, Poliomyelitis und anderen Infektionen. Dazu kam die erheblich verbesserte Verträglichkeit, die auch eine intrave-

nöse Infusion bei spezifischen, qualitativ hochwertigen Globulinpräparaten mit einer vertretbaren Halbwertszeit zuließen.

Mit der Schaffung eines Anti-Pseudomonas-Immunglobulins befaßte man sich, wie jeder Kliniker weiß, mit einer besonders wichtigen Lücke der Infektiologie. Denn *Pseudomonas* ist ein echter Opportunist, das heißt, dieser Erreger ist nur bei vorgeschädigten Patienten zu erwarten, die oft nicht in der Lage sind, einen eigenen Abwehrmechanismus zu mobilisieren, und die gerade deshalb einer hohen Letalität ausgesetzt sind.

Die Bedeutung dieses Erregers läßt sich erst voll ermessen, wenn man weiß, daß *Pseudomonas*-Infektionen bei den nosokomialen Erkrankungen an dritter Stelle stehen. Wie man zu diesem wirksamen Antikörperpräparat kommt, ist sicherlich nicht einfach, und es werden in Zukunft mit Sicherheit noch andere Wege beschritten werden, um ein *Pseudomonas*-Antikörper-Präparat zu schaffen. Daß man ein derartiges Präparat aber heute schon dringend benötigt, und zwar in größerer Menge, steht außer Zweifel. Mehr oder weniger durch Zufall stellte sich heraus, daß bei dem hier zur Diskussion stehenden „Pso-maglobulin“ als Nebenprodukt in der Regel noch ein hoher Lipoid A-Antikörpertiter vorhanden war. Inwieweit hier eine Korrelation vorliegt oder ein additiver Effekt oder vielleicht sogar eine Eigenschaft, die die Antipseudomonaswirkung übersteigt, wird die Zukunft zeigen.

Eines ist sicher, wir sind in der heutigen Zeit aus den mystifizierten Gammaglobulinapplikationen heraus und wenden uns einer realen Basis zu. Es wäre zu wünschen, daß wir mit dieser Tagung unsere Erfahrungen um einiges erweitern können. Dr. Pennington hielt im Juni letzten Jahres in den Staaten das erste Symposium über neue *Pseudomonas*-Hyperimmunglobuline. Unsere Erfahrungen sind insgesamt etwas kleiner, aber, so hoffe ich, es sind einige neue Aspekte dazugekommen.

Walter Marget