Patient geht ein Jahr nach Ghana

Wie soll er sich vor Malaria schützen?

© Kier / shutterstock

In Ghana ist sie ganzjährig aktiv: Malariamücke.

Frage von M. Reich, Facharzt für Allgemeinmedizin:

Ein 20-jähriger gesunder Patient macht für ein Jahr ein Entwicklungshilfeprojekt in Ghana. Dort besteht ein ganzjähriges hohes Risiko für Malaria. Malarone ist nur für vier Wochen zugelassen, Doxizylin macht gerne phototoxische Reaktionen (besonders im sonnenreichen Afrika), bei Lariam werden oft neurologische Probleme bei Langzeiteinnahme beschrieben. Welches Vorgehen halten Sie am ehesten für praktikabel?

Antwort von Prof. H. Link, Kaiserslautern:

Die Deutsche tropenmedizinische Gesellschaft (DTG) empfiehlt für diese Fragestellung Folgendes: <http://www.dtg.org/23.html> „Personen mit längeren oder häufig wiederholten Tropenaufenthalten: Eine erweiterte und vertiefte, ausführliche individuelle tropenmedizinische Beratung, bei der u.a. das zu erwartende Malariarisiko nach Tätigkeit, Region, Jahreszeit, Vorerkrankungen, Lebensalter, Resistenz der Erreger und Verträglichkeit der Expositionsprophy-

laxe sowie der möglichen Medikamente beurteilt und eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen wird, ist ... unbedingt erforderlich. Diese Beratung sollte ausschließlich durch Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Tropenmedizin oder Kollegen mit gleichwertigen Erfahrungen in den Tropen erfolgen. Längere Auslandsaufenthalte werden mit verschiedener Zielsetzung und damit deutlich unterschiedlichem Malariarisiko unternommen.“

Empfehlungen zur Prophylaxe:

„Ghana: Hohes Risiko im ganzen Land inklusive Städte; Erreger: *P. falciparum* > 85% ganzjährig; Es wird eine ganzjährige Chemoprophylaxe empfohlen: Prophylaxe mit Mefloquin (Lariam®) oder Atovaquon/Proguanil (Malarone®) oder Doxycyclin (Monohydrat-Präpa-

rate) in Hochrisikogebieten, in denen überwiegend Mefloquin-sensible *P. falciparum*-Stämme vorkommen: Afrika südlich der Sahara ...“

Alle drei Präparate haben spezifische Nebenwirkungen, die mit dem Reisen den besprochen werden müssen. Eine sehr hilfreiche Übersicht gibt es bei den CDC (Centers for Disease Control and Prevention) <http://www.cdc.gov/malaria/travelers/drugs.html>.

Wegen der differenzierten Beratung und Auswahl der Malaria-Prophylaxe, aber auch der weiteren Infektionsprophylaxen empfiehlt sich eine Konsultation eines Tropenmediziners.

■ Prof. Dr. med. Hartmut Link, Chefarzt der Medizinischen Klinik I – Hämatologie, Internistische Onkologie und Endokrinologie –, Westpfalz-Klinikum Hellmut-Hartert-Straße 1, D-67655 Kaiserslautern

Patient mit Herzinfarkt

Sauerstoff nur noch bei Luftnot?

Frage von Dr. med. A. Pietschmann:

Laut den ERC 2010 Empfehlungen soll Sauerstoff bei Patienten mit Herzinfarkt nur noch bei Luftnot gegeben werden. In Ihrem Beitrag in MMW 23/2011, S. 50 (Patient mit akutem Thoraxschmerz – Herzinfarkt oder harmlose Neuralgie?) wird die Sauerstoffgabe in Tabelle 2 als eine der Maßnahmen bei hochgradigem Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom (also auch ohne Luftnot) aufgeführt. Was gilt?

Antwort von Prof. U. Zeymer, Ludwigshafen:

Es gibt leider keine größeren randomisierten Studien zur routinemäßigen Sau-

erstoffgabe bei unkompliziertem Herzinfarkt. Eine Sauerstoffuntersättigung muss aber nicht zwangsläufig mit Luftnot einhergehen. Da die Daten für einen negativen Effekt der Sauerstoffgabe eher schwach sind und diese bei Patienten mit Herzinsuffizienz und/oder zusätzlicher pulmonaler Erkrankung sicher indiziert ist, empfehlen auch die amerikanischen Leitlinien für Patienten mit STEMI die routinemäßige Sauerstoffgabe.

■ Prof. Dr. med. Uwe Zeymer, Leitender Oberarzt, Klinikum der Stadt Ludwigshafen, Medizinische Klinik B, Bremserstraße 79, D-67063 Ludwigshafen