

TRALI – wird ein unterdiagnostiziertes Ereignis häufiger gemeldet?

Leserbrief zu: Buddeberg F, Erb R, Burger J und Caspar C.
TRALI – Transfusion-Related Acute Lung Injury¹

«Das Erkennen des Krankheitsbildes bleibt wichtig für die korrekte Therapie und um die entsprechenden sekundärpräventiven Schritte einleiten zu können.» Mit diesem Satz schliessen Buddeberg et al. ihre Publikation zu TRALI in der Rubrik «Der besondere Fall». Ich kann ihnen darin nur zustimmen und möchte die Gelegenheit ergreifen, den Autoren zu ihrer konzisen und instruktiven Darstellung des TRALI zu gratulieren.

Mit einem gemeldeten TRALI pro 100 000 Transfusionen bzw. pro 8000–20 000 Plasma-Transfusionen in der Schweiz oder rund drei gemeldeten TRALI pro Jahr seit 2002 handelt es sich um ein eher seltenes Ereignis, dessen wahre Inzidenz bisher unbekannt ist [1–4]. Grundsätzlich kann ein TRALI anlässlich jeder Transfusion auftreten. Daher sollten alle transfundierenden Ärzte dieses Krankheitsbild kennen, um die Verdachtsdiagnose TRALI in entsprechenden Situationen in Betracht zu ziehen. Es geht zum einen um die akut betroffenen Patienten, zum anderen um zukünftige Empfänger von Bluttransfusionen desselben Spenders. Darüber hinaus bilden zukünftige TRALI-Meldungen die Grundlage für die Entwicklung weiterer präventiver Massnahmen.

Mit der, wie im Artikel erwähnt, 2007 eingeführten Einschränkung, zur Spende für nichtgepoolte Plasmaprodukte nur noch Männer zuzulassen, wird eine Reduktion der Fälle von immunologisch bedingtem TRALI nach Plasmatransfusion angestrebt.

Es ist aber anzunehmen, dass nicht immunologisch bedingte Fälle von TRALI weiterhin auftreten werden, insbesondere auch nach der Transfusion von Erythrozyten- und/oder Thrombozytenkonzentrationen. Welchen Stellenwert dabei die Lagerdauer der involvierten Blutkomponenten (vor allem der Erythrozytenkonzentrate) hat, ist zurzeit noch unklar. Ob und in welchem Ausmass das Auftreten dieser Fälle von Non-immune-TRALI auch reduziert werden kann und welche Massnahmen dazu geeignet sind, ist ebenfalls noch nicht gesichert.

Deshalb ist es wichtig, Risikokonstellationen für das Auftreten von TRALI zu erkennen und daraus Präventionsmöglichkeiten ableiten zu können. Dies ist nur möglich aufgrund der Analyse zukünftiger Meldungen, deren Häufigkeit vorwiegend durch den Bekanntheitsgrad des Krankheitsbildes bestimmt wird. Retrospektive Studien haben gezeigt, dass TRALI wahrscheinlich zu selten gemeldet wird, weil es klinisch nicht erkannt wird [5–7].

Durch Ihren Artikel im Schweizerischen Medizin-Forum haben Buddeberg et al. TRALI als eine seltene aber wichtige mögliche Komplikation bei Bluttransfusionen in der Schweiz breiter als bisher bekannt gemacht und damit einen wesentlichen Beitrag zur Transfusionsicherheit in der Schweiz geleistet.

Markus Jutzi

¹ Schweiz Med Forum. 2008;8(12–13):234–6.

Literatur

- 1 Daten aus Meldungen an Swissmedic. 2002 bis 2007.
- 2 Popovsky MA, Moore SB. Diagnostic and pathogenetic considerations in transfusion-related acute lung injury. *Transfusion*. 1985;25:576–7.
- 3 Silliman CC, Ambruso DR, Boshkov LK. Transfusion-related acute lung injury. *Blood*. 2005;105:2266–73.
- 4 Wallis JP, Lubenko A, Wells AW, Chapman CE. Single hospital experience of TRALI. *Transfusion*. 2003;43:1053–9.
- 5 Cooling L. Transfusion-related acute lung injury. *JAMA*. 2002; 288:315–6.
- 6 Brittingham TE. Immunologic studies of leukocytes. *Vox Sang*. 1957;2:242–8.

- 7 Nocolle AL, Chapman CE, Carter V, Wallis JP. Transfusion-related acute lung injury caused by two donors with anti-human leucocyte antigen class II antibodies: A look-back investigation. *Transfus Med*. 2004;64:225–30.

Meldefomulare und weitere Angaben zu Hämovigilance können unter www.swissmedic.ch/de/industrie/overall.asp?lang=1&theme=0.00108.00005.00001&theme_id=1327 heruntergeladen werden.

Korrespondenz:
Dr. med. Markus Jutzi
Clinical Reviewer
Haemovigilance
Swissmedic, Schweizerisches
Heilmittelinstitut
Hallerstrasse 7
CH-3000 Bern
markus.jutzi@swissmedic.ch

Replik

Wir bedanken uns für die positive Würdigung unseres Artikels durch Dr. Jutzi und die ergänzenden, konkreten Hinweise zum Meldewesen der Hämovigilanz in der Schweiz. Wir teilen die Einschätzung, dass die Spendereinschränkung die Inzidenz der TRALI reduzieren, sie aber nicht komplett verhindern kann. Die Analyse jedes einzelnen (an Swissmedic gemeldeten) TRALI-Falls hilft, gerade das nicht immunologisch bedingte TRALI weiter zu charakterisieren und hoffentlich in Zukunft ebenfalls verhindern zu können.

Felix Buddeberg

Gesichtsschmerz aus neurochirurgischer Sicht

Leserbrief zu: Pató U, Sturzenegger M. Gesichtsschmerzen.¹

Der Beitrag «Gesichtsschmerzen» von Pató und Sturzenegger fasst das schwierige Krankheitsbild gekonnt und praxisnah zusammen. Für die Praxis besteht eine erhebliche Relevanz dieser Thematik, und es bedarf in publizierter Form einer geringfügigen Richtigstellung.

Die Trigeminalneuralgie (TN) ist die häufigste Gesichtsnervenschmerz. Eine qualitativ hochauflösende MRI-Untersuchung des Gehirnes ist meines Erachtens immer indiziert. Leider schlagen langfristig die medikamentösen Massnahmen wegen Idiosynkrasie und Nebenwirkungen fehl. Bei den invasiven Methoden hat sich bei älteren Patienten die perkutane retroganglionäre Glycerolinfiltration bewährt. Bei einer im MRI evidenten Gefässschlinge im Bereich der Wurzeintrittszone des Nervus trigeminus am Hirnstamm sollte eine mikrovaskuläre Dekompression nach Jannetta durch einen Neurochirurgen mit mikrochirurgischer Erfahrung dem Patienten vorgestellt werden. Diese Massnahme mittels subokzipitaler retromastoidaler Kraniotomie ist minimal belastend und weist häufig eine nachhaltige Erfolgsrate in der Schmerzkontrolle auf [1–3]. Die Operation wird weltweit häufig durchgeführt, da sie kosteneffizient ist im Gegensatz zur langwierigen medikamentösen Einstellung, den häufigen Konsultationen und einer Behandlung von Nebenwirkungen. Die erwähnte stereotaktische Radiochirurgie mit langfristigen, irreversiblen Strahlenschäden am Hirnstamm sowie die angesprochene experimentelle und hochinvasive, aufwendige und sehr teure tiefe Hirnstimulation sollte nur in absolut therapierefraktären Zuständen diskutiert werden.

Leider besteht auch in der Literatur ein chirurgischer bzw. nichtchirurgischer Bias. Ich erlaube mir daher, auch einschlägige neurochirurgische Literatur anzufügen.

Anton Lukes

¹ Schweiz Med Forum. 2008;8(18–19):336–40.

Literatur

- 1 Sindou M, Howeidy T, Acevedo G. Anatomical observations during microvascular decompression for idiopathic trigeminal neuralgia. Prospective study in a series of 579 patient. Acta Neurochir (Wien). 2002;144:1–13.
- 2 Tatli M, Satici O, Kanpolat Y, Sindou M. Various surgical modalities for trigeminal nevragia: literature study of respective long-term outcomes. Acta Neurochir (Wien). 2008;150:243–55.
- 3 Lopez BC, Hamlyn PJ, Zakrzewska JM. Stereotactic radiosurgery for primary trigeminal neuralgia: state of the evidence and recommendations for future reports. JNNP. 2004; 75:1019–24.

Korrespondenz:
Dr. med. Anton Lukes
Neurochirurgie
Lindenhofspital
CH-3012 Bern
anton.lukes@gmx.ch