

Richtlinien zur Diagnostik und Therapie der Malaria im KSSG Stand Juli 2009

1. An Malaria denken

- Zur Anamnese bei Fieber gehört die Frage nach Auslandsreisen
- Prophylaxeanamnese (Prophylaxe schützt nicht zu 100%)
- Bis 1 Jahr nach Rückkehr aus Endemiegebiet möglich

2. Diagnose

Labor

- EDTA-Röhrchen an IKCH für Artdiagnose und Parasitendichte im Ausstrich und dicken Tropfen. Wiederholung alle 4-6 Stunden
- Malariaschnelltest: Zur schnellen Orientierung. Keine Angabe zur Parasitämie (wichtig zur Beurteilung der Prognose und des Verlaufs)

Tropenmedizinische Konsilium

In erster Linie über infektiologischen Dienst 1122

Entscheid ob weitere Spezialisten zugezogen werden geht über infektiologischen Dienst.

Dr.H.Etter, FMH Tropenmedizin, St.Gallen
Tropeninstitut 24-Stunden-Dienst

071 244 52 46
061 284 82 55

3. Therapie

Hospitalisation bei:

- Hb < 100
- Thrombopenie < 50`000
- Kreatinin > 200 umol/l
- Parasitaemie > 2%, dann immer i.v.-Therapie
- Neurologische Symptomatik
- Erbrechen, bzw. keine orale Medikation möglich
- Compliance unsicher
- Ueberwachung zu Hause nicht gesichert (Familie, Freunde)

Falciparum-Malaria (Plasmodium Falciparum)

a) Unkomplizierte Form

Standard: Lariam (Mefloquin) 250 mg	3 Tbl. sofort 2 Tbl. nach 6 h 1 Tbl. nach 6 h falls > 60 kg
-------------------------------------	---

Bei Lariamprophylaxe und/oder Unverträglichkeit von Lariam, Verdacht auf Resistenzen (Rückkehrern aus Thailand, Kambotscha, Laos, Vietnam, Myanmar):

Riamet (Artemether/Lumefantrine) 4 Tbl. sofort, 4 Tbl. nach 8 h
Tag 2 und 3: je 2 x 4 Tabl

oder

Malarone (Atovaquone/Proguanil) 4 Tbl. an 3 Tagen

oder

Chininsulfat 3 x 500 mg pro Tag für 7 Tage

- plus Doxycyclin 200 mg pro Tag für 7 Tage **oder**

- plus Clindaymycin 3 x 300 mg pro Tag für 7 Tage
(Schwangerschaft)

Chininsulfat: Bezug im STI Basel oder Magistralrezeptur Spitalapotheke

Falciparum-Malaria aus Zentralamerika

Nivaquin (Chloroquin)	Initial	6 Tbl. (600mg Base)
	Nach 6 h	3 Tbl. (300mg Base)
	Nach 24 h	3 Tbl. (300mg Base)
	Nach 48 h	3 Tbl. (300mg Base)

b) schwere und komplizierte Falciparum-Malaria (Mips-Indikation):

- Keine Verzögerung durch Diagnostik! Blut abnehmen, dann sofort Medikamente

- *Im Notfall wie Falciparum-Malaria behandeln*

- Koma oder Bewusstseinsstörung, generalisierte Krämpfe
- Schwere Anaemie
- Niereninsuffizienz
- Lungenoedem / ARDS
- Hypokaliaemie
- Kreislaufschock
- Disseminierte intravasale Gerinnung, spontane Blutung
- Azidose
- Haemoglobinurie
- Parasitaemie > 5 %

Chinindihydrochlorid i.v. wie folgt (im Notfallsortiment)

Loading dose:

7 mg/kg KG über 30 min. in 100 ml Glucose 5 % i.v.

Unmittelbar anschliessend:

10 mg/kg KG über 4 h in 250 ml Glucose 5% 3x/24 h

plus Doxycycline 2 x 100 mg i.v.

Ab 3.Tag Reduktion der Chinin-Dosis auf 50-60%

Sobald wie möglich, frühestens nach 48 h, Übergang auf perorale Therapie mit Malarone, Riamet, Lariam (falls keine cerebrale Malaria), oder auch Chininsulfat plus Doxycyclin (oder Clindamycin in SS)

Austauschtransfusion diskutieren bei:

- Initialer Parasitaemie >30%
- Initialer Parasitaemie > 5 % und GCS < 10 ohne anderen Grund
- Lactat > 250 umol/l oder PCO > 32 mmhg
- Initiale Parasitaemie > 15 % und Alter > 65 Jahre

c) nicht Falciparum-Malaria (P.vivax, P.ovale,P.malariae)

Nivaquin (Chloroquin)	Initial	6 Tbl. (600 mg Base)
	Nach 6 h	3 Tbl. (300 mg Base)
	Nach 24 h	3 Tbl. (300 mg Base)
	Nach 48 h	3 Tbl. (300 mg Base)

Bei Verdacht auf Resistenz (Papua Neuguinea, Indonesien):
Lariam oder Chinin plus Doxycyclin (siehe Falciparum-Malaria)

Zur Elimination der Hypnozoiten (P.vivax/ovale)
Zusätzlich Primaquin 1 Tbl. zu 15 mg x 15 Tage
30 mg täglich bei Malaria aus Südostasien, Patienten > 80 kg, Rückfall

Cave: Haemolyse bei Glucose-6-P-Dehydrogenosemangel

- Quellen:
1. *Management of severe malaria, a practical handbook, 2nd Ed., WHO, Geneva*
 2. *CDC treatment guidelines, Treatment of Malaria*
 3. *Internistische Notfälle, Thieme Verlag, C. Hatz, STI Basel*