Philippinin mit Fieber und Husten

V. a. Pneumonie – aber welche?

Eine junge Patientin erkrankt an Fieber mit Husten und Auswurf. Klinisch und röntgenologisch wird eine Bronchopneumonie diagnostiziert. Therapeutisch sind die Ärzte jedoch bald in der Sackgasse: Der Einsatz verschiedener Antibiotika führt nicht zur Besserung der Beschwerden. Jetzt hilft nur die erweiterte bakteriologische Untersuchung weiter.

— Eine 25-jährige Patientin, die von den Philippinen stammt und seit drei Jahren in Deutschland lebt, erkrankt an einem pulmonalen Infekt mit Fieber bis 38,5 °C und Husten mit gelblichem Auswurf. Über dem rechten Lungenunterfeld können ohrnahe, klingende Rasselgeräusche auskultiert werden. Laborchemisch finden sich die BSG mit 80/25 mm n.W. stark beschleunigt, das CRP auf 18,5 mg/dl und die Leukozytenzahl auf 13 000/mm³ erhöht.

Infiltrationen im Röntgenbild

Die Röntgen-Thoraxaufnahme zeigt fleckige, zum Teil konfluierende Verdichtungen im Bereich des rechten Lungenunterfelds (s. Abb.). Unter der Verdachtsdiagnose einer Bronchopneumonie wird eine antibiotische Therapie zunächst mit einem Amoxicillinpräparat eingeleitet.

Weil es unter dieser Therapie zu keiner Besserung kommt, wird zusätzlich ein Makrolid verordnet. Aber auch diese erweiterte antibiotische Therapie zeigt keinen Erfolg. Schließlich führt auch die Umstellung auf ein Cephalosporinpräparat der dritten Generation zu keinerlei Besserung.

Erweiterte Diagnostik

Die Computertomografie der Lunge ergibt keine neuen Gesichtspunkte. Auch hier werden die infiltrativen Veränderungen im Bereich des rechten Lungenunterfeldes beschrieben. Bei der Bronchoskopie zeigt sich die Bronchialschleimhaut im rechten Unterlappen hyperämisch entzündlich verändert. Das dabei gewonnene Bronchialsekret wird ebenso wie der Magensaft einer Untersuchung auf säurefeste Stäbchen zugeführt, die sich jedoch nicht nachweisen lassen.

Positiv fällt die PCR auf *Mycobacterium tuberculosis* aus. Damit wird die Diagnose Lungentuberkulose (Tbc) bestätigt. Die endgültige Sicherung der Diagnose ergibt sich durch den positiven Kulturbefund.

Fleckige, zum Teil konfluierende Verdichtungen im rechten Lungenunterfeld.

Unter einer tuberkulostatischen Therapie (Viererkombination Rifampicin, Isoniazid, Etambutol und Pyrazinamid für zwei Monate, dann Zweierkombination Rifampicin plus Isoniazid) bilden sich die Symptome der Patientin vollständig zurück. Auch die Laborparameter und der Röntgen-Thoraxbefund zeigen eine deutliche Rückbildungstendenz.

Im Allgemeinen verläuft die Tbc chronisch schleichend mit subfebrilen Temperaturen, Gewichtsabnahme und Nachtschweiß. Gelegentlich kann sie sich aber, wie im oben dargestellten Fall, auch wie eine akute Pneumonie manifestieren.

Dr. med. Peter Stiefelhagen

Fabula docet

Bei unklaren Lungeninfiltrationen, die nicht auf eine antibiotische Therapie ansprechen, sollte immer auch an das Vorliegen einer Lungentuberkulose gedacht und deshalb eine entsprechende Diagnostik veranlasst werden. Als besondere Risikogruppe für eine Tbc sind Migranten, alkoholabhängige und immunsupprimierte Patienten anzusehen.