Junge Philippinin mit Fieber und Husten

Pneumonie – aber welche?

Eine junge Philippinin 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 zu einer 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 RGs 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

Daraufhin wird eine Röntgen-Thoraxaufnahme angefertigt. Diese 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 hierunter jedoch nicht zu einer 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.

Die Diagnostik wird erweitert

Die nun angefertigte Computertomografie der Lunge ergibt keine neuen Gesichtspunkte. Auch hier werden die infiltrativen Veränderungen im Bereich des rechten Lungenunterfeldes beschrieben. Jetzt wird eine Bronchoskopie durchgeführt. Hierbei 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. Solche lassen sich jedoch nicht nachweisen. Die PCR auf *Mycobacterium tuberculosis* fällt jedoch positiv aus, wodurch die Diagnose Lungentuberkulose bestätigt wird. Die endgültige Sicherung der Diagnose ergibt sich durch den positiven Kulturbefund.

Einleitung einer Vierfachtherapie

Nun wird eine tuberkulostatische Therapie mit einer Viererkombination (Rifampicin, Isoniazid, Etambutol, Pyrazin) eingeleitet. Nach zwei Monaten wird die Therapie mit der Zweierkombination Rifampicin plus Isoniazid fortgeführt. Unter dieser Behandlung

bilden sich die Symptome der Patientin vollständig zurück und auch die Laborparameter und der Röntgen-Thoraxbefund zeigen eine deutliche Rückbildungstendenz.

Daran denken!

Keine Frage: Die Tuberkulose ist in der heutigen Zeit zu einer sehr seltenen Erkrankung geworden. Betroffen sind insbesondere Migranten, Alkoholiker und Patienten mit einer immunsupprimierenden Erkrankung bzw. Therapie. Im Allgemeinen verläuft die Erkrankung chronisch schleichend mit subfebrilen Temperaturen, Gewichtsabnahme und Nachtschweiß.

Gelegentlich kann sich die Erkrankung aber auch, wie der oben dargestellte Fall zeigt, wie eine akute Pneumonie manifestieren. An eine solche Lungentuberkulose sollte insbesondere dann gedacht werden, wenn die Infiltrationen auf eine herkömmliche antibiotische Therapie nicht ansprechen.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Foto: sti

Fleckige, zum Teil konfluierende Verdichtungen im rechten Lungenunterfeld.

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.