



# Chronische Infektionen der Atemwege oder Kolonisierung mit Problemkeimen?

Die Atemwege gehören zu den Grenzflächen unseres Organismus. Hier interagiert unser Immunsystem mit einer Vielzahl von Mikroorganismen, die diese Flächen besiedeln, aber auch invasive Infektionen verursachen können.

Im Schwerpunkt dieser Ausgabe von *Der Internist* geht es immer wieder um die Abgrenzung der Kolonisierung von einer Infektion – dies ist vor allem schwierig, weil sowohl Wirts- als auch Erregerfaktoren hier eher für langsam verlaufende oder chronische Infektionen prädisponieren. Auf der Seite des Wirts sind dies Beeinträchtigungen der Immunantwort und strukturelle Lungenschädigungen. Die Erreger sind alle nicht obligat pathogen.

Der Zusammenhang zwischen chronischer Kolonisierung und chronischer Infektion ist am besten bei Patienten mit Mukoviszidose bekannt – hier ist schon die Kolonisierung mit *Pseudomonas aeruginosa* ein entscheidender Faktor für den Krankheitsverlauf. Sie führt fast zwangsläufig zu rezidivierenden schweren Infektionen. Deshalb ist die Prävention der Kolonisierung äußerst relevant. Aktuelle und zukünftige Strategien werden im Beitrag von *Dittrich et al.* vorgestellt.

Ob Pseudomonaden bei der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) eine ähnliche Bedeutung zukommt, ist umstritten. Untersuchungen, in denen Antibiotika dauerhaft zur Kontrolle des Erregers eingesetzt wurden, brachten kontroverse Ergebnisse. *Rohde et al.* zeigen in ihrem Beitrag, dass

die COPD durch eine Bronchiektasenerkrankung kompliziert werden kann. Für Bronchiektasen konnte eine prognostische Bedeutung von *P. aeruginosa* gesichert werden. Leider waren therapeutische Ansätze wie die inhalative Antibiotikaapplikation oder die orale Antibiotikadauertherapie nicht so erfolgreich wie bei der Mukoviszidose, was auf die Heterogenität dieser Patientengruppe zurückzuführen sein könnte.

---

» Für Bronchiektasen konnte eine prognostische Bedeutung von *P. aeruginosa* gesichert werden

---

Schimmelpilze sind ubiquitär und auch in der Atemluft vorhanden. Das Erkrankungsspektrum reicht von allergischen Reaktionen bis zu invasiven Multiorganinfektionen. Im Beitrag von *Salzer et al.* wird die am wenigsten bekannte und komplizierteste Manifestation, die chronische bronchopulmonale Aspergillose, ausgiebig behandelt.

Nichttuberkulöse Mykobakterien spielen vor allem als opportunistische Keime bei Patienten mit Immundefizienz eine Rolle. In den letzten Jahren ist allerdings zunehmend deutlich geworden, dass diese Erreger auch bei Patienten mit Vorschädigungen der Lunge schwere, langwierige und komplizierte Infektionen verursachen können. Dieses Krankheitsbild und die beteiligten Erre-

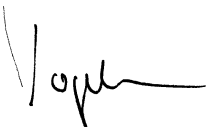
ger werden im Beitrag von Rademacher et al. dargestellt.

Eine Pneumonie mit methicillinresistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) ist eine schwere und akute Erkrankung, zum Glück aber recht selten. Der Nachweis von MRSA im Sputum dagegen ist häufiger und nicht automatisch eine Behandlungsindikation. Die Differenzierung und auch die Konsequenzen für die Behandlung werden im Beitrag von Lorenz et al. behandelt.

Alle Beiträge deuten darauf hin, dass das Problem des Nachweises potenziell pathogener Erreger in der Zukunft zunehmen wird, vor allem bei Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen. In der Regel ist die Therapie komplex, langwierig und nebenwirkungsreich. Damit ist es umso wichtiger, die Pathogenese der Infektionen besser zu verstehen. Dann werden wirksamere Konzepte für Prävention und Prophylaxe sowie eine gezielte Indikationsstellung zur Therapie möglich. Nicht zuletzt können so bessere Behandlungskonzepte entwickelt werden.



B. Salzberger



C. Vogelmeier



T. Welte

### Korrespondenzadresse



**Prof. Dr. T. Welte**  
Klinik für Pneumologie,  
Medizinische Hochschule  
Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1,  
30625 Hannover,  
Deutschland  
welte.tobias@mh-  
hannover.de

**Interessenkonflikt.** B. Salzberger, C. Vogelmeier und T. Welte geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Volksleiden Rückenschmerz: Rheuma zu selten als Ursache erkannt

**Bei etwa einem von vier Patienten mit chronischen Rückenschmerzen kann der Grund eine chronisch-entzündliche Wirbelsäulenerkrankung wie der Morbus Bechterew sein.**

“Als Ursache für Rückenschmerzen werden entzündlich-rheumatische Erkrankungen häufig gar nicht oder erst zu spät erkannt“, bedauert Dr. med. Uta Kiltz, Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne. Die zwei häufigsten rheumatischen Wirbelsäulenerkrankungen sind die rheumatoide Arthritis (RA) und die axiale Spondyloarthritis (SpA), dessen schwere Verlaufsform auch Morbus Bechterew genannt wird. Hierbei entzünden sich die Knochen sowie die anliegenden Sehnen und Bänder der Wirbelsäule und verursachen chronische Schmerzen.

“In Anbetracht der Erkrankungshäufigkeit von rund 1% der Bevölkerung ist es besonders wichtig, schnelle und sichere Diagnosen zu stellen. Nur so können Folgeschäden und schlimmstenfalls Arbeitsunfähigkeit verhindert werden“, betont die Rheumatologin. Mitunter leiden Rheuma-Patienten viele Jahre bis sie – wenn überhaupt – die richtige Diagnose erhalten.

Den Grund für die häufigen Fehl- und Spätdiagnosen sehen Experten der DGRh darin, dass die Patienten zunächst Hausärzte und Orthopäden bei Rückenschmerzen aufsuchen. Zu selten ziehen die Ärzte rheumatische Erkrankungen in Erwägung und überweisen zum Rheumatologen.

“Bereits in der Erstversorgung sollten Patienten unter 45 Jahren, die über 12 Wochen chronische Rückenschmerzen haben, auf Charakteristika einer Rheumaerkrankung befragt werden“, empfiehlt Kiltz. “Wacht beispielsweise der Patient aufgrund von Schmerzen regelmäßig in der zweiten Nachthälfte auf oder verbessern sich die Beschwerden bei Bewegung, sollte unbedingt an eine entzündlich-rheumatische Erkrankung gedacht werden.“ Bei Vorerkrankungen wie chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen oder Schuppenflechte verdichte sich die Wahrscheinlichkeit.

**Pressestelle, Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)**