

## Symptome können grippalen Infekt vortäuschen

# Erkennen Sie die Tuberkulose?

Wenn ein Patient jetzt im Winter über Husten und Abgeschlagenheit klagt, werden Sie kaum als Erstes eine Tuberkulose vermuten. Ganz vergessen dürfen Sie diese Differenzialdiagnose aber nicht: Die weltweit häufigste zum Tode führende Infektionskrankheit hat auch in Deutschland wieder Fuß gefasst. Pro Jahr werden bei uns 7500 Fälle gemeldet, die meisten bei Migranten aus Osteuropa.

— Der wichtigste diagnostische Schritt ist, so Prof. H. Morr von der Pneumologischen Klinik Waldhof-Elgershausen, das „Darandenken“. Denn die Symptome, die auf eine Tuberkulose hinweisen können, sind unspezifisch und vieldeutig:

- Müdigkeit, Schlappeheit, Abgeschlagenheit,
- Abnahme des Körpergewichtes,
- anhaltender Husten,
- Atemnot,
- subfebrile Körpertemperatur,
- Nachtschweiß.

Nicht selten wird die Erkrankung zunächst als grippaler Infekt fehlinterpretiert. Laborchemisch findet sich meist eine beschleunigte BSG und eine Erhöhung des CRP-Wertes, jedoch keine Leukozytose. Gelegentlich besteht sogar eine Leukopenie.

### Immer Röntgen-Thorax

Unverzichtbar bei der Diagnostik der Lungentuberkulose ist die Röntgen-Thoraxaufnahme. Hier kann sich die Tuberkulose jedoch sehr unterschiedlich präsentieren. „Eine Lungentuberkulose kann jede andere entzündliche, interstitielle und tumoröse Lungenerkrankung imitieren“, so Morr. Typischerweise finden sich flau Infiltrationen im Bereich der Oberfelder. Aber auch Fleckschatten, Rundherde, streifige Veränderungen und geschlossene Ringfiguren als Hinweise auf eine Kaverne sind möglich.

Die Computertomographie liefert in der Mehrzahl der Fälle keine zusätzlichen Informationen. Sie erlaubt lediglich die Abgrenzung von einem Tumor.

### Kultur bleibt Goldstandard

Neuerdings steht zwar wieder ein intrakutaner Hauttest zur Verfügung, der ebenso wie der frühere Tine-Test bzw. der Mendel-Mantoux-Test aber nur eine Infektion mit Tuberkelbakterien, jedoch keine Erkrankung nachweist. Auch schließt eine negative Reaktion eine Infektion nicht mit letzter Sicherheit aus.

Serologische Tests, die spezifische Antikörper gegen das Tuberkelbakterium nachweisen, haben zwar eine sehr hohe Spezifität, jedoch eine geringe Sensitivität, d. h. mit ihnen kann eine Tuberkulose nicht hinreichend sicher ausgeschlossen werden. Auch die PCR kann nur einen gewissen Hinweis auf das Vorliegen einer Tbc geben.

Die Kultur bleibt deswegen unverzichtbar, so Morr. Grundsätzlich kann der Erregernachweis aus Sputum, Magensaft und bronchoalveolärer Lavage angestrebt werden. Sputum und Magensaft sollten allerdings dreimal eingeschickt werden. Da die Ergebnisse der Kultur erst nach drei bis sechs Wochen zur Verfügung stehen, sollte die Entnahme der Proben beim ersten Verdacht auf eine Tuberkulose erfolgen.

### Wann ex juvantibus behandeln?

Sofort nach der Probenentnahme erfolgt die mikroskopische Untersuchung. Wenn sich dabei säurefeste Stäbchen nachweisen lassen, besteht zumindest dringender Verdacht auf eine Tuberkulose. Doch nicht selten, insbesondere bei einer Pleuritis exsu-



Foto: Superbild

**Im Röntgen-Thorax kann sich die Tuberkulose sehr unterschiedlich präsentieren (Ringfigur bei Kaverenbildung).**

dativa kann der bakteriologische Beweis nicht erbracht werden. Wenn aber alle anderen Befunde (Klinik, Röntgen, serologischer Test, PCR) eindeutig für eine Tuberkulose sprechen, sollte eine tuberkulostatische Therapie eingeleitet werden. Die Beobachtung des Verlaufs „ex juvantibus“ wird dann die Verdachtsdiagnose bestätigen oder ggf. auch falsifizieren.

### Therapie mit Vierfachkombination

Der Erregernachweis muss immer mit einer Resistenzprüfung kombiniert werden. Als Standardtherapie gilt weiterhin – soweit die Resistenztestung nicht dagegen spricht – eine Vierfachkombination aus Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid und Ethambutol. Diese vier Substanzen müssen über zwei Monate verabreicht werden, danach wird die Therapie mit Isoniazid und Rifampicin über weitere vier Monate fortgeführt. Die Therapie mit Isoniazid erfordert immer die zusätzliche Gabe eines Vitamin-B-Präparates.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Pneumologische Fortbildung im Lungenzentrum des Klinikums Koblenz, 25. Januar 2006