



Epidemiologisches Bulletin

22. August 2016 / Nr. 33

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Husten als unspezifisches Leitsymptom – vom unklaren Beschwerdebild zur Diagnose einer offenen Lungentuberkulose

Diese Woche 33/2016

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-050

Ein 55-jähriger, aus der Türkei stammender und seit über 30 Jahren in Deutschland lebender Mann suchte aufgrund eines sich seit Juli über 6 Wochen intensivierenden Hustens mit weißlichem Auswurf seinen Hausarzt auf. Begleitend traten Fieber, eine unerklärliche Gewichtsabnahme von etwa 10 kg im letzten halben Jahr und Nachtschweiß auf. Der behandelnde Hausarzt stellte klinisch die Diagnose einer „Pneumonie“ und verordnete eine orale Antibiose mit einem Cephalosporin. Unter diesem Therapieansatz kam es zu einer vorübergehenden Normalisierung der Körpertemperatur. Allerdings ereigneten sich in der Folgezeit rezidivierende febrile Temperaturerhöhungen ohne Minderung des Hustens und Auswurfs. Drei Monate nach Symptombeginn wurde eine Computertomographie des Thorax veranlasst, die ein Infiltrat im linken Oberlappen und pleuraständige Verdichtungsstrukturen aufzeigte. Daraufhin erfolgte eine erneute ambulante mehrwöchige antibiotische Therapie mit einem Makrolid, die wiederum keine nachhaltige Besserung der Beschwerdesymptomatik bewirkte. Zudem bestand nach radiologischen Kontrolluntersuchungen (Rö-Thorax) unverändert eine Infiltration im Bereich des linken Lungenoberlappens. Vor diesem Hintergrund veranlasste der behandelnde Hausarzt zur weiteren diagnostischen Abklärung im November die stationäre Einweisung in ein Allgemeinkrankenhaus. Bis zu diesem Zeitpunkt waren noch keine mikrobiologischen Untersuchungen auf Tuberkulose veranlasst worden.

Im Rahmen der körperlichen Untersuchung in der Klinik zeigte sich ein wacher, ansprechbarer und allseits orientierter Patient mit einem Körpergewicht von nur 65 kg bei einer Körperlänge von 180 cm. Bei der Auskultation der Lunge waren ein diskret verlängertes Expiratorium, ein sonorer Klopfeschall und vesikuläre Atemgeräusche festzustellen. Die restliche körperliche Untersuchung lieferte einen altersentsprechend unauffälligen Gesamtbefund. Darüber hinaus bestand ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus und ein chronischer Nikotinabusus von 70 Packungsjahren.

Mittels Röntgen-Thorax-Aufnahmen in zwei Ebenen wurde radiologisch ein geschrumpfter linker Oberlappen, eine breitstreifige, flächenhafte und dichte Infiltration vom Hilus zur Peripherie nach kranial lateral festgestellt. Vereinzelt waren Verdichtungen im 6-er Segment dorsal des Hilus vorzufinden. Neben einer unauffälligen Pleurasonografie war auch die Abdomensonografie unauffällig.

Bereits im Sputum zeigten sich massenhaft säurefeste Stäbchen. Diagnostisch zielführend war zudem die Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage (BAL). Dabei konnte reichlich eitriges Sekret aus dem linken Hauptbronchus, der Lingula und des linken Oberlappens abgesaugt werden. Daneben waren eine gerötete, ödematöse und kontaktvulnerable Schleimhaut in der linken Lingula

Tuberkulose

- ▶ Husten als unspezifisches Leitsymptom – vom unklaren Beschwerdebild zur Diagnose
- ▶ Kommentar des RKI

Hinweise auf Veranstaltungen

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
30. Woche 2016

Ausbrüche von Cyclosporese
– auch Mexiko-Urlauber aus UK betroffen

