

Warum hat die Patientin immer wieder Infekte?

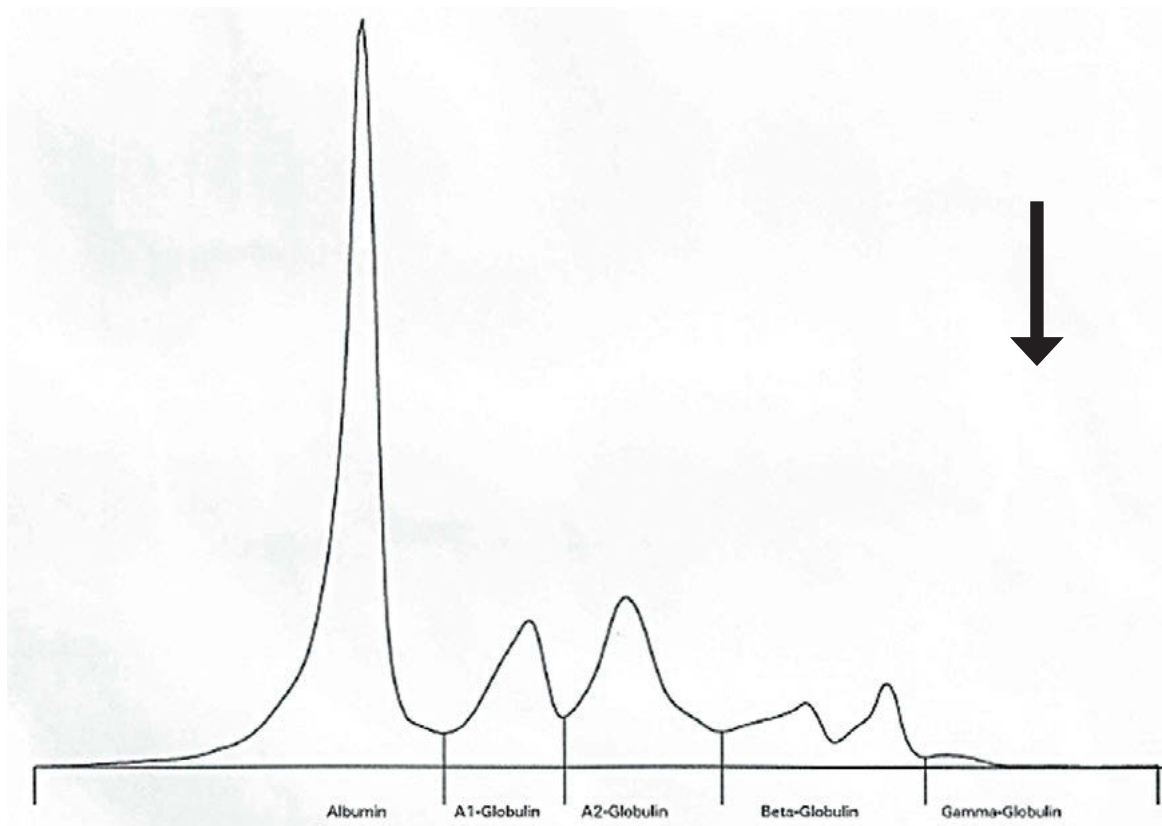


Abbildung: Fehlende Gammaglobulin-Fraktion in der Eiweißelektrophorese.

Anamnese

Eine 58-jährige Patientin stellt sich mit rezidivierenden bronchopulmonalen Infekten, persistierender Diarrhoe und Sinusitiden regelmäßig stationär vor. Als Vorerkrankungen sind eine COPD (Grad III, Gruppe D) mit rezidivierenden Exazerbationen bei fortgeführtem Nikotinkonsum (ca. 30 py), eine Splenomegalie, mehrmalige Clostridien-Enteritiden nach rezidivierender Antibiotika-Einnahme sowie eine Hypothyreose bekannt. Die Vormedikation besteht aus Inhalativa bei COPD, Pantozol und L-Thyroxin.

Diagnostik und Therapie

In der körperlichen Untersuchung zeigt sich eine sehr schlanke, dyspnoische Patientin (BMI 17,2 kg/m²) mit ersichtlichem Einsatz der Atemhilfsmuskulatur. Diesbezüglich imponiert eine deutliche Spastik mit Rasselgeräuschen über beiden Lungen. Die Vitalparameter (Blutdruck, Herzfrequenz) sind bei Aufnahme unauffällig. Laborchemisch zeigen sich erhöhte Entzündungswerte (CRP 131,1 mg/l, keine Leukozytose), im konventionellen Röntgen des Thorax

zeigen sich peribronchiale Infiltrate im Sinne einer exazerbierten COPD. Die Patientin wurde leitliniengerecht antibiotisch therapiert.

Aufgrund der zunehmenden Infekthäufigkeit und eines zudem beschriebenen Gewichtsverlustes (laut Patientin ca. 15 kg über zwölf Monate) erfolgte eine weiterführende Labor diagnostik. In der Serumelektrophorese zeigte sich nun oben aufgeführter Befund (siehe Abbildung).

Fazit

Es zeigt sich eine fehlende Gammaglobulinfraktion, aufgrund derer es neben anderen prädisponierenden Faktoren immer wieder zu Infektexazerbationen vielfältigster Ausprägung kommen kann. Bei einem Mangel aller Ig-Isotypen kommen theoretisch mehrere Grunderkrankungen in Frage, zum Beispiel eine autosomal-rezessive Agammaglobulinämie (Nicht-Bruton-Typ), die X-chromosomale Form (Agammaglobulinämie Bruton) oder auch die CVID (Common variable immune deficiency - „variables Immundefektsyndrom“). Aufgrund der vielen möglichen Differenzialdiagnosen im

Bereich der Immundefektsyndrome empfiehlt sich eine Vorstellung der Patientin an speziellen Immundefizit-Ambulanzen zur weiteren Betreuung. Als therapeutische Optionen stehen hier unter anderem die regelmäßige Gabe von Immunglobulinen neben der adäquaten Therapie der jeweiligen Infektsituationen zur Verfügung. Bei rezidivierenden unklaren Infekten sollte an einen Immundefekt als begleitende Ursache gedacht werden.

Literatur

- » Humorale Immundefizienz: Antikörpermangelsyndrome ohne bekannten genetischen Defekt – A. Hubert, U. Baumann, M. Borte, P. Habermehl, I. Schulze, V. Schuster, H. Wolf, B. Grimbacher – www.immundefekt.de

Autoren

Dr. Florian Edsperger,
Elisabeth Vesper,

I. Medizinische Klinik, Bereich Nephrologie,
Klinikum Passau, Innstraße 76, 94032 Passau