

Migrationsmedizin in Niederbayern

Ein 38-jähriger Italiener stellt sich mit unklarem Gewichtsverlust zur stationären Abklärung in unserer Abteilung vor, er hat ungewollt über zehn Kilogramm in den vergangenen zwei Monaten verloren. Zudem berichtet er über nächtliche Schweißausbrüche und rezidivierende abdominelle Schmerzen. Als Risikofaktoren sind eine unausgewogene Ernährung sowie ein massiver Nikotin-

abusus zu erwähnen. Da der Patient nur sehr gebrochen deutsch spricht, ist die Anamneseerhebung deutlich erschwert. Er arbeitet saisonal seit drei Jahren als Pizzabäcker in Deutschland und wohnt in einem kleinen Hotelzimmer. Angehörige und Freunde hat er in unserer Gegend keine.



Abbildung 1: Röntgen-Thorax.

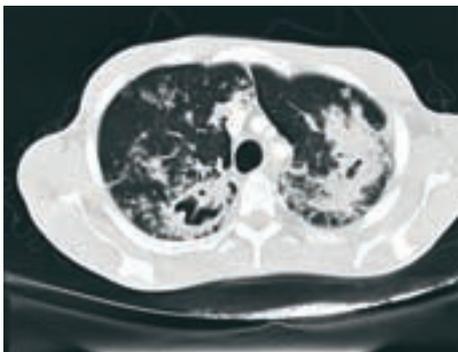


Abbildung 2: CT-Thorax.

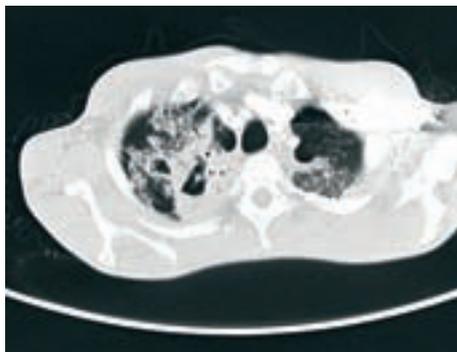


Abbildung 3: CT-Thorax.

Diagnose

Die körperliche Untersuchung zeigt einen jungen Patienten in deutlich reduziertem Allgemeinzustand (Größe: 1,71 Meter, Gewicht: 49,0 Kilogramm, BMI: 16,7 kg/m²), mit blassem Hautkolorit sowie rezidivierenden Hustenanfällen. Auskultatorisch war das Atemgeräusch über den Lungenspitzen etwas gedämpft, pathologisch vergrößerte Lymphknoten waren nicht zu tasten. Laborchemisch war eine Entzündungskonstellation (Leu-

kozyten: 11,9/nl, CRP: 14,1 mg/dl) sowie eine mikrozytär-hypochrome Anämie (Hämoglobin: 10,0 g/dl) auffällig. Diagnostisch richtungweisend war jedoch eine konventionelle Aufnahme des Thorax (Abbildung 1). Hier zeigten sich relativ flauweiche Oberlappeninfiltrate beidseits sowie zum Teil perihiläre noduläre Infiltrationen der Mittelgeschosse. Aufgrund des typischen Verteilungsmusters war bis zum Beweis des Gegenteils von einer floriden spezifischen Pneumonie beidseits auszugehen. Mit Verdacht auf eine offene Lungentuberkulose

wurde der Patient entsprechend den Richtlinien des Robert Koch-Instituts umgehend isoliert. In der weiterführenden Computertomographie des Thorax zeigten sich nun beidseits Kavernen von mehreren Zentimetern Größe ohne Spiegelbildung, jedoch mit Bronchusanschluss, sowie vereinzelte granulomatöse Infiltrate in den Ober- und Unterlappen mit begleitenden, bis knapp zwei Zentimeter großen mediastinalen Lymphknoten (Abbildung 2 und 3). Somit ergab sich radiologisch der typische Befund einer offenen Lungentuberkulose mit mediastinaler Lymphadenopathie. Die Mikrobiologie bestätigte den Befund: in Sputum und Magensaft waren säurefeste Stäbchen nachzuweisen, PCR und Kultur auf *Mycobacterium tuberculosis* waren positiv.

Therapie

Es erfolgte die Einleitung einer zweimonatigen resistenzgerechten gewichts-adaptierten Vierfachtherapie mit Ethambutol, Rifampicin, Isoniazid und Pyrazinamid. Aufgrund der fehlenden sozialen Versorgung und Problemen bei der weiteren Betreuung im Wohnmilieu, musste der Patient in Rücksprache mit der örtlichen Gesundheitsbehörde während der zweimonatigen Initialphase stationär behandelt werden. Nach dieser Therapiephase konnten im Sputum an drei aufeinander folgenden Tagen keine Mykobakterien mehr nachgewiesen werden, die Isolierungsmaßnahmen wurden daraufhin aufgehoben und der Patient bei subjektivem Wohlbefinden entlassen. Es folgte eine viermonatige Konsolidierungsphase mit Isoniazid und Rifampicin.

Der vorliegende Fall zeigt exemplarisch die zunehmende Therapiekomplexität bei fehlender sozialer Integration der Patienten. Bei steigender Migration wird sich die Medizin mit dieser Problematik vermehrt auseinandersetzen müssen.

Dr. Florian Edsperger, I. Medizinische Klinik, mit freundlicher Unterstützung von Oberarzt Jörg Haseneier, Klinik für Radiologie, beide Klinikum St. Elisabeth, 94315 Straubing