



Latente Tuberkulose

Wen auf TBC testen? Wen behandeln?

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) tagte in München gemeinsam mit der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP).

© spa/Springer Medizin Verlag

Nur wenige Personen erkranken nach einer Infektion mit Tuberkelbakterien. Doch die Erreger können in der Lunge persistieren und bei Schwächung des Immunsystems reaktiviert werden. Deshalb gilt es, Patienten mit erhöhtem Risiko für eine manifeste Tuberkulose (TB) zu identifizieren.

Nur 5 % der mit dem TB-Erreger Infizierten entwickeln primär eine behandlungsbedürftige Tuberkulose. Bei den anderen wird der Erreger vom Immunsystem, speziell von den T-Lymphozyten und den Zytokinen – insbesondere von TNF-alfa – „in Schach gehalten“. Sie schlummern dann in fibrosierten Granulomen, die in Form eines zufällig entdeckten Tuberkuloms radiologisch in Erscheinung treten können. In solchen Fällen spricht man von einer latenten Tuberkulose (LTBI), d. h. diese Personen sind nicht krank und auch nicht infektiös. „Doch wenn das Immunsystem aus irgendwelchen Gründen schwächelt, werden die Erreger reaktiviert und es bildet sich ein verkäsendes Granulom“, so Dr. Pia Hartmann vom Institut für Mikrobiologie der Uniklinik Köln. Erhält ein solches Anschluss an einen Bronchus, entwickelt sich eine offene Tuberkulose, der Patient wird infektiös.

Intention to screen is intention to treat

Doch wann sollte man wen im Hinblick auf das Vorliegen einer latenten Tuberkulose screenen? „Grundsätzlich sollte man nur dann testen, wenn man bei einem positiven Ergebnis auch behandelt, und nicht einfach so, um die Neugierde zu befriedigen“, so Hartmann. „Intention to screen is intention to treat“. Getestet werden sollten daher nur Personen, die ein erhöhtes Risiko tragen, eine Tuberkulose zu entwickeln, der Infektionsdiagnostik muss also immer eine Risikoeinschätzung vorausgehen. Ziel der Testung ist, durch eine gezielte präventive Therapie eine Reaktivierung von persistierenden Tuberkulose-Bakterien und die daraus resultierende manifeste Tuberkulose zu verhindern.

Womit testen?

Für die Testung stehen zwei immunologische Tests zur Verfügung, der Interferon-gamma-Test (IGRA) und der Tuberkulin-

Hauttest (THT). Bei Kindern unter 5 Jahren wird der THT empfohlen, bei Kindern zwischen 5 und 14 Jahren können beide Tests verwendet werden und bei Jugendlichen ab 15 Jahren und Erwachsenen sollte bevorzugt IGRA eingesetzt werden. Doch bevor man eine solche Testung macht, muss eine manifeste Tuberkulose mittels Röntgen-Thorax ausgeschlossen sein. Auch muss man bedenken, dass falsch positive Resultate möglich sind und ein positiver Test nicht zwingend eine latente Infektion beweist.

Soll-, Sollte- und Kann-Test-Indikationen

Eine strenge Indikation, also eine Soll-Empfehlung für die Testung und eine etwaige Chemoprävention, besteht bei:

- ▶ Personen mit engem Kontakt zu einem kulturell oder molekularbiologisch gesicherten, an Lungentuberkulose erkrankten Indexfall,
- ▶ Patienten vor Einleitung bzw. unter einer Therapie mit TNF-alpha-Inhibitoren,
- ▶ Patienten mit einer HIV-Infektion.

„Doch nicht nur TNF-alfa-Inhibitoren, sondern auch andere Basistherapeutika, die bei der rheumatoiden Arthritis eingesetzt werden wie Leflunomid, Ciclosporin und Methotrexat, gehen mit einem deutlich erhöhten TB-Risiko einher“, so Hartmann.

Tuberkulose: Die Zahl der Neuinfektionen bleibt stabil

Die Tuberkulose gehört weiterhin zu den zehn häufigsten Todesursachen weltweit. 2017 infizierten sich 10 Millionen Menschen mit Tuberkelbakterien, eine Million davon waren Kinder. Bei einer halben Million Patienten liegt eine Multiresistenz gegen den Erreger vor. Bei über 95 % sind Menschen aus ärmeren Ländern betroffen. Deutschland ist ein Niedriginzidenzland, wobei die Erkrankungszahlen nach einem Anstieg zwischen 2013 und 2016 seit 2017 wieder rückgängig sind, zuletzt auf 5.486 Neu-Infizierte. In 73 % der Fälle handelt es sich um Personen mit einem Migrationshintergrund. Am häufigsten sind Menschen aus Somalia und Eritrea betroffen. „Der Anteil der Patienten mit einer Multiresistenz liegt in Deutschland stabil bei 3 %“, so Prof. Torsten Bauer, Berlin. *sti*