



Pneumokokken, Mykobakterien, Inflenzaviren und immer mehr Exoten können bedrohliche ambulant erworbene Pneumonien hervorrufen. Die Anamnese liefert wertvolle Hinweise auf die Ursache der Infektion.

Schwierige Diagnostik bei geflüchteter Frau

Die dritte Kasuistik Weltes behandelte eine aus Syrien nach Deutschland geflohene Patientin. Wegen eines Atemwegsinfekts wurde der Notarzt zum Flüchtlingsheim gerufen, eine Röntgenaufnahme erfolgte nicht. Sie erhielt Amoxicillin, ohne dass dies eine Wirkung zeigte. Zwei Tage später kam sie in desolatem Zustand in die Notaufnahme: niedriger Blutdruck, hohes Fieber mit Schüttelfrost, Hypoxämie, erhöhte Nierenwerte, abfallende Thrombozytenzahlen.

Bei Geflüchteten müsse immer an die Differenzialdiagnose einer Tuberkulose gedacht werden, so Welte. In asiatischen Hochprävalenzländern sind Ärzte selbstverständlich auf diese Differenzialdiagnose eingestellt. In Deutschland ist die Tuberkulose seit langem selten geworden. Doch das ändert sich gerade: Und: „Ich habe allein in diesem Jahr bereits drei

ARDS-(Acute Respiratory Distress Syndrome)Patienten auf der Intensivstation gehabt, die alle gestorben sind.“

Welte: „Es gelten die alten ‚Zauberberg‘-Regeln: Bluthusten, Nachschweiß, Gewichtsverlust, nekrotisierendes Infiltrat im Lungensoberlappen und Kontakt mit einem Tuberkulose-Patienten – das ist Tuberkulose!“ Die syrische Patientin hatte aber gar keine Tuberkulose. Dennoch entwickelte sie ein klinisches Bild im Sinne eines ARDS und musste intubiert und beatmet werden. Schließlich benötigte sie sogar eine extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO). Die mikrobiologischen Befunde ergaben – nichts. Alle Tests waren negativ. Influenza? „Es war Februar – das Influenza-Screening ist ein Muss!“ Dies sei der häufigste Grund für ein respiratorisches Versagen in der Influenza-Saison. Aber damit ist es nicht getan. In der CAP-Leitlinie gibt es eine Tabelle mit möglichen Differenzialdiagnosen, die ausgeschlossen werden sollten. „Da sind inzwischen auch viele tropische Erkrankungen dabei.“ So brächten zum Beispiel Thailand-Urlauber den „Lungen-Rotz“ mit, eine Infektion mit *Burholderia pseudomali*.

Bei der syrischen Patientin stellte sich schließlich eine Mykoplasmen-Pneumonie als Ursache heraus. Diese kann mit Clarithromycin behandelt werden, Welte und seine Kollegen haben die Patientin aber auf das vergleichsweise stärker bakterizide Moxifloxacin umgesetzt. Die Frau erholte sich langsam, entwickelte auf der Intensivstation allerdings eine Neuromyopathie, die eine stationäre Rehabilitation erforderlich machte.

Dr. Thomas Meißner, Erfurt

So wird eine CAP ambulant diagnostiziert

Bei klinischem Verdacht auf eine ambulant erworbene Pneumonie (CAP) soll laut Leitlinie ein Röntgenthorax in zwei Ebenen angefertigt werden. Sollte dies nicht zeitnah zur Verfügung stehen, ist für jene, die es können, die Thorax-Sonografie geeignet, um zumindest periphere pulmonale Infiltrate zu detektieren.

Ein erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) ist zwar ein unzuverlässiger Parameter. Dennoch empfiehlt die Leitlinie für die Primärversorgung einen Point-of-Care-Test auf CRP bei hoher klinischer Vortest-Wahrscheinlichkeit einer CAP. Denn der negative Vorhersagewert ist gut. „Wenn das CRP nicht auf das Zehnfache des Normwerts erhöht ist, also mindestens 50 mg/l, dann ist das mit hoher Wahrscheinlichkeit keine bakterielle Pneumonie“, sagte Prof. Tobias Welte aus Hannover. Ist der CRP-Wert normal, liegt mit Sicherheit keine Pneumonie vor.

Eine Sputum-Diagnostik wird ambulant nicht empfohlen, weil es logistisch schwer zu organisieren ist, die erforderlichen Standards einzuhalten.

mei

Quelle: 60. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und 41. Jahreskongress der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), 13.-16. März 2019 in München