

GI-Infektionen: Woran müssen Sie bei Migranten denken?

Das Spektrum gastrointestinaler (GI)-Infektionen bei Migranten unterscheidet sich wesentlich von dem der Einheimischen. Auch bei unspezifischen Bauchbeschwerden sollte man zunächst an importierte chronische Infektionen denken, die im Herkunftsland erworben wurden.

Zu den importierten chronischen GI-Infektionen zählen die Helminthosen, die Schistosomiasis und die Echinokokkose. Die häufigsten Helminthosen sind die Ascariasis, die Trichuriasis und die Hakenwurminfektion. „Um eine solche Erkrankung nachzuweisen oder auszuschließen, genügt die konventionelle parasitologische Stuhlagnostik“, erklärte Dr. Andreas Müller von Missionsärztlichen Klinik in Würzburg. Schwieriger sei der Nachweis einer Schistosomiasis. Für die Speziesdiagnostik sei es sinnvoll, den Direktnachweis im Stuhl anzustreben, was aber nur selten gelinge. Für die Diagnosesicherung bleibe dann nur die Serologie, die aber keine Speziesdiagnostik erlaube. Auch können die Antikörper nach einer erfolgreichen Sanierung noch über Jahre persistieren. „Personen, die aus Schistosomiasis-endemischen Regionen stammen, sollten grundsätzlich einer Screening-Untersuchung mittels Serologie auf Bilharziose unterzogen werden“, so die Empfehlung von Müller. Eine positive Schistosomiasis-Serologie sollte immer eine therapeutische Konsequenz haben, auch wenn der Direktnachweis im Stuhl oder Urin nicht gelingt. Empfohlen wird die Einmalgabe von 40 mg/kg Praziquantel über drei Tage. Nach 12 bis 14 Monaten sollte eine serologische Verlaufskontrolle erfolgen. Bei fehlendem Titerabfall ist eine erneute Diagnostik und Therapie erforderlich.

Auch für die in den Tropen weit verbreitete Strongyloidiasis ist der Direktnachweis schwierig, sodass als Screening nur die Serologie infrage kommt. Eine positive Strongyloides-Serologie muss immer als Indikator für eine aktive Infektion gewertet werden. Der Autoinfektionszyklus führt häufig zu einer Persis-

Was tun bei Mikro-GIST?

Bei gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) des Magens > 2 cm oder < 2 cm mit Raumforderung sollte stets reseziert werden, betonte Prof. Lars Lindner, Universitätsklinikum München. Bei anderen Lokalisationen, etwa im Dünndarm, ist eine primäre Resektion indiziert. Was aber tun bei „Mikro-Gist“, die bei 20 – 30 % der Menschen zu finden sind, und zwar umso häufiger, je älter der Patient. „Bei diesem Zufallsbefund ist keine Intervention erforderlich“, lautete das klare Statement von PD Dr. Peter Reichardt, Helios-Klinikum Berlin-Buch. Das Gesamtüberleben werde nicht negativ beeinflusst.

Dr. Beate Fessler

Quelle: Viszeralmedizin 2018, 73. Jahrestagung der DGVS und 12. Herbsttagung der DGAV, 14.9.2018 in München; Session „GIST-Tumore Update 2018“

tenz des Erregers. Die Therapie der Wahl ist Ivermectin 200 µg/kg Einmaldosis über zwei Tage. Als Alternative kann Albendazol in einer Dosierung von 2 × 400 mg über sieben Tage verabreicht werden. Die Eradikationsrate liegt bei 70 – 90 %.

Eine diagnostische Herausforderung ist auch die Tuberkulose bei Migranten, da oft eine lange Latenz von der Infektion bis zur Manifestation vorliegt. In zirka 20 % der Fälle handelt es sich um eine extrapulmonale Tuberkulose, wobei meist der Magen-Darm-Trakt befallen ist. Insbesondere bei Patienten mit einem unklaren Aszites sollte immer an eine Tuberkulose gedacht werden. Bei einem Darmbefall ähnelt das endoskopische Bild dem einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung. „Nicht selten wird deshalb fälschlicherweise ein Morbus Crohn oder eine Colitis ulcerosa diagnostiziert, was bei Einleitung einer immunsuppressiven Therapie fatale Folgen haben kann“, mahnte Miller. Um dies zu vermeiden, sollte mit den Biopsien immer eine Kultur angelegt werden.

Dr. med. Peter Stiefelhagen

Quelle: Viszeralmedizin 2018, 73. Jahrestagung der DGVS und 12. Herbsttagung der DGAV, 13.9.2018 in München; Symposium „Infektiologie: Was muss der Gastroenterologe wissen?“

Erratum

Erratum zu Pankreaszysten – Diagnostik: Zystische Läsionen und Tumoren des Pankreas klar differenzieren

Stephan Hollerbach

Erratum zu: GASTRO-NEWS 2018;05(4):32–42

In der Ausgabe 4/2018 haben wir die Maßeinheiten für das carcinoembryonale Antigen (CEA) im Serum einmal in Tabelle 3 (Seite 37) mit ng/µl und einmal in Abbildung 6 (Seite 41) mit ng/dl falsch angegeben.

In der Tabelle 3 (Seite 37) muss der CEA-Wert in der Zystenflüssigkeit als ng/ml angegeben werden. Im Algorithmus auf Seite 41 Abbildung 6 (Seite 41) muss der CEA-Wert ebenfalls als ng/ml erscheinen. Wir bitten um Berücksichtigung.

Stephan Hollerbach

Die Online-Version des Originaltitels ist unter <https://doi.org/10.1007/s15036-018-0260-2> zu finden.