

## Testen Sie Ihr Fachwissen

### Test Your Knowledge



#### Autoren

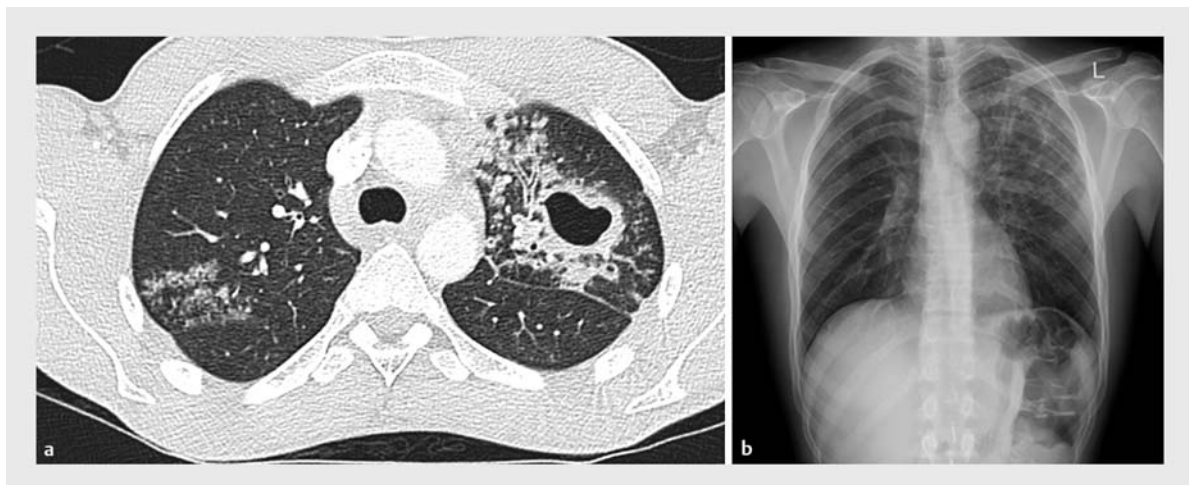
Benjamin T. Schleenvoigt<sup>1</sup>, Jürgen Rödel<sup>2</sup>, Anne Moeser<sup>1</sup>

#### Institute

- 1 Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Jena, Jena
- 2 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universitätsklinikum Jena, Jena

#### Bibliografie

Pneumologie 2022; 76: 924–926  
 DOI 10.1055/a-1898-9469  
 ISSN 0934-8387  
 © 2022. Thieme. All rights reserved.  
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
 70469 Stuttgart, Germany



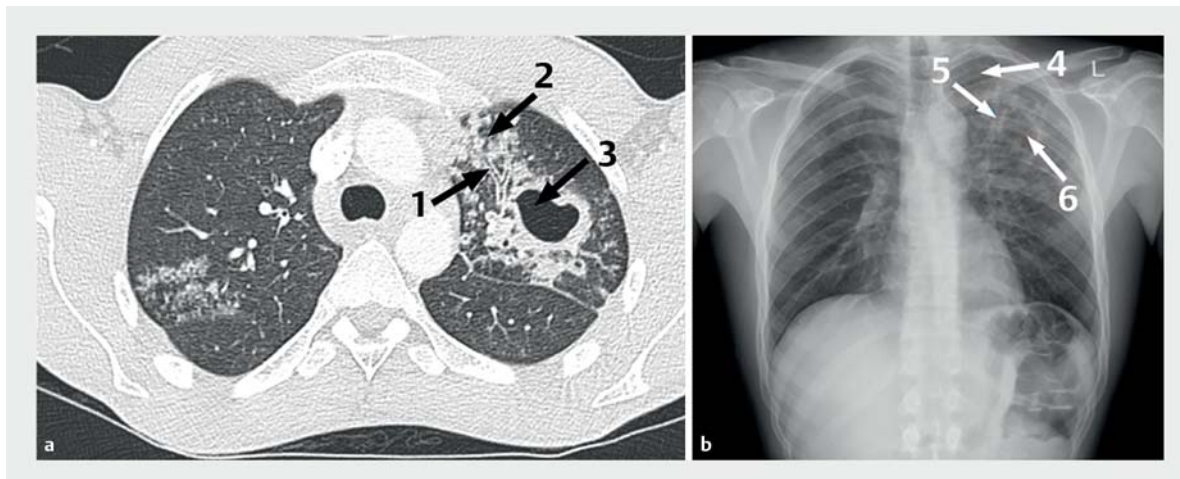
► **Abb. 1** **a** CT-Thorax Nativ: Darstellung der Oberlappen. **b** Röntgen-Thorax Übersicht.

Ein 23-jähriger afghanischer Patient stellt sich mit Husten und blutigem Auswurf seit 2 Wochen vor. Es bestehen rezidivierende Fieberschübe bis 38°C und atemabhängige Brustschmerzen seit 3 Monaten. Der Patient lebt seit 3 Jahren in Deutschland. Computertomografie (► **Abb. 1 a**) und Röntgenbild (► **Abb. 1 b**) des Thorax ergeben jeweils mehrere pathologische Befunde.

#### FRAGEN

- ❓ Welche Befunde sind es?
- ❓ Kann anhand dieser Befundkonstellation eine Verdachtsdiagnose gestellt werden? Wenn ja, welche?
- ❓ Sind Differenzialdiagnosen möglich? Wenn ja, welche?

## Auflösung ...



► **Abb. 2** a CT-Thorax Nativ: Darstellung der Oberlappen. b Röntgen-Thorax Übersicht.

### Befunde

Computertomografie:

1. wandverdickte und erweiterte Bronchien im linken Oberlappen
2. grobfleckig-konfluierende Infiltrate sowie Tree-in-Bud-Zeichen (zentrilobuläre Noduli mit verzweigten linearen Verdichtungen, die an einen Blütenzweig erinnern, Zeichen der exsudativen/intraluminalen Bronchiolitis im HR-CT-Thorax) im linken und, geringer ausgeprägt, im rechten Oberlappen
3. dickwandige Kaverne (2,0×2,6 cm) mit Bronchusanschluss

Röntgen:

4. flächige, z. T. fleckige Verdichtung
5. wandverdickter Bronchus („Tram-Track-Sign“)
6. großer kavernöser Befund im linken Oberlappen

### Diagnose

Lungentuberkulose.

### Differenzialdiagnosen

atypische Mykobakteriose, Aspergillom.

### Erläuterung

Bei Verdacht auf eine offene Lungentuberkulose wurde der Patient im Einzelzimmer isoliert. Die mikrobiologische Untersuchung von Sputum ergab den Nachweis von säurefesten Stäbchen im Ausstrich. Molekularbiologisch wurde (mittels BD MAX MDRTB PCR; BD, Heidelberg) am gleichen Tag im Sputum Mycobacterium-tuberculosis-Komplex ohne Resistenzen gegen Isoniazid und Rifampicin identifiziert. Bei medikamentensensibler Lungentuberkulose wurde deswegen die tuberkulostatische 4-fach-Therapie mit Rifampicin (RMP) 600 mg, Isoniazid (INH) 300 mg, Pyrazinamid (PZA) 1750 mg und Ethambutol (EMB) 1000 mg tgl. per os begonnen.

Bei dem ausgeprägt kavernösen Befund ist zur Reduktion des Rezidivrisikos die Behandlung über 9 Monate geplant – Initialphase: 2 Monate 4-fach-Therapie (RMP, INH, PZA, EMB), gefolgt von 1 Monat 3-fach-Therapie (RMP, INH, PZA) und Konsolidierungsphase: 6 Monate 2-fach-Therapie (RMP, INH). Zur therapiebegleitenden Kontrolle gehören neben Klinik (u. a. Gewicht) und Paraklinik (Blutbild, Nieren und Leberwerte) die radiologische und mikrobiologische Verlaufskontrolle. Unter EMB ist die augenärztliche Vorstellung initial und dann alle 4 Wochen nötig [1]. Bei entsprechender Compliance kann die Behandlung der Lungentuberkulose ambulant erfolgen, sofern im Sputum keine vitalen Mykobakterien mehr nachweisbar sind.

## Korrespondenzadresse

---

Dr. med. Benjamin T. Schlenvoigt  
Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene  
Universitätsklinikum Jena  
Am Klinikum 1  
07747 Jena  
Deutschland  
E-Mail: benjamin.schlenvoigt@med.uni-jena.de

## Literatur

---

- [1] Schaberg T et al. S2k-Leitlinie: Tuberkulose im Erwachsenenalter. Pneumologie 2017; 71: 325–397

## Zitierweise für diesen Artikel

---

Dtsch Med Wochenschr 2019; 144: 475–476; DOI: 10.1055/a-0778-6635