

Die Krankheit aus dem Teufelsmoor

Kasuistische Kurzkrimis

Aus Kasuistiken lernen heißt das Motto: Kaum ein Medizinerkongress will noch auf Sitzungen mit Fallvorstellungen verzichten. Die Pneumologen können dabei vermutlich mit den spannendsten Fällen aufwarten. Die Fahndung nach

der Diagnose setzt zuweilen kriminalistisches Gespür voraus. Wir haben aus dem Angebot im Rahmen des Jubiläumskongresses der DGP zwei spektakuläre Kasuistiken, interaktiv via TED-System diskutiert, ausgewählt.

Luftnot im Theater

— Dr. W. Vorderstraße aus Weyhe am Teufelsmoor geriet mit seinem Patienten H. tief in die Welt des Theaters und machte dabei spektakuläre Entdeckungen.

H., 58 Jahre, wurde dem Pneumologen wegen chronischer Bronchitis zugewiesen. Seit fünf Monaten quälte ihn starker Husten. Ein noch vom Hausarzt veranlasstes CT-Thorax vor zwei Monaten war unauffällig. An Medikamenten erhielt er einmal Antibiose, Kortisontabletten seit einem Monat, 1+1 Junik®.

Die Allergianamnese blieb leer, Nichtraucher, am Arbeitsplatz Kontakt mit Stauben. Familienanamnese auch leer. Untersuchungsbefunde: beidseitiges Vesikuläratmen ohne pathologische Nebengeräusche auch bei forcierter Ventilation und bei Provokationshusten. Zwerchfelle

waren beidseits regelrecht abgrenzbar, Cor unauffällig.

Quälender Husten – außer bei Gastspielen

Beruflich ist H. Chefbeleuchter und Sicherheitsbeauftragter am örtlichen Theater. Auf Nachfragen gab er an, seit fünf Monaten an starkem unproduktivem Husten zu leiden, besonders im Theater, und dann besonders bei der Vogler-Aufführung. Zur Erläuterung: Heinrich Vogler gehörte zur Künstlerkolonie in Worpswede, östlich von Bremen, am Teufelsmoor. H. wachte häufig nachts auf und hatte quälenden Husten. Auffälligerweise blieb er von den Symptomen verschont, wenn er auf Gastspielen war.

Die Blutgasanalyse ergab eine leichte Hypoxämie. Die Prick-Allergie-Stan-

dardreihe wurde positiv bei *Aspergillus fumigatus*. Positiv auch der Intrakutan-test auf sechs verschiedene Schimmelpilze: *Aspergillus*. Die Serologie lief dann in dieselbe Richtung. Hohes IgE, hohe Konzentrationen der spezifischen Ig-G-Antikörper *Aspergilli*. Dieser Befund lässt sehr stark an eine extrinsische allergische Alveolitis (EAA) denken.

Nun begann der kriminalistische Teil der diagnostischen Fahndung. Ein Besuch des Theaters und speziell der Vorstellung über Heinrich Vogler ließ alle Alarmglocken läuten. Denn H. war nicht der Einzige, den die Vogler-Show zum Husten reizte, auch das Publikum war viel unruhiger als sonst. Das Bühnenbild lieferte das *Corpus delicti*. Man verwendete veritablen Torf aus dem Teufelsmoor und verpackte diesen „Bodenbelag“ nach der Vorstellung immer in Plastiksäcken. Vor der nächsten Aufführung holte man die Säcke aus dem Keller und streute den Inhalt auf die Bühne, der inzwischen zu einer üppigen Schimmelpilzkultur mit Unmengen von Sporen gereift war. Wenn das Theater mit Vogler auf Tournee ging, blieben die Säcke im Keller – und die Noxen auch; der Chefbeleuchter fühlte sich dann richtig wohl.

Die Diagnose schließlich hieß: Teufelsmoor-Alveolitis. Die Therapie: Kringesgespräch mit dem Bühnenbildner.

Dr. med. Jochen Aumiller

Quelle: Kasuistik von W. Vorderstraße in Weyhe, DGP-Kongress 2009



Foto: W. Vorderstraße

Die Aufführung mit Torf aus dem Teufelsmoor: ein wahrhaft atemberaubendes Spektakel.

Unklare rezidivierende Anaphylaxien

— Die Intensivstationen im Kreiskrankenhaus Wörth an der Donau und an der Uni Regensburg waren der 50-jährigen Angestellten schon wohlvertraut. In den letzten acht Jahren „logierte“ sie dort wiederholt wegen hypertensiver Krisen, Sinustachykardien, unklarem Quincke-Ödem. Die Kollegen kamen mit ihr mehr schlecht als recht zurecht. 2006 kam schließlich eine Panikattacke hinzu, die einen dreiwöchigen stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik nach sich zog.

Anamnestisch fanden sich Unverträglichkeiten mit Quincke-Ödem auf Irbesartan, Bisoprolol und Alkohol.

Der Hausarzt versuchte, den Bluthochdruck mit Lisinopril 10 mg in den Griff zu bekommen, löste damit aber eine Kettenreaktion an Begleitsymptomen aus: Gesichtsschwellung und Rötung, Atemnot. Auf die nächste Lisinopriltablette verstärkten sich die Beschwerden noch.

Nun lag der Druck bei 180/100 mmHg. Auf den Kalziumantagonisten Nitrendipin reagierte er wie gewünscht durch einen Abfall und ohne „Begleitmusik“.

Erneute hypertensive Krise

Zur aktuellen Vorstellung bei W. Sieber in Wörth kam es, als die Patientin mit einem Blutdruck von 210/100 mmHg und einer Tachykardie von 130/min die Notfallaufnahme des Kreiskrankenhauses aufsuchte. Der klinische Untersuchungsbefund offenbarte ferner eine Gesichtsrötung ohne Quincke-Ödem, die Lungen waren auskultatorisch frei, die Herztöne rein, keine Resistenzen im Abdomen, neurologisch unauffällig.

Was tun:

- Basislabor mit C1q-Esterase-Titer?
- Sono-Abdomen wegen Verdachts auf Nierenarterienstenose und Nebenwirkung nach ACE-Hemmer-Einnahme?
- Gabe von Sedativa wegen Verdachts auf Panikattacke?
- Verlegung auf die Intensivstation, EKG, Röntgen ...?

Das Auditorium plädierte zu Recht auf Basislabor und Verlegung auf die Intensivstation. Dort zunächst Solu-Decortin® 250 mg, Fenistil®, Tagamed®

— nach 30 min ohne Effekt auf die Rötung; Tranxilium® 10 mg ohne Effekt auf die Psyche; Calciparin® 7500 IE s.c.; Verapamil 2,5 mg i.v., 15 min später Anstieg der Herzfrequenz auf 160/min, Dyspnoeanfall, Temperatur 38,1 °C, Flush.

Im Verlauf der nächsten drei Stunden Normalisierung von Herzfrequenz und Blutdruck, allerdings erneute Dyspnoe bei nochmaliger Tranxiliumgabe.

Welche Zusatzuntersuchungen erscheinen jetzt angebracht:

- Nochmals Labor mit Vanillinmandelsäure, 5-OH-Indoleessigsäure, IgE gesamt?
- Prick- und IC-Tests auf Verapamil, Benzodiazepine, Heparine, Steroide, ACE-Hemmer?
- Lungenfunktion zum Ausschluss eines hyperreagiblen Bronchialsystems und Lungenemboliediagnostik?
- Langzeit-EKG bei Verdacht auf AV-RNT (Atrioventrikularknoten-Reentry-Tachykardie), Langzeitblutdruck, Echo?

Das Auditorium forderte sowohl die Prick-Tests als auch die angegebenen Laborwerte einschließlich der Kreislaufparameter an.

Enttäuschendes Ergebnis

Das Ergebnis war unterm Strich eine herbe Enttäuschung. Nichts Fassbares, auch Lungenfunktion und D-Dimere unauffällig. Ein Prick-Test auf ACE-Hemmer unterblieb allerdings, weil keine verlässlichen Tests hierfür zur Verfügung standen.

Und jetzt? Mit dem Latein am Ende?

- Sollte die Allergianamnese nochmals vertieft werden?
- Histamin und Diaminoxidase (DAO) im 24-Stunden-Urin, Tryptase bestimmen?
- Verlegung in eine psychosomatische Klinik?
- Einen Betablocker der neuesten Generation versuchen?

Die Mehrheit im Auditorium glaubte, mit den Urintests weiterzukommen. Drei Tage nach dem Ereignis war allerdings das Histamin im Normalbereich, nur das DAO war deutlich erniedrigt.

Die erneute Befragung förderte weitere Unverträglichkeiten zutage: Vor allem Rotwein schlug an, auch Meerestiere und Käse lösten Reaktionen aus.

Die Patientin wurde auf einen neueren Betablocker, Nebivolol 5 mg, eingestellt und vertrug ihn gut. Eine Einweisung in die Psychosomatik lehnte sie ab. Der behandelnde Kollege aber konnte jetzt einen vorläufigen Schlussstrich ziehen und eine Diagnose stellen: Histaminintoleranz bei DAO-Mangel und Verstärkung durch Histamin freisetzende (Lisinopril) oder DAO hemmende Medikamente (Verapamil, Betablocker).

Nach einer eingehenden Ernährungsberatung wurde die Patientin entlassen und blieb unter histaminarmer Kost beschwerdefrei – neun Monate lang. Dann kam es zu einem unverhofften Wiedersehen. Am Weihnachtsabend hatte die Patientin ein Glas Rotwein getrunken ...

Dr. med. Jochen Aumiller

Quelle: Kasuistik von Wolfgang Sieber, Wörth/Donau, DGP-Kongress 2009

Histaminintoleranz-Symptome

Haut: Flush, Urtikaria, Juckreiz

Gastrointestinal: Vomitus, Bauchschmerzen, Diarrhö, Meteorismus

ZNS: Kopfschmerz

Kardiovaskulär: Tachykardie, Herzrhythmusstörungen

Atemwege: Obstruktion, Fließschnupfen

Diagnosestellung

Histaminintoleranz:

- Vorliegen von mindestens zwei typischen Symptomen
- Besserung durch histaminarme Diät und Antihistaminika
- Erniedrigte DAO-Aktivität und/oder erhöhte Histaminspiegel (Urin/Serum)
- Ausschluss anderer Erkrankungen

(Nach Maintz, Bieber, Novak, Deutsches Ärzteblatt 51, 2006)