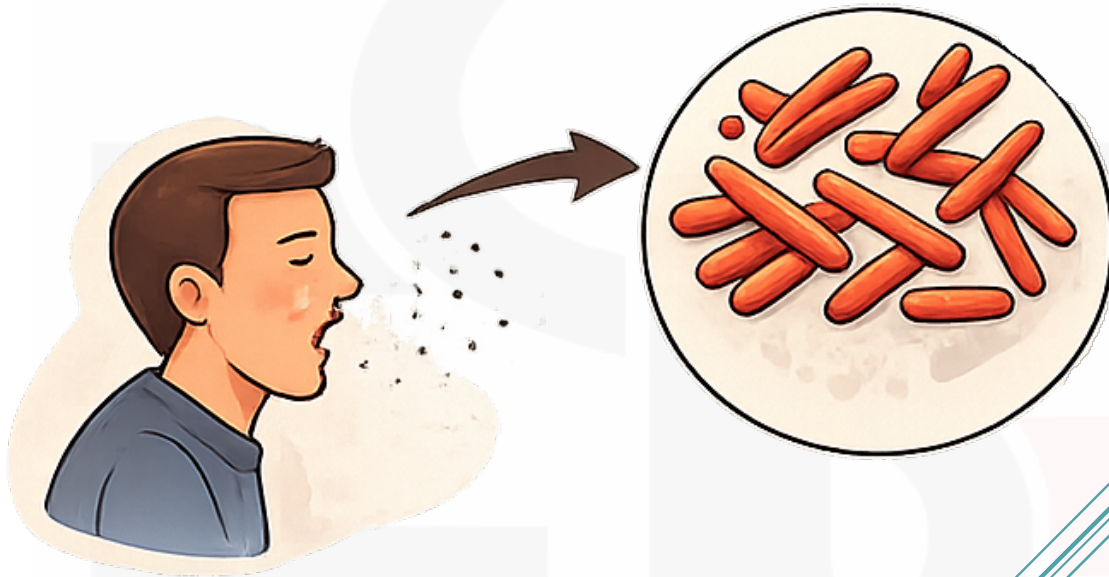


TUBERKULOSE

Fachleiter Medizin



Anamnese



Untersuchung



Therapie



Prüfung

2 Tuberkulose

Inhalt

Einleitung	4
Konjunktiv I.....	5
Begrüßung.....	7
Aktuelle Anamnese.....	7
Die vegetative Anamnese	8
Vorerkrankungen	8
Voroperationen.....	8
Gynäkologie	8
Medikamente	8
Allergien	9
Noxen.....	9
Sozialanamnese	9
Familienanamnese	9
Verdachts- und Differentialdiagnose	9
Diagnostische Abklärung	10
körperliche Untersuchung	10
Laboruntersuchungen	12
Latente Tuberkulose-Infektion (LTBI).....	13
Thorax-CT	15
Konsile	15
Behandlung.....	16
Reaktivierung	17
Reinfektion	17
Komplikationen	17
Pulmonal	17
Systemische / extrapulmonale Komplikationen	17

3 Tuberkulose

Organbezogene Komplikationen	17
Therapiebedingte Komplikationen.....	17
Allgemeines zur Tuberkulose.....	18
Erreger.....	18
Übertragung.....	18
BCG-Impfung.....	18
Extra.....	19
Fragen	19

Fachleiter

Einleitung

Der Fall enthält verschiedene Erfahrungen, aber das bedeutet nicht unbedingt, dass all diese Informationen in der Prüfung vorkommen. Ich habe versucht, alle möglichen Fragen abzudecken. Es ist empfehlenswert, sich umfassend vorzubereiten, jedoch lässt sich nicht vorhersagen, wie viel davon Sie tatsächlich in der Prüfung anwenden werden. Bei der Prüfung kann es vorkommen, dass Sie keine vollständige Anamnese durchführen können. Machen Sie sich jedoch keine Sorgen.

Es ist von großer Bedeutung, die Aussagen des Patienten wortwörtlich wiederzugeben.

In einer ärztlichen Prüfung spielt ein Arzt die Rolle des Patienten, wobei er detailliert eine vorbereitete Vorlage mit vollständiger Anamnese nutzt. Dies geschieht weder spontan noch systematisch: Er arbeitet mit einer strukturierten Vorlage, in der alle Aspekte der Anamnese enthalten sind, und versucht gleichzeitig, durch unstrukturierte Angaben den Prüfling zu verwirren. Der Prüfling muss daher unbedingt die Gesprächsführung übernehmen, gezielt nachfragen und den "Patienten" höflich, aber bestimmt steuern, um eine klare und strukturierte Anamnese zu gewährleisten.

Sie können die Zeit wie folgt einteilen: In den ersten 10 Minuten, genauer gesagt nach der Frage „Was führt Sie zu uns?“, sollten Sie eine Verdachtsdiagnose sowie zwei Differenzialdiagnosen in Betracht ziehen und gezielte Fragen dazu stellen, einschließlich der vegetativen Anamnese. Anschließend können Sie entscheiden, welche Informationen Sie zuerst erheben.

In einem Arztbrief sollten bei den Punkten Allergien, Sozialanamnese, Familienanamnese und Medikation Stichwörter verwendet werden. Achten Sie jedoch darauf, bei der mündlichen Vorstellung vollständige Sätze zu nutzen.

Viel Erfolg

Morteza Soltani

Konjunktiv I

Patient (direkte Rede):

„Ich hatte heftige Kopfschmerzen.“

✗ Falsch:

Er **habe** angegeben, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **seien** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

✓ Richtig:

Er **gab** an, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **sind** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

Bei Schlussfolgerungen, radikulären Schmerzen, konservativer Therapie oder B-Symptomatik kein Konjunktiv I verwenden.

Gültig in der Prüfung (FSP): Ich habe alles im Konjunktiv I formuliert, weil ich die Angaben nicht objektiv bestätigen kann!!!!!!

Bei der Wiedergabe brauchen wir entweder einen einleitenden Satz mit Verben wie „sagen“, „berichten“, „angeben“, „mitteilen“, „äußern“, „anführen“, „nennen“ usw. – oder wir formulieren die Aussage ohne einleitenden Satz.

Artikels im Singular: **der** (maskulin), **die** (feminin), **das** (neutral)

Patientenaussage: „Ich bin gestern auf der Treppe gestürzt.“

- 📄 Arztbrief (formell, schriftlich): Die Patientin berichtet, dass sie gestern auf der Treppe gestürzt sei.
- 🗣️ Fallvorstellung (mündlich, kompakt): Die Patientin berichtet, sie sei gestern auf der Treppe gestürzt.

Präsens		Vergangenheit
Originalsatz: „Er geht nach Hause.“ → Konjunktiv I: Er gehe nach Hause. Originalsatz: „Sie nimmt die Tablette.“ → Konjunktiv I: Sie nehme die Tablette. Originalsatz: „Es gibt Probleme.“ → Konjunktiv I: Es gebe Probleme.		Originalsatz: „Er hat die Tablette eingenommen.“ → Konjunktiv I: Er habe die Tablette eingenommen. Originalsatz: „Es wurde erfolgreich behandelt.“ → Konjunktiv I: Es sei erfolgreich behandelt worden. Originalsatz: „Es ist größer geworden.“ → Konjunktiv I: Es sei größer geworden. Originalsatz (Plural): „Sie nahmen stark zu.“ → Konjunktiv I: Sie hätten stark zugenommen. Originalsatz (Plural): „Die Schmerzen traten gestern auf.“ → Konjunktiv I: Die Schmerzen seien gestern aufgetreten.
Futur		
Originalsatz: „Er wird morgen einkaufen.“ → Konjunktiv I: Er werde morgen einkaufen. Originalsatz: „Sie werden abnehmen.“ → Konjunktiv I: Sie würden abnehmen.		
Sein	Präsens	ich sei, du seiest, er sei, wir seien, ihr seiet, sie seien
	Vergangenheit	Präsensform + gewesen
Haben	Präsens	ich hätte, du hättest, er habe wir hätten, ihr hättet, sie hätten
	Vergangenheit	Präsensform + gehabt

Modalverben (Präsens):

„Er/ Ich kann das erklären.“

→ Konjunktiv I: Er/ Ich könne das erklären. (solle, wolle, müsse, dürfe)

Originalsatz (Plural): „Sie können das erklären.“

→ Konjunktiv I: Sie könnten das erklären. (müssten/ sollten/ wollten/ dürften)

Modalverben (Vergangenheit)

Originalsatz: „Er wollte das Medikament einnehmen.“

→ Konjunktiv I: Er habe das Medikament einnehmen wollen.

Originalsatz: „Er konnte nicht kommen.“

→ Konjunktiv I: Er habe nicht kommen können.

Begrüßung

Guten Tag, sehr geehrter Herr Professor Doktor ...,

ich möchte Ihnen nun die Patientin Frau Anna-Marie Michaela vorstellen.

Sie ist 42 Jahre alt, ein Meter sechsundsechzig groß und wiegt etwa 69 kg. Der Body-Mass-Index (BMI) beträgt 25,0 kg/m² und liegt damit im Bereich des leichten Übergewichts (Präadipositas).

Aktuelle Anamnese

Die Patientin stellte sich mit seit etwa drei Monaten bestehendem Husten vor, der sich im Verlauf progredient verschlechtert hat.

Initial bestand wenig Auswurf, aktuell berichtet sie über vermehrten, zähflüssigen, gelblich-grünlichen Auswurf. Seit etwa drei bis vier Tagen sei diesem streifig Blut beigemischt.

Zusätzlich klagte sie über zunehmende Abgeschlagenheit und Leistungsminderung. Körperliche Belastungen, wie Sport, seien kaum noch möglich.

Thorakale Schmerzen treten lediglich beim starken Husten auf.

Dyspnoe, Palpitationen oder lageabhängige Beschwerden werden verneint.

Des Weiteren berichtet die Patientin über abendliche subfebrile Temperaturen sowie ausgeprägten Nachtschweiß mit nächtlichem Kleidungswechsel. Der Schlaf sei dadurch gestört. Zudem bestehen morgendliche Kopfschmerzen.

Weiterhin gibt sie einen reduzierten Appetit sowie einen ungewollten Gewichtsverlust von etwa 4 kg innerhalb der letzten zwei Monate an.

Gastrointestinale Beschwerden, Exantheme sowie Lymphadenopathie werden verneint.

Vor etwa zwei Monaten erfolgte eine hausärztliche Vorstellung mit antibiotischer Therapie, wahrscheinlich mit Azithromycin, jedoch ohne Besserung.

8 Tuberkulose



Ein relevanter Infektkontakt besteht anamnestisch durch einen **Aufenthalt** in Indien vor fünf Monaten mit engem Kontakt zu einer hustenden Person.

Die vegetative Anamnese

Die vegetative Anamnese ist auffällig für Nachtschweiß, Inappetenz und Schlafstörungen.

Vorerkrankungen

Anamnestisch sind folgende Vorerkrankungen bekannt:

Seit 15 Jahren besteht eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung, die medikamentös gut eingestellt ist und am ehesten einer **Colitis ulcerosa** entspricht; derzeit ist sie unter Kontrolle.

Zudem liegt eine Hypothyreose vor, vermutlich im Rahmen einer **Hashimoto-Thyreoiditis**, die aktuell ebenfalls unter Kontrolle ist.

Voroperationen

In der Jugend erfolgte nach einer Unterschenkelfraktur eine operative Versorgung mittels **Osteosynthese**; das Material wurde nach einem Jahr komplikationslos entfernt.

Gynäkologie

Vor 12 Jahren erfolgte eine spontane Geburt.

Derzeit bestehe keine Schwangerschaft; es erfolgt die Einnahme eines oralen **Kontrazeptivums**.

Medikamente

Derzeit nimmt die Patientin gemäß Rezept folgende Medikamente ein:

- **Mesalazin** 500 mg 1-0-1
- **Euthyrox** 75 µg 1-0-0

9 Tuberkulose

- orale Kontrazeption

Der Impfstatus ist unbekannt.

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Beobachtung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel anhand eines Rezepts – ist der Indikativ angebracht.

Allergien

Bei einer Tonsillitis führte die Verordnung von Penicillin zu **Urtikaria** und Dyspnoe; die allergische Reaktion wurde mit einer Injektion (Name nicht erinnerlich) behandelt.

Noxen

Die Patientin ist seit 10 Jahren Raucherin und konsumiert aktuell etwa 3–4 Zigaretten täglich.

Gelegentlich trinkt sie Alkohol (1–2 Gläser Sekt bei besonderen Anlässen).

Ein Drogenkonsum wird verneint.

Sozialanamnese

Die Patientin arbeitet im Finanzamt und lebt mit ihrem Ehemann sowie ihrer Tochter zusammen.

Vor fünf Monaten hielt sie sich in Indien auf und hatte dort Kontakt zu einem hustenden Verwandten.

Familienanamnese

In der Familienanamnese ist beim Vater eine Hypothyreose bekannt. Die Mutter leidet an Diabetes mellitus Typ 1 sowie an einer Niereninsuffizienz.

Verdachts- und Differentialdiagnose

Aufgrund der anamnestischen Angaben mit chronischem Husten, Hämoptysen, B-Symptomatik (Nachtschweiß, Gewichtsverlust, subfebrile Temperaturen) sowie

10 Tuberkulose

entsprechender Reiseanamnese besteht der dringende Verdacht auf eine pulmonale Tuberkulose.

Gegen eine bakterielle **Pneumonie** spricht die bereits erfolgte Antibiotikaeinnahme ohne klinische Besserung sowie der chronische Verlauf.

Ein **Bronchialkarzinom** kommt differenzialdiagnostisch ebenfalls in Betracht, jedoch sprechen das Alter der Patientin sowie die ausgeprägte Infektkonstellation eher dagegen; dennoch sollte es insbesondere bei bestehendem Nikotinkonsum weiter abgeklärt werden.

Andere chronische Infektionen können ebenfalls infrage kommen, insbesondere bei entsprechender Exposition oder Immunsuppression, wie z. B. opportunistische Infektionen bei HIV-Infektion (z. B. Pneumocystis-jirovecii-Pneumonie) oder Pilzinfektionen; hierfür wären jedoch gezielte anamnestische Hinweise (Übertragungsweg, Risikofaktoren) erforderlich.

Diagnostische Abklärung

Die stationäre Aufnahme ist indiziert aufgrund des Infektionsrisikos, der Notwendigkeit einer Isolation sowie der weiterführenden Diagnostik und Therapieeinleitung unter kontrollierten Bedingungen.

Die Tuberkulose-Diagnose stützt sich in der Regel auf die klinische Symptomatik sowie den Nachweis im Sputum und wird durch bildgebende Verfahren ergänzt.

(In endemischen Gebieten kann bei starkem klinischem Verdacht auch bei fehlender Labordiagnostik mit der Behandlung begonnen werden.)

körperliche Untersuchung

Zu Beginn erfolgt die Erhebung der Vitalparameter, einschließlich Herzfrequenz, **Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur.**

Anschließend erfolgt eine gezielte körperliche Untersuchung, beginnend mit der Inspektion.

Bei **extrapulmonaler Tuberkulose** können verschiedene Organsysteme betroffen sein, darunter die Hirnhäute, das Perikard, die Leber, die Nieren, die Knochen sowie der Gastrointestinaltrakt. Zudem können die Lymphknoten beteiligt sein.

11 Tuberkulose

Häufig sind auch seröse Räume betroffen, wie die Pleura, das Perikard, das Peritoneum oder die Gelenke. Auch die Haut kann Manifestationen aufweisen.

Dabei können eine Tachypnoe/ Dyspnoe oder eine Atmung unter Einsatz der Atemhilfsmuskulatur auffallen. Zudem kann ein kataboler Allgemeinzustand bis hin zur Kachexie beobachtet werden.

Bei der Palpation ist insbesondere auf eine Lymphadenopathie zu achten.

Bei pulmonaler Tuberkulose zeigt sich in der Regel ein gedämpfter Klopfeschall bei gleichzeitig verstärktem Stimmfremitus infolge von Infiltraten; bei einem begleitenden Pleuraerguss ist der Stimmfremitus hingegen abgeschwächt.

Bei kavernöser Tuberkulose kann der Klopfeschall über der Kaverne eher hypersonor erscheinen, während der Stimmfremitus je nach Umgebung der Läsion variabel, meist jedoch vermindert ist.

Bei der Auskultation hört man meist feinblasige Rasselgeräusche über den betroffenen Arealen; bei kavernöser Tuberkulose können zudem amphorisches Atemgeräusch sowie bronchiales Atmen auffallen.

Da unter der Einnahme von Ethambutol Sehstörungen auftreten können, ist eine augenärztliche Untersuchung vor Beginn der Therapie erforderlich.

Organ / System	Erkrankung	Symptome / Befunde
Lymphknoten	Lymphadenitis (Skrofulose)	Zervikale, supraklavikuläre oder axilläre Lymphknotenschwellung, meist schmerzlos, ggf. Fistelbildung
Pleura	Pleuritis tuberculosa	Pleuraerguss, Dyspnoe, Thoraxschmerzen, abgeschwächter Stimmfremitus
Urogenitaltrakt	Urogenitale TB	Dysurie, Hämaturie, sterile Pyurie, Flankenschmerzen, ggf. Skrotalschwellung

Skelettsystem	Skelett-TB (Morbus Pott)	Rückenschmerzen, Bewegungseinschränkung, Wirbelsäulenbefall, ggf. neurologische Defizite
ZNS	TB-Meningitis	Kopfschmerzen, subfebrile Temperaturen, Vigilanzminderung, geringe Meningismuszeichen, Hirnnervenausfälle
Peritoneum	TB-Peritonitis	Aszites, abdominelle Schmerzen, „teigiger“ Bauch, Druckschmerz
Gastrointestinaltrakt	Intestinale TB	Diarrhö, Bauchschmerzen, Gewichtsverlust, ggf. Obstruktion oder Blutung
Perikard	TB-Perikarditis	Perikarderguss, Dyspnoe, ggf. Herzbeuteltamponade
Leber	TB-Hepatitis	Hepatomegalie, Druckschmerz, erhöhte AP (disproportional)
Haut	Kutane TB	Knoten, Ulzera, Abszesse, Erythema nodosum
Nebennieren	Nebennieren-TB	Zeichen der Nebenniereninsuffizienz (Müdigkeit, Hypotonie, Hyperpigmentierung)
Sonstige Organe	z. B. okuläre, laryngeale TB	Je nach Organ: Sehstörungen, Heiserkeit, Ohrbeschwerden

Laboruntersuchungen

Zur Bestätigung der Diagnose sind Sputumuntersuchungen erforderlich. Ergänzend erfolgen Blutuntersuchungen mit Differenzialblutbild, CRP, Kreatinin, Harnstoff

13 Tuberkulose

sowie Leberwerten (u. a. ALT, AST). Diese Parameter sind insbesondere vor Beginn der medikamentösen Therapie wichtig.

Es sollten drei Sputumproben an aufeinanderfolgenden Tagen gewonnen werden, möglichst als Morgensputum. Die Untersuchung erfolgt mittels Mikroskopie (z. B. Ziehl-Neelsen-Färbung), PCR sowie kultureller Anzucht.

Latente Tuberkulose-Infektion (LTBI)

Eine latente Infektion mit Tuberkulose (LTBI) liegt vor, wenn der Erreger im Körper vorhanden ist, jedoch keine Symptome, keine Ansteckungsfähigkeit und keine klinisch oder radiologisch nachweisbare aktive Erkrankung bestehen; dennoch besteht insbesondere bei Immunsuppression ein Risiko der Reaktivierung. Die Diagnose erfolgt nicht symptomorientiert, sondern mittels immunologischer Tests wie dem Tuberkulin-Hauttest (Mantoux) oder dem Interferon-Gamma-Release-Assay (IGRA, z. B. Quantiferon), wobei letzterer eine höhere Spezifität aufweist. Entscheidend ist, dass vor der Diagnose einer latenten Tuberkulose eine aktive Erkrankung ausgeschlossen wird, insbesondere durch Anamnese, Thorax-Röntgen und gegebenenfalls Sputumdiagnostik.

Induration (mm)	Bewertung	Gilt als positiv bei
≥ 5 mm	positiv	HIV-Infektion, Immunsuppression, enger Kontakt zu TB-Patienten, radiologische Hinweise auf alte TB
≥ 10 mm	positiv	Personen aus Hochprävalenzländern, medizinisches Personal, i.v.-Drogenkonsum, chronische Erkrankungen
≥ 15 mm	positiv	Personen ohne Risikofaktoren

Es wird die Induration (Verhärtung), nicht die Rötung gemessen
 Ablesung nach 48–72 Stunden
 falsch positiv möglich bei BCG-Impfung oder atypischen Mykobakterien
 falsch negativ möglich bei Immunsuppression oder frischer Infektion

14 Tuberkulose

Thorax-Röntgen

Das Thorax-Röntgen ist abhängig vom Erkrankungsstadium; am häufigsten sind Infiltrate, Kavernen sowie pleurale Ergüsse zu sehen.



Abbildung 1 Kavernen – in den Oberlappen

Thorax-CT

Ein Thorax-CT wird bei Verdacht auf eine Tuberkulose insbesondere dann durchgeführt, wenn der Röntgenbefund unklar ist oder die klinische Symptomatik nicht ausreichend erklärt werden kann. Häufige Indikationen sind der Nachweis typischer Veränderungen wie Kavernen sowie die Beurteilung der Ausdehnung der Erkrankung.

Darüber hinaus dient das CT dem Nachweis von Komplikationen wie Einschmelzungen, Bronchiektasen oder pleuralen Beteiligungen und ermöglicht die Differenzierung gegenüber anderen Ursachen wie einem Bronchialkarzinom oder anderen chronischen Infektionen.

Die Computertomographie (CT) ist ein bildgebendes Verfahren, das mithilfe von Röntgenstrahlen detaillierte Schnittbilder der inneren Organe erstellt. Dabei wird der Patient in einen röhrenförmigen Scanner geschoben und muss während der Untersuchung still liegen. Manchmal wird ein Kontrastmittel verabreicht, um eine genauere Darstellung zu ermöglichen. Die Untersuchung ist schmerzfrei und dauert nur wenige Minuten. Vor der Untersuchung mit Kontrastmittel ist es wichtig, dass Sie ausreichend Flüssigkeit trinken. Zudem sollten wir die Nierenfunktion bestimmen lassen. Bestimmte Medikamente wie Metformin sollten vorher pausiert werden – das klären wir mit Ihnen. In seltenen Fällen kann es zu einer allergischen Reaktion auf das Kontrastmittel kommen, aber keine Sorge: Wir sind darauf vorbereitet und haben alle notwendigen Medikamente und Maßnahmen vor Ort.

Konsile

Pneumologie, Infektiologie

Behandlung

Medikament	Dosis (Erwachsene)	Darreichungsform (Markt)	Therapiedauer	Nebenwirkungen	Vorsicht / Kontrolle
Isoniazid (INH)	ca. 5 mg/kg (meist 300 mg/Tag)	Tabletten (100 mg, 300 mg)	6 Monate	Hepatotoxizität, periphere Neuropathie	Leberwerte kontrollieren, Vitamin B6 (Pyridoxin) geben
Rifampicin (RMP)	ca. 10 mg/kg (meist 600 mg/Tag)	Tabletten/Kapseln (150 mg, 300 mg)	6 Monate	Hepatotoxizität, orange Verfärbung von Urin/Tränen, Enzyminduktion	Wechselwirkungen (z. B. Pille), Leberwerte
Pyrazinamid (PZA)	ca. 20–25 mg/kg	Tabletten (500 mg)	2 Monate (Initialphase)	Hepatotoxizität, Hyperurikämie (Gicht)	Leberwerte, Harnsäure kontrollieren
Ethambutol (EMB)	ca. 15–20 mg/kg	Tabletten (400 mg)	2 Monate (Initialphase)	Optikusneuritis (Sehstörungen)	Augenärztliche Kontrolle vor und während Therapie

Oft gibt es Kombinationspräparate (z. B. mehrere Wirkstoffe in einer Tablette), damit der Patient nicht zu viele einzelne Tabletten einnehmen muss, wie zum Beispiel Rifater oder Rimstar.

17 Tuberkulose

Reaktivierung

Unter Reaktivierung der Tuberkulose versteht man das Wiederaufflammen einer zuvor latent bestehenden Infektion, meist infolge einer Immunschwäche (z. B. bei HIV, unter immunsuppressiver Therapie oder bei Diabetes mellitus).

Reinfektion

Eine Reinfektion bezeichnet eine erneute Ansteckung mit Mycobacterium tuberculosis nach einer bereits durchgemachten Infektion, in der Regel durch erneuten Kontakt mit einer infektiösen Person.

Komplikationen

Pulmonal

- Kavernenbildung
- massive Hämoptysen (lebensbedrohlich)
- Bronchiektasen
- Pleuraerguss / Empyem
- Pneumothorax

Systemische / extrapulmonale Komplikationen

- Miliartuberkulose (hämatogene Streuung, Multiorganbefall)
- Tuberkulose-Meningitis
- Perikarditis (→ Herzbeuteltamponade möglich)
- Peritonitis

Organbezogene Komplikationen

- Morbus Pott (Wirbelsäulenbefall → neurologische Defizite)
- Nierenbeteiligung (→ Niereninsuffizienz)
- Nebenniereninsuffizienz (Morbus Addison)

Therapiebedingte Komplikationen

- Hepatotoxizität (v. a. INH, Rifampicin, Pyrazinamid)
- Optikusneuritis (Ethambutol)

- Polyneuropathie (Isoniazid)

Allgemeines zur Tuberkulose

Erreger

Die Tuberkulose wird durch *Mycobacterium tuberculosis* verursacht. Es handelt sich um ein säurefestes, langsam wachsendes, aerobes Stäbchenbakterium mit einer lipidreichen Zellwand, die es besonders widerstandsfähig gegenüber äußeren Einflüssen macht. Charakteristisch ist die Fähigkeit, intrazellulär in Makrophagen zu überleben und eine latente Infektion zu persistieren.

Der Begriff Koch-Bazillus ist die historische Bezeichnung für *Mycobacterium tuberculosis*. Der Erreger wurde 1882 von Robert Koch entdeckt, daher der Name.

Übertragung

Die Übertragung erfolgt hauptsächlich über die aerogene Tröpfcheninfektion, also durch Einatmen infektiöser Aerosole, die beim Husten, Sprechen oder Niesen freigesetzt werden. Besonders ansteckend sind Patienten mit offener pulmonaler Tuberkulose. Eine Ansteckung setzt in der Regel einen längeren, engen Kontakt voraus.

BCG-Impfung

Der wichtigste Impfstoff gegen Tuberkulose ist der BCG-Impfstoff. Dabei handelt es sich um einen Lebendimpfstoff aus abgeschwächten Mykobakterien, der vor allem Säuglinge und Kinder vor schweren Verlaufsformen wie Miliartuberkulose oder tuberkulöser Meningitis schützt. Die Schutzwirkung gegen pulmonale Tuberkulose bei Erwachsenen ist jedoch begrenzt, weshalb die Impfung in Deutschland nicht routinemäßig empfohlen wird.

In Deutschland wird die Impfung aufgrund der niedrigen Prävalenz von Tuberkulose nicht routinemäßig empfohlen.

Extra

Namen:

Anna Schneider, Laura Müller, Sophie Wagner, Lukas Becker, Daniel Hoffmann, Tobias Klein, Felix Schmidt

Einzelheiten:

Vorerkrankungen:

Burn-out-Syndrom

Proktokolektomie mit ileoanaler Pouch-Anastomose

Familialanamnese:

Hodenkarzinom beim Sohn

Medikamente:

Allergie:

Eine Allergie gegen Pollen liegt vor, die sich durch Rhinorrhö äußert.

Allergie gegen Meeresfrüchte mit Exanthem und Erythem als Reaktionszeichen.

Fragen

1. Was genau habe ich? Muss ich hierbleiben?

Eine ganz genaue Diagnose können wir erst stellen, nachdem wir noch einige Untersuchungen durchgeführt haben. Ihre Beschwerden könnten unter anderem zu einer Tuberkulose passen.

Da Tuberkulose ansteckend sein kann, erfolgt zumindest anfangs häufig eine stationäre Aufnahme zur weiteren Abklärung, Überwachung und Einleitung der Behandlung. Wie lange dies notwendig ist, hängt von den Untersuchungsergebnissen und Ihrem Allgemeinzustand ab.

Falls sich der Verdacht bestätigt, müssten aus Infektionsschutzgründen auch Ihre engen Kontaktpersonen informiert und gegebenenfalls untersucht werden.

youtube.com/@Fach.Leiter

t.me/Fachleiter

t.me/Fachleiterinfo

fachleiterinfo@gmail.com

instagram.com/fachleiterinfo

tiktok.com/@fachleiter