

Die Behandlung der Tuberkulose

Kranke mit offener Tuberkulose werden auf geschlossenen Spitalabteilungen von Pflegepersonen mit Mundschutz und Handschuhen behandelt bis sie keine Bakterien mehr streuen. Danach werden sie ambulant weiter therapiert wie die Erkrankten ohne Bakteriennachweis im Auswurf und die Angesteckten ohne Beschwerden.

Wegen möglicher Antibiotikaresistenzen wird zunächst zwei Monate lang mit vier Antibiotika behandelt, von denen drei in einer Pille kombiniert sind (Myambutol[®] und Rifater[®]). Danach folgt eine viermonatige Phase mit zwei Antibiotika, kombiniert im Rifinah[®]. Die Therapie ist obligatorisch und wird kontrolliert bis zum Behandlungsabschluss, der dokumentiert werden muss.

Die Vorbeugung der Erkrankung

Auf **individueller Ebene** kommen die uralten Verhaltensmassnahmen zum Tragen:

- «Beim Husten und Niessen hält man die Hand vor den Mund.»
- «Danach und vor dem Essen/Kochen wäscht man die Hände.»

So einfach ist das!

Auf **politischer Ebene** ist es nicht so einfach:

- Personen mit hohem Infektionsrisiko, zum Beispiel AsylbewerberInnen aus Ländern mit grassierender Tuberkulose müssen obligatorisch bei Ankunft untersucht werden, was vor einigen Jahren aus Spargründen abgeschafft wurde.
- Wenn die Tuberkulose schon eine Armutskrankheit ist, muss dafür gesorgt werden, dass in diesem rein profitorientierten Kapitalismus nicht immer mehr Leute verelenden.

Wichtige Adresse: www.lungenliga.ch

Januar 2009, Dr. med. David Winizki, Zürich

T U B E R K U L O S E

Das Wesen dieser Krankheit

Der Erreger dieser Erkrankung ist ein Bakterium, das Mycobacterium tuberculosis. Die Übertragung erfolgt durch Tröpfcheninfektion bei Husten oder Niessen. Von den angesteckten Leuten erkranken ungefähr zehn Prozent in einer Frist zwischen Monaten und Jahrzehnten (!). Die gesunden Infizierten sind nicht ansteckend, so lange die Krankheit nicht ausbricht.

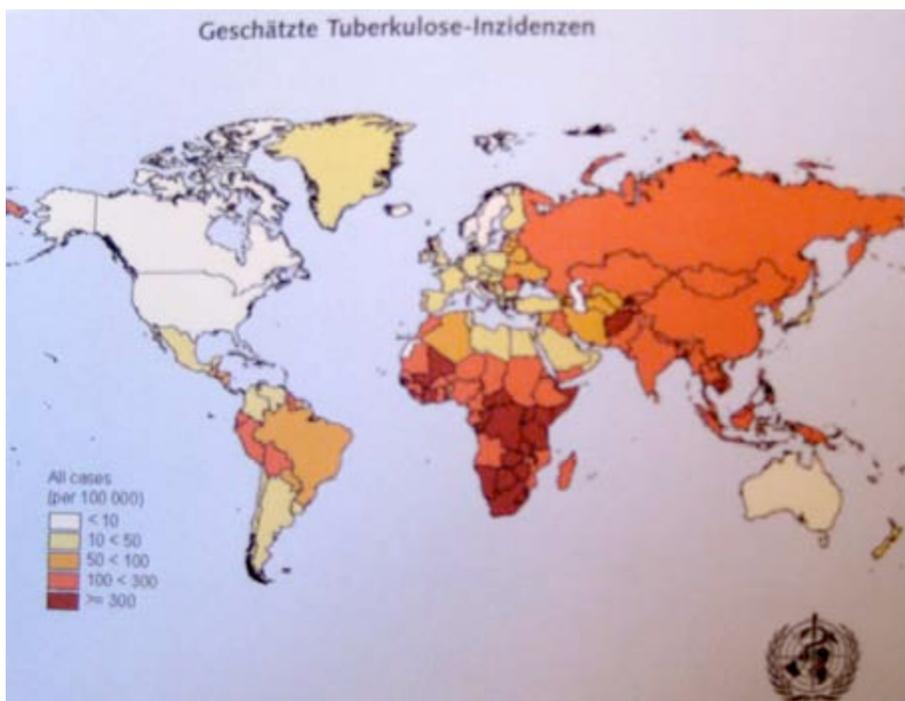
Die Erkrankung manifestiert sich in fast drei Vierteln der Fälle in den Lungen, ansonsten noch in den Wirbelkörpern, Nieren, dem Darm, dem Hüftgelenk und selten der Haut, den Hirnhäuten oder im Körper gestreut. Im Folgenden wird vereinfachend nur auf die Lungentuberkulose eingegangen, da diese auch hauptsächlich die bakterielle Übertragung verursacht.

Die Tuberkuloseherde in der Lunge können mit den, nach aussen offenen Luftwegen in Verbindung stehen oder sich abgekapselt zwischen den Bronchien im Lungengewebe befinden. Im ersten Fall redet man von einer ‚offenen Tuberkulose‘. Beim Husten oder Niessen können hier die Bakterien gestreut und andere Leute damit angesteckt werden. Die Erreger können im Hustenauswurf diagnostiziert und die Tuberkulose bewiesen werden. Die Krankheit verläuft unbehandelt oft tödlich.

Die Bedeutung dieser Krankheit

Bis in die Dreissigerjahre des 19. Jahrhunderts war die Tbc eine der häufigsten Todesursachen in der Schweiz. In den Bergen stehen heute noch Dutzende von Tuberkulosesanatorien aus der vorletzten Jahrhundertwende. Ebenfalls aus jener Zeit stammen die nach wie vor gültige Meldepflicht und der Behandlungszwang. Dank besserer Lebensbedingungen in erster Linie und nur sekundär wegen der Möglichkeit antibiotischer Behandlungen von Angesteckten verminderte sich die Tuberkulosehäufigkeit in der Schweiz stark.

Anders stellt sich das Problem in den Drittweltländern dar:



Die Ansteckungsrate in der Bevölkerung ist dort viel grösser. Die diagnostischen Möglichkeiten sind so beschränkt wie der Zugang zu wirksamer Therapie. Ausserdem hängt das Risiko des Krankheitsausbruchs für Angesteckte von deren Lebensbedingungen ab.

Tuberkulose ist eine Armutskrankheit – auch in der Schweiz erkranken Arme über zehn Mal häufiger als Reiche. Dies ist auch einer der Gründe, warum in der Schweiz ImmigrantInnen überproportional häufig an Tuberkulose erkranken – besonders unter den Bedingungen des heutigen Asyl- und Ausländerrechts.

Krankheitszeichen und Diagnostik

Kardinalsymptom der Lungentuberkulose ist ein wochenlang andauernder **Husten mit Auswurf**, der mit zunehmender Zeit blutig werden kann. Die Erkrankten werden müde, appetitlos, nehmen ab und schwitzen oft nachts. Keine therapeutische Massnahme nützt, ausser antituberkulotischer Antibiotika.

Bei der Abklärung stehen an erster Stelle das **Lungenröntgen** und die **Bakteriensuche** im bronchialen Auswurf. Bei verdächtigem Röntgenbefund und fehlenden Bakterien im Auswurf wird zunächst die Bakteriensuche in den Luftwegen intensiviert. Gefundene Bakterien sind der Beweis für eine – offene – Lungentuberkulose.

Werden keine Bakterien gefunden bei starkem Verdacht auf Erkrankung – Beschwerden und/oder geographische Herkunft u/o verdächtigem Röntgenbild u/o direkter Kontakt mit Tbc-Kranken – kann seit kurzer Zeit ein Bluttest gemacht werden, der **Interferon-Gamma-Test**. Er gilt als sehr empfindlich (kaum eine Tbc entgeht ihm) und spezifisch (reagiert nur auf das Mycobacterium tuberculosis).

Umgebungsuntersuchungen

Laboratorien müssen gefundene Tuberkulosebakterien obligatorisch dem Kantonsarzt melden, der die **Lungenliga** mit der Umgebungsuntersuchung beauftragt. Diese sucht zwei Monate danach die Umgebung der an offener Tbc Erkrankten nach Kontaktpersonen ab. Dabei können weitere offene Tuberkulosen gefunden werden.

Bei der Umgebungsuntersuchung wird normalerweise zuerst ein **Tuberkulintest** gemacht. Dabei wird 0,1 ml Tuberkulin in die Haut des Unterarms gespritzt. Entsteht nach 3 Tagen eine Verdickung von > 10 mm Durchmesser, wird ein Bluttest und ein Lungenröntgenbild gemacht, da Verdacht auf eine Ansteckung besteht.