

Von Gudrun Kasiske

In: Atemwegs- und Lungenkrankheiten, Jahrgang 38, Nr. 9/2012, S. 381–384

Fieber, Abgeschlagenheit und Bauchschmerzen bei einem Jugendlichen – was das mit der Lunge zu tun haben kann

Ein bis dahin gesunder 17-jähriger Jugendlicher fühlte sich ein halbes Jahr unwohl, abgeschlagen, hatte Kopfschmerzen und 10 kg abgenommen.

Als die Übelkeit zunahm und hohes Fieber dazu kam, wurde er in ein Krankenhaus aufgenommen. Die Untersuchung des Magens brachte die Diagnose „hypersekretorischer Reizmagen“. Das Röntgenbild des Brustraumes wurde als unauffällig beschrieben. Da keine ursächlichen Anhaltspunkte für die hohen Entzündungswerte im Blut zu finden waren, wurde aus der Erfahrung heraus mit einem breitwirksamen Antibiotikum behandelt. Das Fieber hörte nach 2 Wochen auf.

2 Wochen später kam der Jugendliche mit einem erneuten Fieberschub, Herpes zoster, Übelkeit, Erbrechen und hohen Entzündungswerten wieder ins Krankenhaus. Da die Ursache erneut nicht gefunden werden konnte, wurde er für die weitere Diagnostik in ein Krankenhaus für Kinder- und Jugendmedizin verlegt.

Die Entwicklung des Jugendlichen und seine Familienanamnese waren unauffällig, alle empfohlenen Impfungen waren durchgeführt worden. Als einzige „Vorerkrankung“ wurde ein Morbus Meulengracht angegeben, eine nicht therapiebedürftige, gutartige, genetisch bedingte Erkrankung, bei der die Verarbeitung des Bilirubins (Abbauprodukt des roten Blutfarbstoffs Hämoglobin) gestört ist.

Die Untersuchungen von Lunge, Herz, Bauchorganen, Haut, Gelenken und des HNO-Bereichs zeigten keine Auffälligkeiten. Die im Blut gemessenen Entzündungswerte CrP (C-reaktives

Protein) und BSG (Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit) sowie das Calprotectin im Stuhl waren erhöht. Die Leberwerte und das ACE waren ebenso wie die Immunglobuline und die Lymphozytendifferenzierung normal.

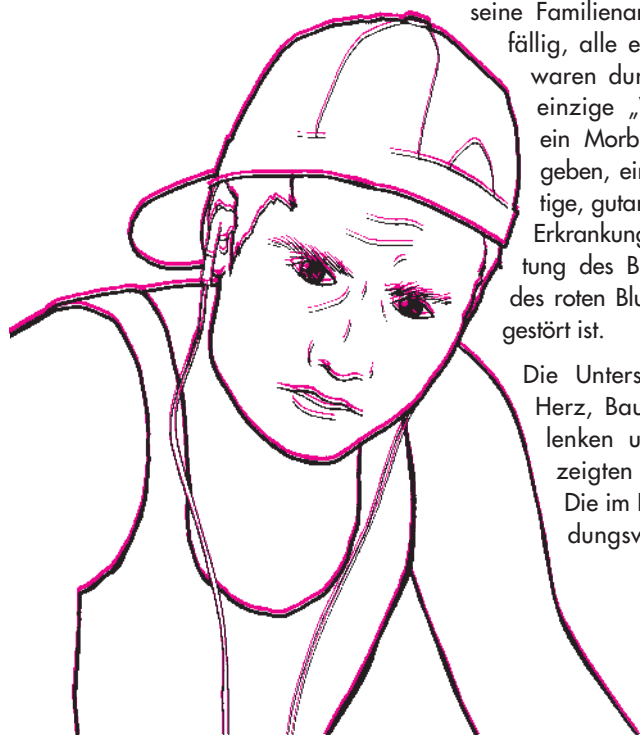
Spezielle Bakterien wie Mycoplasmen und Chlamydien waren nicht nachweisbar. Die Untersuchung des Dickdarms (Koloskopie) zeigte eine unspezifische entzündliche Reizung des Dickdarms. Die Untersuchung des Magens (Gastroskopie) zeigte eine Verschlechterung, eine Entzündung der Magenschleimhaut (Gastritis) mit Anwesenheit des Bakteriums *Helicobacter pylori*.

Nach der Untersuchung ging das Fieber spontan zurück und die Entzündungswerte normalisierten sich, so dass der junge Patient aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Medikamentös wurde er behandelt mit der sogenannten Tripletherapie gegen die HP-Gastritis (*Helicobacter pylori* Gastritis) und mit Aciclovir gegen Herpes zoster.

Nach weiteren 2 Wochen kam der Jugendliche wieder ins Krankenhaus mit erneutem Fieber, Übelkeit, Erbrechen und einer weiteren Gewichtsabnahme von drei Kilogramm. Wieder waren die Entzündungswerte erhöht.

Knochenmark und Liquor (Nervenwasser) wurden untersucht, waren aber unauffällig.

Die Untersuchung der Lungenfunktion ergab eine Vitalkapazität von 67 % und im Röntgen-Thorax zeigten sich nun beidseitige Infiltrate, peripher netzartig und kleinfleckig. Im CT (Computer-Tomogramm) des Brustraumes waren die Lymphknoten normal, im Lungenparenchym (Lungengewebe) waren zahllose Knötchen (zentrilobuläre





KINDERSARKOIDOSE

Knötchen mit „Tree-in-Bud“ Phänomen (Blütenzweig-Phänomen)) zu erkennen.

Die Diagnose Sarkoidose wurde durch die anschließende offene Lungenbiopsie bestätigt. In der Gewebeprobe wurden konfluierende, nicht-verkäsende Epitheloidzellgranulome gefunden. Der lösliche Interleukin 2-Rezeptor (sIL-2-R) war mit über 2600 U/l deutlich erhöht.

Bei der erneuten Durchsicht der Gewebeproben aus dem Darm waren keine epitheloidzelligen Granulome zu finden.

Andere Erkrankungen wie bösartige Lymphome, Vaskulitiden (entzündliche Gefäßerkrankungen), Morbus Crohn (entzündliche Darmerkrankung), septische Granulomatose und Tuberkulose wurden im Rahmen der Diagnostik ausgeschlossen.

Nach dem Therapieprinzip: So wenig wie möglich, so viel wie nötig wurde der Patient mit Steroiden (Kortison) als den bei Sarkoidose effektivsten Therapeutika behandelt (als wiederholte Steroidpuls-therapie (kurz hoch dosiert) in Kombination mit einer Low-dose-Steroidtherapie (lang niedrig dosiert)). Er wurde beschwerdefrei (und war es bereits ein Jahr lang bei Veröffentlichung des Fallbeispiels). Der sIL-2-R-Wert hatte sich normalisiert.

In der Veröffentlichung gibt die Autorin zum Abschluss einen wichtigen Hinweis: **Eine funktionelle Untersuchung der Lunge kann bei unklaren Symptomen auch bei einem unauffälligen Röntgenbild des Thorax (Brusttraumes) zur Diagnosestellung hilfreich sein!**