

Fehldiagnosen bei Lepra türkischer Gastarbeiter

H. Vollnberg

Einleitung

Eine frühe Diagnose der Lepra mag in den Ländern, in denen sie endemisch vorkommt, relativ einfach sein, in den Ländern, in die sie nur vereinzelt eingeschleppt wird, wesentlich schwieriger.

Ein solches Land mit nur gelegentlicher Einschleppung ist die BRD. Dort sind in der Zeit von 1964 bis 1988 141 Leprapatienten gemeldet worden. Innerhalb des Spektrums der Lepra vom leprösen Pol zum tuberkuloiden Pol verteilen sich die 141 Patienten wie folgt — gelegentliche Unsicherheiten nicht weiter berücksichtigt nach eigenen Berechnungen unter Verwendung der Angaben des Institutes für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, Berlin (1, 2, 5): Indeterminiert: 3 (2,1%), LL: 77 (54,6%), BL: 1 (0,7%), BB: 18 (12,0%), BT: 3 (2,1%), TT: 36 (25,5%), unbekannt: 3 (2,1%). Bezüglich der Herkunftsländer verteilen sich die importierten Leprafälle — seltene Unsicherheiten nicht berücksichtigt — wieder unter Verwendung der Zahlen des Bundesgesundheitsamtes (1, 2, 5): Europäische Mittelmeerländer 25 (17,7%), Türkei 24 (17,0%), Süd- und Mittelamerika 13 (9%), Asien 62 (44,0%), Afrika 15 (10,6%), unbekannt 2 (1,4%). Interessant ist, daß somit ca. 35% der importierten Lepra dem Mittelmeerraum incl. Türkei entstammen. Rückschlüsse auf die Prävalenz in diesen Ländern sind daraus nicht zu ziehen, insbesondere dürfen wir nicht vergessen, daß wir in der BRD 1,5 Millionen Türken als Gastarbeiter und Familienangehörige haben (6).

Wird mit diesen Zahlen quantitativ das Problem aufgezeigt, so ist mehr qualitativ ein markantes Merkmal der Lepradiagnose die Zeit vom ersten Symptom bis zur Diagnose. Ich habe keine Information darüber gefunden, wie lang diese Zeit ist in den Ländern mit endemischen Vorkommen. Für die USA wird ein Zeitraum von zwei Jahren angegeben (3). Für Holland werden gleiche Angaben gemacht (4). Dort war es nach Aufgabe der Kolonien mit dem Rückstrom von Menschen zu Lepraeinschleppungen gekommen.

Der Krankheitsverlauf zweier von mir beobachteter türkischer Gastarbeiter mit Lepra zeigt eine wesentlich längere Zeit bishin zur Diagnose. Wegen der Besonderheiten möchte ich im folgenden auf diese Patienten eingehen.

Fallbeschreibungen

Den ersten türkischen Patienten diagnostizierte ich während meiner Berliner Zeit am Rudolf-Virchow-Krankenhaus (Chefarzt Prof. Dr. Pohle) 1974. Er entspricht nach histologischem und klinischem Befund dem borderline-tuberkuloiden Teil des Spektrums.

Bei Aufnahme in stationäre Behandlung war der 34jährige Türke bereits fünf Jahre mit seiner Familie in Deutschland und klagte seit drei Jahren über eine zunehmende

Schwäche seiner Arme und Hände sowie über Schmerzen in den Handgelenken und in den Fingergrundgelenken und weiterhin über das Auftreten braun-rötlicher Flecken der Haut. Er besucht zahlreiche Ärzte in München und später in Berlin, er hat einen stationären Aufenthalt hinter sich. Die Diagnosen lauten immer wieder Rheuma und chronisches Ekzem. Zum Zeitpunkt der Diagnose ist die Erkrankung weit fortgeschritten, derart, daß er durch die Schwäche seiner Hände (er arbeitete in einer Bäckerei) die soziale Existenz seiner Familie bedroht sieht.

Die Untersuchung des Patienten zeigt bei reduziertem AZ und EZ verschiedene Flecken (größter 3 cm Durchmesser) überwiegend rötlich-braun und gering schuppig. Die Haut erscheint verdickt und infiltriert. Die Haut der Beine ist weniger infiltriert, aber in großen Arealen trocken, haarlos und deutlich schuppig. Der eindruckvollste Befund sind indessen die zahlreichen entzündlich verdickten Nervenstränge palpabel beidseits an typischer Stelle: So die Nervi radiales, ulnares, mediani et fibulares. Der Nervus auricularis magnus der linken Seite ist bereits deutlich sichtbar bei maximaler Blickwendung des Kopfes nach rechts. Die Muskelballen des Hypothenar und des Thenar beider Seiten sind stark atrophisch, der Händedruck rechts als auch links ist stark vermindert. Sensibilitätsstörungen haben sich überraschenderweise nirgends nachweisen lassen, mit Ausnahme einer geringen Hypthermästhesie der Handinnenflächen.

Bestanden klinisch keine Zweifel an der Diagnose einer Lepra der borderline-tuberkuloiden Gruppe, so war doch der histologische Nachweis schwierig. Erst die histologische Untersuchung von Hautbiopsien im Leprosy study center London bestätigte uns damals histologisch die Diagnose und Eingruppierung der Lepra. Sämtliche Versuche des Erregernachweises (Nasenabstriche, multiple Untersuchungen von Hautsekreten nach Skarifikation, Untersuchung von Sekreten aus künstlich gesetzten Quaddeln) waren frustriert verlaufen. Der Lepromin-Test als Fernandez- und Mitsuda-Reaktion war positiv.

Waren hier über drei Jahre Rheuma und chronisches Ekzem die Fehldiagnosen, unter denen die endgültige Diagnose und Therapie hatten auf sich warten lassen, so war im nächsten Fall eine aufwendige Diagnostik über eine ganz andere Schiene gelaufen, ohne daß dem Patienten bis dahin hätte ursächlich geholfen werden können.

Dieser Patient ist bei Aufnahme 1983 ein 26jähriger Türke, der seit vier Jahren in Deutschland ist. Kurz vor Abreise (Juli 1979) aus der Türkei hatte er geheiratet. Nachdem die Ehe bei Kinderwunsch zwei Jahre ohne Nachwuchs geblieben war, hatte er sich andrologisch untersuchen lassen. Es zeigte sich eine Azoospermie und die ganze weitere Diagnostik lief dann nahezu über zwei Jahre unter diesem Aspekt ab. Der Hormonstatus zeigt eine Erhöhung der Hormonwerte für LH (76,4 ng/ml, normal 4,5-10 ng/ml beim Mann) und FSH (28,7 ng/ml, normal 0,08-2,8 ng/ml beim Mann) auf weit mehr als das 7fache und einen Testosteronwert knapp unterhalb der unteren Normgrenze (3,9 ng/ml, normal 4-9 ng/ml). Die Diagnose lautet zunächst hypergonadotroper Hypogonadismus. Zum Ausschluß eines Klinefelter Syndroms wird der Chromosomensatz untersucht mit einem normalen Ergebnis! Dann erfolgt 1982 (Febr.) eine beidseitige Hodenbiopsie mit Nachweis einer granulomatösen Orchitis ohne ätiologische Klärung und ohne Konsequenz. Schließlich fallen nach einem Jahr dem Hausarzt Hauterscheinungen auf und er weist ihn ein (Mai 1983) wegen unklarer Dermatoase und eines postinfektiösen Gonadendefektes.

Auf gezieltes Fragen gibt der Patient eine nächtliche Verstopfung der Nase im Sommer wie im Winter seit 1978 an (also fünf Jahre vor Diagnosenstellung bei uns). Weiterhin würden bereits zu der Zeit auch größere Verletzungen der Haut meistens erst abends an der blutigen Wäsche erkannt. Während eines Sommerurlaubs in der Türkei war den Eltern eine Größenzunahme seines Gesichtes aufgefallen. Auch hätten seine Schuhe ihm nicht mehr gepaßt.

Der Befund zeigt den damals 26jährigen Patienten in gutem AZ und EZ von kräftiger Statur mit massig-breitem Gesicht mit deutlich vergrößerten Gesichtszügen (Abb. 1 und 2), ein Hervortreten der Augenbrauen und der Jochbeinregion sowie eine Vergrößerung des Nasenreliefs, einen Verlust der Augenbrauen von temporal nach nasal. Die Augenbindehäute sind gerötet, die Bulbi druckschmerzhaft. Der Ohrmuschelrand bei ohrüberdeckender Haartracht erscheint unauffällig. Die Haut zeigt zahlreiche kutane Knötchen. Besonders ausgeprägt ist dieser Befund an den Extremitäten, hier distal betont in symmetrischer Verteilung (Durchmesser 1,5-2 cm). Die Epidermis über diesen Knötchen ist unauffällig und zeigt keine Depigmentation, eher einen rötlich-bräunlichen Farbstich. Es finden sich kleine, im Bereich der Nebenhoden druckschmerzhafte Hoden, eine Verminderung der Schambehaarung, eine Gynäkomastie, inguinal beidseits pflaumengroße Lymphknoten. Der HNO-ärztliche Befund deckt einen ca. pfenniggroßen Nasenseptumdefekt auf, der augenärztliche Befund eine ausgeprägte Iritis, eine beidseitige konjunktivale Reizung und eine episklerale Venenstauung. Neurologisch finden sich deutliche Störungen der Sensibilität: eine Hypaesthesia bis Anästhesie, eine Hypalgesie bis Analgesie und Hypthermesthesia bis Thermanästhesie an den Armen und Beinen, distal betont. Der Lepromintest ist negativ.

Laborwerte: BSG 45/76 mm n. W. BB: o. B. Erhebliche Vermehrung der Gammaglobulinfraktion (32,6%) bei normalem Gesamteiweißgehalt. Weiterhin ist von den Immunglobulinen stark erhöht IgM mit einem Wert von 1427 mg% (normal 50-250 mg/dl). Der weitere Laborstatus ist regelrecht. Die Diagnose einer Lepra lepromatosa ist klinisch ohne Zweifel. Sie wird gesichert durch den Nachweis der Mykobakterien im Nasenabstrich und in den Hautsekreten nach Skarifikation sowie durch die typische Histologie. Die bei der Hodenbiopsie ein Jahr vor Diagnose angefertigten Schnitte wurden nachgefärbt und zeigten massenhaft säurefeste Stäbchen intrazellulär.

Diskussion

Beiden Patienten ist gemeinsam, daß sie den Arzt erstmals bemühen, als erheblicher Leidensdruck einsetzt (Schwäche der Arme und Hände, Zeugungsunfähigkeit bei Kinderwunsch). Anfangssymptome der Infektion sind nur durch gezielte Fragen zu eruieren, so beim zweiten Patienten eine verstopfte Nase im Sommer wie im Winter oder die Verletzungsanamnese. Infolge des schleichend langsamen und heimlichen Beginns und der Chronizität von Erscheinungen mögen sich Kranke lange Zeit an diese ersten Symptome gewöhnen, sie bleiben nicht selten unterhalb der Bewußtseinsschwelle. Werden nach Einsetzen von Leidensdruck Beschwerden geklagt, die nicht in das typische Manifestationsmuster der Lepra fallen, mag dieses sogar zusätzlich von der Diagnose abhalten, insbesondere in den Ländern mit nur seltener Konfrontation durch diese Mykobakteriose.

Zusammenfassung

In der Zeit von 1964 bis 1988 sind 141 Lepraeinschleppungen in die Bundesrepublik gemeldet worden, von diesen entstammen ca. 35% dem Mittelmeerraum einschließlich der Türkei. Die Zeit vom ersten Symptom bis zur Diagnose beträgt bei zwei eigenen Beobachtungen mehr als drei bzw. vier Jahre. Werden Beschwerden geklagt, die nicht in das landläufige Bild der Lepra passen, halten diese eher von der Diagnose ab, so im ersten Fall Rheuma und chronisches Ekzem und im zweiten Fall Kinderlosigkeit bei Kinderwunsch. In diesem Fall wurde die Diagnose erst nach Diagnose eines hypergonadotropen Hypogonadismus, einer vollständigen Untersuchung des Chromosomensatzes und Ausschuß eines Klinefelter Syndroms bei zunächst unerkannter Orchitis lepromatosa gestellt.

Schlüsselwörter

Lepra, Fehldiagnosen, Rheuma, Ekzem, Kinderlosigkeit, Orchitis.

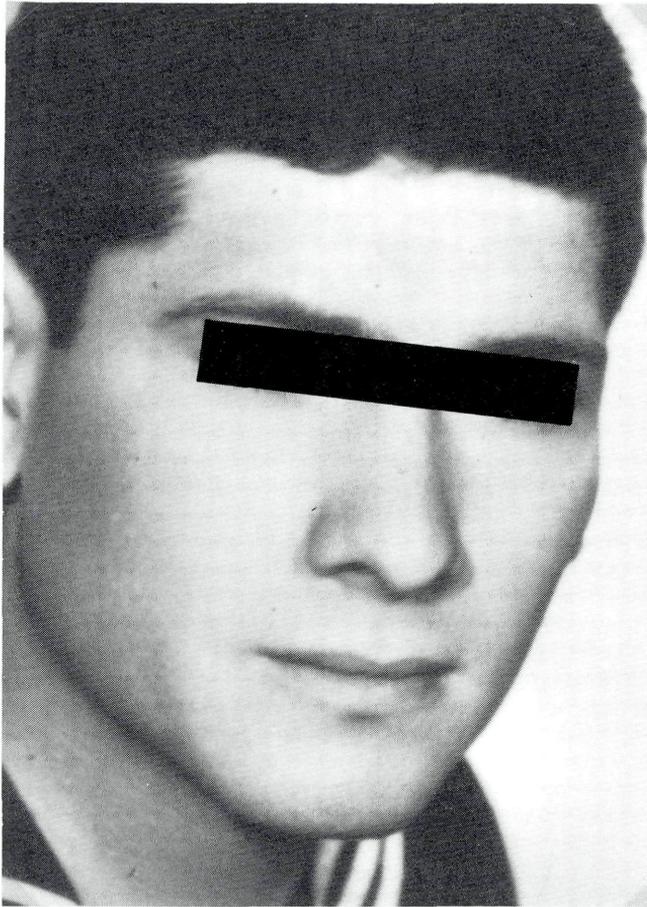


Abb. 1:

Patient 2 vor der Abreise nach Deutschland 1979 bereits mit Lepra (Verletzungsanamnese und nasaler Auswurf im Sommer und Winter).

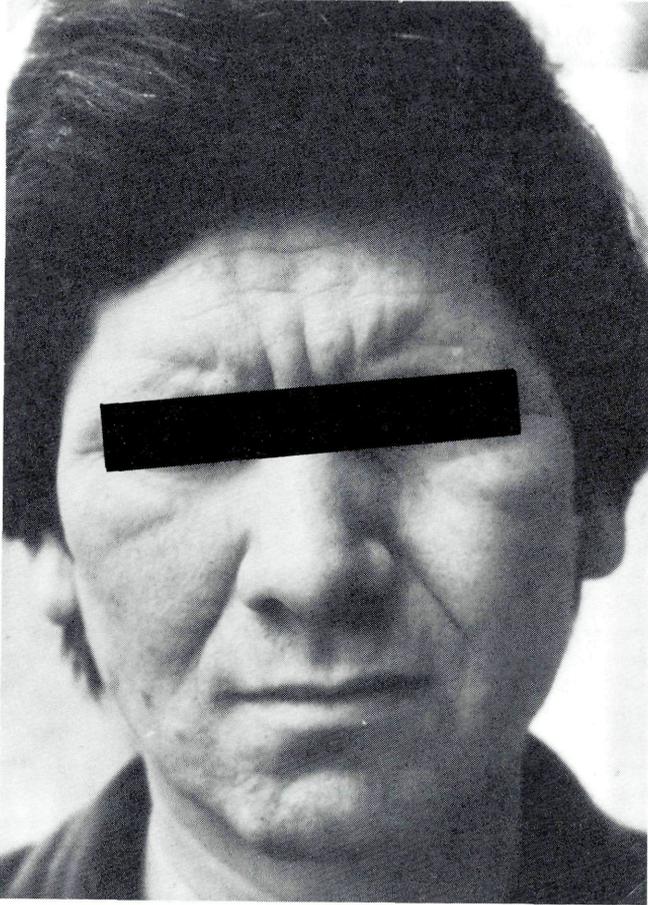


Abb. 2:

Patient 2 vier Jahre später.
Lepra lepromatosa mit Orchitis lepromatosa u. u. a. sekund. hypergonadotropem
Hypogonadismus (1983).

Summary

False diagnosis in leprosy of Turkish immigrants

From 1964 to 1988 141 cases of leprosy imported to the Federal Republic of Germany have been reported, about 35% coming from the Mediterranean countries incl. Turkey. The time from the first symptom until diagnosis is in two own cases more than 3 and 4 years. Complaints which don't agree with the common symptomatology of leprosy rather impede diagnosis, as in the first case rheuma and chronic eczema and in the second case infertility. In this case diagnosis was made after diagnosis of a hypergonadotropic hypogonadism, a complete examination of the chromosome set and exclusion of Klinefelter's syndrome and orchitis which was in the first instance not recognized to be lepromatous.

Key words

Leprosy, false diagnosis, rheumatism, eczema, infertility, orchitis.

Literatur

1. WEISE, H. -J. (1975):
Internationaler Reiseverkehr und meldepflichtige übertragbare Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland.
Bundesgesundhbl. 18, Nr. 12 S. 201-203.
2. WEISE, H. -J. (1981):
Krankheitseinschleppungen in die Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West) 1976-1980.
Bundesgesundhbl. 24, Nr. 15/16 S. 241-250.
3. BINFORD, Ch. H., MEYERS, W. M., WALSH, G. P. (1982):
Lepra.
JAMA-D 1 (16), 881-890.
4. VAN SOEST, A. (1985):
Diskussionsbeitrag zu meinem Vortrag „Lepra in Deutschland“ gehalten vor der Gesellschaft für Leprakunde in Münster am 7. 5. 1985.
5. Mitteilungen des Institutes für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes, Berlin (1989).
6. Mitteilung Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (1989).

KORRESPONDENZADRESSE:

Dr. med. Heinz Vollnberg
Facharzt für Innere Medizin und Tropenmedizin
Alter Kirchweg 18
D-4900 Herford · Bundesrepublik Deutschland

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie](#)

Jahr/Year: 1990

Band/Volume: [12](#)

Autor(en)/Author(s): Vollnberg Heinz

Artikel/Article: [Fehldiagnosen bei Lepra türkischer Gastarbeiter. 205-210](#)