



**Serie Migranten
Medizin
Folge 3**



Mi Diagnose

Ellenbogengelenk angeschwollen, gerötet, überwärmt. Starke Schmerzen. Die Symptome der Vietnamesin lassen zunächst an eine rheumatoide Arthritis denken. Doch Migranten kommen teils mit sehr seltenen Erkrankungen in die Sprechstunde, wissen die Ärzte der **Malteser Migranten Medizin** Hannover (MMM).

Eine besondere Herausforderung sind Patienten mit einem illegalen Aufenthaltsstatus in Deutschland, wie der folgende Fall zeigt. 2015 machte diese Gruppe rund 42 Prozent der Patienten der Ambulanz der MMM in Hannover aus.

Nocardiose

Die Nocardiose ist eine seltene Erkrankung, die von stäbchenförmigen, grampositiven Bakterien verursacht wird. Sie kommen ubiquitär im Erdboden und in Feuchtbiotopen vor, befallen gehäuft Erwachsene mittleren Alters. In der Regel ist bei diesen Menschen das Immunsystem geschwächt. Bei 80 Prozent der Fälle betrifft die Störung die Lunge. Andere Körperbereiche wie Haut, Magen-Darmtrakt und Gehirn können ebenfalls betroffen sein. Die Symptome einer superfiziellen Nocardiose – also einer Hautaffektion – sind: offene, nässende Wunden, Ausschlag, manchmal Abszesse und geschwollene Lymphknoten. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch findet nicht statt. Bei Landarbeitern sind superfizielle Nocardiosen in einigen Ländern als Berufskrankheit anerkannt [1,4].

Therapie: Soweit verträglich sechs Monate Gabe von Minocyclin 100 mg (2x1) [1]. Initialphase der tuberkulostatischen Behandlung: vierfache, leitliniengerechte Therapie für mindestens zwei Monate mit Isonazid 300 mg (1x1), Rifampicin 300mg (0-0-2), Myambutol 400 mg (3-0-0) und Py-
rafat 500 mg (0-2-0). Folgende Kontinuitätsphase: zweifache Medikation über sieben Monate (INH und Rifampicin) [7].



Kasuistik

Anamnese/Diagnostik / Therapie (ambulant):

Mai 2011: Vietnamesin, spricht keine europäische Sprache, stellt sich erstmals mit Schmerzen im rechten Ellenbogengelenk vor (lateral leicht geschwollen, gering gerötet, überwärmt). Epicondylitis humeroradialis ausgeschlossen. Mit Verdacht auf eine Monoarthritis behandeln wir mit Diclofenac und Kortison – die Schmerzen bessern sich; PPI gegen auftretende Magenprobleme. Zu Kontrollterminen erscheint die Patientin nicht.

August 2011: Exazerbation der Schmerzen und Schwellung im rechten Ellenbogengelenk. Die erneute Therapie akzeptiert die Patientin nur bedingt, da sie nicht versteht, dass sie die Medikamente regelmäßig über einen längeren Zeitraum einnehmen muss. Sobald die Beschwerden erträglich werden, setzt sie die Medikamente ab. Konsiliarische Vorstellung bei niedergelassenem Kollegen soll die Diagnose sichern. *Ergusspunktion* des Gelenks erbringt eine punctio sicca. Er rät, die Therapie mit NSAR und Steroiden fortzusetzen. Diagnose: *rheumatoide Arthritis*.

Bis Oktober kommt die Patientin regelmäßig in die Sprechstunde. Gelenkumfang, Rötung und Schmerzen nehmen ab. Aber: Sie reduziert selbst zeitweise die Medikamente oder setzt diese aus. Ab November erscheint die Patientin aus unerklärlichen Gründen nicht mehr. Für uns bleibt nur festzustellen, dass ihre Mentalität und Lebensumstände kein dem üblichen Standard entsprechendes Vorgehen zulassen.

April 2012: Patientin hat persistierend zunehmende Beschwerden im rechten Ellenbogengelenk. Hoher Leidensdruck anzumerken, den eine als Übersetzerin fungierende Freundin bestätigt. *Be-fund:* Schwellung dehnt sich bis auf distalen Unterarm aus, Rötung und Überwärmung deutlich zugenommen, Bewegung schmerzhaft behindert. Mithilfe der Freundin gelingt es, einen niedergelassenen Rheumatologen hinzu zu ziehen. *Punktionsergebnis:* spärlich Granulozyten, keine Bakterien. Mit ihm vereinbarte Kontrolltermine nimmt Patientin nicht wahr.

Trotz intensiver Bemühungen und großem Zeitaufwand lässt die Mal-Compliance der Patientin diverse antirheumatische Therapieoptionen scheitern: nimmt Tabletten nicht regelmäßig, manche Therapiekonzepte nach wenigen Tagen abgebrochen – wohl auch deswegen, weil sie die Aufklärung über Nutzen und Nebenwirkungen nicht versteht. Allerdings ist Vertrauen soweit aufgebaut, dass sich die Patientin bis 2014 immer wieder sporadisch vorstellt. Eine zwischenzeitlich aufgetretene, therapiebedürftige Hypertonie können wir sogar erfolgreich medikamentös einstellen.

April 2014: schwere Herpeszoster-Infektion auf das Dermatom Th 10 rechts bezogen. Eine stationäre Behandlung lehnt die Patientin ab. Nachdem die Infektion geheilt ist, treten die Beschwerden des rechten Arms wieder in den Fokus. Überweisung in Ambulanz einer Spezialklinik mit rheumatologischem Schwerpunkt. Leider keine Behandlung, da das Personal

beabsichtigt, die Polizei einzuschalten.

Frühjahr 2015: Krankheitsbild dramatisch verschlechtert: stark reduzierter Allgemeinzustand, Fieber, kein Nachtschweiß. Rechtes Ellenbogengelenk Bewegung hochgradig eingeschränkt, Hypästhesie an der ulnaren Handseite, mehrere kleine Ulcerationen können am massiv geschwollenen, ge-



Dr. Renate Gräfin von Keller
Ärztliche Leiterin der
Malteser Migranten
Medizin Hannover

Literatur im Online-
artikel unter:
www.derhausarzt.eu

sweet-Syndrom

Das sweet-Syndrom, eine akute febrile neutrophile Dermatoase, ist eine seltene Erkrankung, kommt meistens bei Frauen zwischen 30 und 50 Jahren vor und befällt hauptsächlich Gesicht und Extremitäten. Unterschieden werden eine idiopathische, malignomassoziierte und medikamenteninduzierte Form. Die Pathogenese ist noch nicht geklärt; vermutet wird, dass Cytokine eine wesentliche Rolle spielen. Der Krankheitsbeginn setzt plötzlich mit hohem Fieber ein, dermatologisch treten Papeln, Pusteln und Plaques auf, laborchemisch zeigen sich im Blutbild neutrophile Leukozyten und eine deutliche Erhöhung der BKS. Neben Dermatosen werden auch Arthralgien beobachtet, innere Organe können ebenfalls befallen sein [2;5;6].

Bei der **idiopathischen** Form entwickeln sich die Symptome nach einer längeren viralen oder bakteriellen Infektion (besonders im Respirationstrakt) wie auch im Rahmen von chronischen Erkrankungen (z. B. rheumatischer Formenkreis) [2;5;6].

Bei **malignomassoziiertem** sweet-Syndrom können die Symptome vor der Diagnosestellung einer Neoplasie auftreten und es bilden sich oft auch bullöse Hautveränderungen [2;5;6].

Bei **medikamenteninduziertem** sweet-Syndrom werden die Veränderungen nach Verabfolgung von Antibiotika (z. B. Norfloxacin), Diuretika (z. B. Furosemid) und NSAR (z.B. Diclofenac) gesehen. Sogar Impfungen und Insektenstiche können die oben genannten Krankheitssymptome auslösen [2]. Therapeutisch empfiehlt sich die Gabe von Kortison, gefolgt von Kaliumjodid und Immunsuppressiva. Allerdings sollte die auslösende Erkrankung immer zuerst therapiert werden. Spontane Heilungen sind möglich, Rezidive kommen mit und ohne Behandlung vor [2;5;6].

Therapie: Soweit verträglich sechs Monate Gabe von Minocyclin 100 mg (2x1) [1]. Initialphase der tuberkulostatischen Behandlung: vierfache, leitliniengerechte Therapie für mindestens zwei Monate mit Isonazid 300 mg (1x1), Rifampicin 300mg (0-0-2), Myambutol 400 mg (3-0-0) und Pyrafat 500 mg (0-2-0). Folgende Kontinuitätsphase: zweifache Medikation über sieben Monate (INH und Rifampicin) [7].



röteten Unterarm objektiviert werden. Unerträgliche Schmerzen. Keine pathologischen Veränderungen an übrigen Gelenken. *Verdacht: septische Kubitalarthritis.* Patientin versteht, dass sie wegen der ausgeprägten Entzündung mit drohenden Komplikationen stationär eingewiesen werden muss. Telefonisch versichert uns die Klinik vorab, dass die Polizei nicht informiert wird.

Stationäre Diagnostik: *Befund:* Umfangsvermehrung des rechten Ellenbogengelenks; schmerzhaftige Bewegungseinschränkung; Taubheitsgefühl des 5. Digitus rechts, im Bereich des distalen Unterarms links, des Unterarms rechts. Perforierende Hauteffloreszenzen am Hals rechts und periartikulär des rechten Ellenbogengelenks. *Punktion des rechten Ellenbogengelenks:* wieder punctio sicca. *Radiologisch:* partielle arthritische Destruktion des distalen Humerus, des Radiusköpfchens und des Olecranon sowie Weichteilverkalkungen im Bereich des proximalen Unterarms.

Im Direktpräparat der periartikulären Hautulcerationen lassen sich *M. tuberculosis* nachweisen. In den superinfizierten Hautläsionen werden allerdings *Staph. aureus* (MSSA) nachgewiesen. Es sind keine Fistelgänge von den Hautläsionen zum destruierten Gelenk darstellbar. Durch vermehrte Sputumproben wie auch radiologisch ist eine *Lungen-Tbc auszuschließen* (mehr online).

Therapie: Mithilfe einer Übersetzerin ist zu erfahren, dass bei der Patientin seit Jahren immer wieder Hautveränderungen im Gesicht, am Hals und linken Arm auftreten. Da säurefeste Bakterien im Direktpräparat gesehen werden, muss differentialdiagnostisch auch an eine *Nocardiose* gedacht werden (s. Kasten S. 36). Die *Staph. aureus*-Superinfektion bedarf einer Antibiose mit Clindamycin 600 mg (3 × 1) und Flucloxacillin 1g (3 × 1) gemäß spezifischem Resistogramm. Im Entlassungsbericht zieht die Spezialklinik auch ein *sweet-Syndrom* differentialdiagnostisch in Erwägung (siehe Kasten S. 37).

KOMMENTAR

Bei unserer Patientin könnte es sich sowohl um eine idiopathische Form (Infekt), eine medikamenteninduzierte Form (Diclofenac) und vielleicht sogar auch um eine malignomassoziierte Form (Herpes zoster) des sweet-Syndroms handeln. Da sie in Vietnam nicht adäquat versorgt werden kann, gelang es unserer Sozialarbeiterin, eine Aufenthaltserlaubnis zu erwirken. Die Kosten der Therapie trägt das Sozialamt. Deswegen wird die Patientin zurzeit ambulant in fachärztlichen Praxen behandelt, so dass wir über den weiteren Verlauf leider nicht berichten können. Dass bis zur Diagnosestellung vier Jahre verstrichen sind, ist nicht optimal. Aber das Vorgehen in einer MMM-Sprechstunde kann nicht mit einer Behandlung in einer deutschen, allgemeinärztlichen Praxis gleich gestellt werden. Unsere personelle Besetzung, deren außerordentliches Engagement wie auch unsere diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sind zwar optimal, unsere Patienten entsprechen jedoch nicht den bekannten, herkömmlichen Normen. Ihre Lebensumstände, Biographie, Mentalität, Religion und Ängste schränken oft die Compliance ein. Viel Geduld, Ausdauer und Toleranz sind nötig, um das Vertrauen zu gewinnen. Es wäre falsch, die Mal-Compliance als beabsichtigt zu interpretieren. Nicht zu unterschätzen ist die Sprachbarriere. Übersetzer stehen nicht immer zur Verfügung. Das erschwert gleich zu Beginn die Anamnese. Das weitere Vorgehen, Aufklärung über Dauer und Nebenwirkungen einer Therapie sind oft schwer zu vermitteln. So kommt es zu erheblichen Verzögerungen und hohen Abbruchraten. Dabei spielen auch hohe Erwartungen und falsche Vorstellungen eine wichtige Rolle. Die MMM-Sprechstunde stellt uns immer wieder vor neue fachliche und menschliche Herausforderungen, sodass die Arbeit dort stets eine interessante und vielseitige Tätigkeit umfasst.

Malteser Migranten Medizin



Malteser
...weil Nähe zählt.

SPENDENKONTO

Malteser Hilfsdienst e.V.
Pax Bank
IBAN: DE10370601201200012
BIC / S.W.I.F.T: GENODE33
Stichwort:
„Migranten Medizin MMM“
www.malteser-migranten-
medizin.de

In der Malteser Migranten Medizin (MMM) finden Menschen ohne Krankenversicherung einen ehrenamtlichen Arzt, der die Erst- und Notfallversorgung bei plötzlicher Erkrankung, Verletzung oder einer Schwangerschaft übernimmt. Die Patienten verfügen entweder über keinen legalen Aufenthaltsstatus und wollen anonym bleiben oder sind aus anderen Gründen nicht (mehr) versichert. Bundesweit gibt es die MMM in 14 Städten, seit 2007 auch eine **MMM-Ambulanz in Hannover**.

In 2015 behandelten dort fünf Ärztinnen und Ärzte dienstags zwischen 10 und 12 Uhr 630 Patienten, die durchschnittlich 2,2 Mal die Sprechstunde aufsuchten. Die Praxis verfügt über ein EKG-, Ultraschallgerät und eine umfangreiche Labordiagnostik. Für die erweiterte Diagnostik oder größere Eingriffe kann das MMM-Team auf ein bewährtes Netz von niedergelassenen Fachärzten und Kliniken bauen. Die Arbeit wird nur aus Spenden finanziert.