

Eine seltene Ursache von chronischer Heiserkeit

Peter Ludwig, Lukas Schibli, Felix Fleisch, Max Kuhn

Departement für Innere Medizin, Spitäler Chur AG

Summary

A rare cause of chronic hoarseness

A previously healthy 31-year-old woman suddenly developed dysphonia and odynophagia which persisted for several months. Laryngoscopy produced the diagnosis of chronic laryngitis which failed to improve under antibiotic and steroid treatment.

One year after the initial symptoms the patient presented with a productive cough. Chest x-ray disclosed bilateral cavitations in the upper lobe suggesting underlying pulmonary tuberculosis. Sputum cultures revealed Mycobacterium tuberculosis and the therapy-refractory laryngitis was therefore diagnosed as secondary to a pulmonary manifestation.

Treatment with isoniazid, rifampicin, ethambutol and pyrazinamide was initiated and was well tolerated. Although the patient became pregnant soon after the start of the anti-tuberculous therapy, no negative impact on the pregnancy was noted.

Compared to the pre-antibiotic era, laryngeal tuberculosis is rare in Europe today but should be suspected when chronic laryngitis follows an unusual clinical course. The clinical investigations should include chest x-ray, since most laryngeal tuberculous manifestations are secondary to pulmonary tuberculosis. Laryngeal tuberculosis may develop in the absence of risk factors even in young and healthy people.

Fallbeschreibung

Die bisher gesunde 31jährige Patientin litt seit einem Jahr unter progredienter Heiserkeit, Hals- und Schluckschmerzen. Im letzten Halbjahr hatte sie bei gleich bleibendem Essverhalten 4 kg verloren. Die Freizeitsportlerin bemerkte eine geringe Abnahme der Leistungsfähigkeit. Nachtschweiss und Fieber bestanden nicht. Laryngoskopisch zeigten sich damals entzündlich veränderte Stimmbänder mit Knötchenbildung. Therapien mit Erythromycin, Penicillin und Steroiden bei Verdachtsdiagnose einer Laryngitis chronica brachten keinen dauerhaften Erfolg. Ein Jahr nach dem Beginn der Heiserkeit führte ein produktiver Husten zu einer erneuten Abklärung. Im nun erstmalig angefertigten Thorax-Röntgenbild konnten auf beiden Seiten apikale Kavernen und Infiltrate nachgewiesen werden (Abb. 1 .

Die Patientin wurde hospitalisiert und sogleich isoliert. Im Status fiel lediglich ein leises Giemen über allen Lungenfeldern auf. Das Labor war bis auf eine BSG von 60 mm/h und ein CRP von 30 mg/L unauffällig. Bronchoskopisch zeigte sich das Bild einer Laryngitis und einer eitrigen Ableitungsbronchitis aus dem linken Oberlappen. Im Sputum konnten säurefeste Stäbchen nachge-

wiesen und so die Verdachtsdiagnose einer offenen Tuberkulose bestätigt werden. Wir begannen eine tuberkulostatische Kombinationstherapie mit Rifater® (Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid) und Myambutol und konnten die Patientin nach gut zehn Tagen nach Hause entlassen.

Kurz nach Spitalaustritt berichtete uns die Patientin, dass sie ausgerechnet jetzt schwanger geworden sei. Ein Kinderwunsch bestand schon seit längerer Zeit. Unter der tuberkulostatischen Therapie hätte die Patientin jetzt aber mit einer Schwangerschaft zuwarten wollen. Die tuberkulostatische Behandlung gestaltete sich problemlos. Die Patientin erhielt zwei Monate eine Viererkombination und dann während vier Monaten eine Zweierkombination. In den Kulturen aus der Bronchiallavage fand sich ein *Mycobacterium tuberculosis*, das auf alle Tuberkulostatika sensibel ist.

Bei der Umgebungsabklärung war der Mantoux-Test der betreuenden Logopädin stark positiv. Die asymptomatische Frau hatte ein völlig normales Thoraxbild. Sie erhielt eine präventive Chemotherapie mit Isoniazid für sechs Monate.

Diskussion

Da bei unserer Patientin über fast 1 Jahr lediglich eine chronische Heiserkeit im Vordergrund stand, wurde die Diagnose der ursächlichen Lungentuberkulose mit Larynxbeteiligung spät gestellt. Retrospektiv passen neben den Kehlkopfsymptomen auch die ausbleibende Besserung unter Antibiotika- und Steroidtherapie, die Gewichtsabnahme und die Abnahme der Leistungsfähigkeit zum Krankheitsverlauf.

Im Jahre 2000 wurden in der Schweiz insgesamt 629 Tuberkulose-Fälle gemeldet, davon betrafen 477 die Lungen [1]. Die tuberkulöse Laryngitis wird vom BAG nicht mehr speziell erfasst. Vor der Einführung der Tuberkulostatika war die Laryngitis tuberculosa die häufigste chronische Larynxentzündung überhaupt. In der Medizinischen Statistik der Akutspitäler wurden von 1975 bis 1984 noch 20 Fälle einer Laryngitis tuberculosa aufgeführt [2].

Unter den subjektiven Beschwerden steht die Stimmstörung im Vordergrund – wechselnd von Ermüdbarkeit der Stimme bis zu gelegentlicher oder ständiger Heiserkeit – seltener sogar zur Stimmlosigkeit. Auch Schluckstörungen sind möglich [3–5]. Ätiologisch wird zwischen einer bronchogenen und einer hämatogenen Kehlkopftuberkulose unterschieden, wobei die broncho-

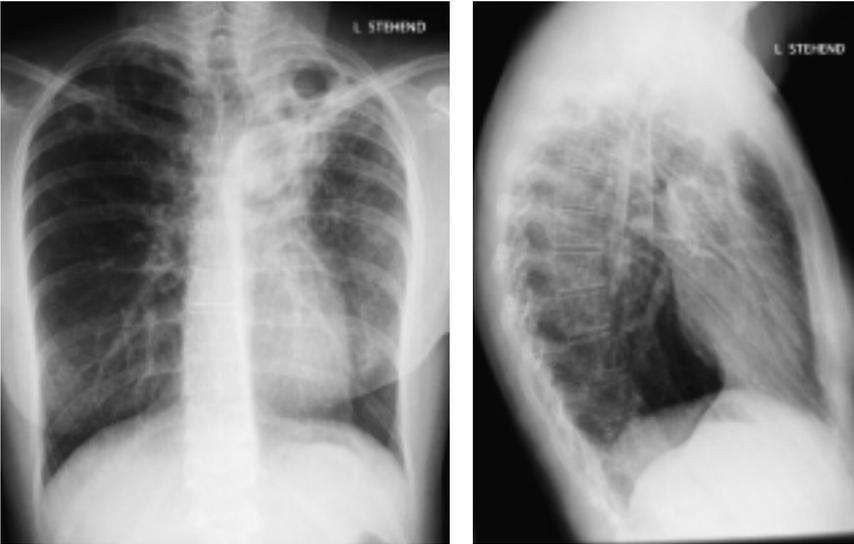


Abbildung 1
Thorax-Röntgenbild mit beidseitigen apikalen Kavernen und Infiltraten.

gene Form etwa 90% ausmacht. Bei der bronchogenen Form kommt es durch das repetitive Aushusten der Mykobakterien zu einer Absiedelung am Larynx (sogenannte Abscheidungstuberkulose).

Prädilektionsstellen der bronchogenen Kehlkopftuberkulose sind das Stimmband, das Taschenband mit dem Ventriculus laryngi und die Hinterwand. Auch bei geringeren und weniger aktiven Lungenprozessen können ausgedehntere tuberkulöse Befunde im Kehlkopf auftreten. Bei der isolierten primären Larynxtuberkulose handelt es sich meist um protrahiert-chronische Entzündungsvorgänge mit Knötchenbildung und Granulationen [3].

Der vorliegende Fall ist insofern ungewöhnlich, als es sich bei der Patientin um eine junge und bis anhin gesunde Frau handelt. Weder anamnestisch noch laborchemisch konnten prädisponierende Faktoren gefunden werden. In der neueren Literatur werden einige vergleichbare Fälle bei jungen immunkompetenten Patienten beschrie-

ben, bei denen eine Heiserkeit und Stimmstörungen der Diagnose einer Lungentuberkulose lange voraus gingen [6–9].

Wie in unserem Fall ist bei empfindlichen Mykobakterien der klinische Verlauf unter der üblichen tuberkulostatischen Behandlung problemlos. Unsere Patientin wurde zwei Monate mit einer Vierer- (Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid und Myambutol) und vier Monate mit einer Zweierkombination (Isoniazid und Rifampicin) behandelt.

Das Auftreten einer aktiven Tuberkulose während der Schwangerschaft ist in der Schweiz selten. Betroffen sind vor allem Frauen aus Ländern mit hoher Tuberkulosehäufigkeit sowie HIV-infizierte Schwangere [10].

Die Schwangerschaft hat keinen Einfluss auf den Verlauf der aktiven Tuberkulose der Mutter [11, 12]. Unter Therapie mit Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid und Ethambutol sind keine teratogenen Schäden zu erwarten [12–14]. Bei der Tuberkulose-Behandlung von Schwangeren mit Isoniazid soll zusätzlich Pyridoxin verabreicht werden [13]. In der Schwangerschaft ist auf Streptomycin wegen Ototoxizität zu verzichten [13]. Eine Interruptio ist bei Schwangeren mit einer First-line-Tuberkulostatikatherapie nicht indiziert [15]. Da das Neugeborene sehr empfindlich auf Tuberkulose ist, sollte es von der Mutter isoliert werden, falls diese eine aktive Lungentuberkulose aufweist. Bei unserer Patientin gestaltete sich die Schwangerschaft völlig problemlos. Zusammenfassend können sich Frühsymptome einer Lungentuberkulose im Larynx manifestieren. Bei chronischer Heiserkeit und/oder Reizhusten – insbesondere beim laryngoskopischem Bild einer chronischen Laryngitis oder tumorösem Aspekt – soll differentialdiagnostisch eine laryngeale Manifestation einer Lungentuberkulose in Erwägung gezogen werden. Zur weiteren Abklärung soll eine Thorax-Röntgenaufnahme angefertigt werden. Die Entdeckung einer Lungentuberkulose erlaubt dann die sofortige spezifische und effiziente Behandlung, und damit erübrigt sich eine Larynxbiopsie.

Literatur

- 1 Bundesamt für Gesundheit. Tuberkulose in der Schweiz: 1999 bis 2000. Bulletin 2002;9:168–74.
- 2 Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (VESKA). Medizinische Statistik. Gesamtstatistiken 1975 bis 1984. Aarau: VESKA-Verlag; 1976–85.
- 3 Hein J, Kleinschmidt H, Uehlinger E. Handbuch der Tuberkulose: Formenkreis der extrapulmonalen hämatogenen Tuberkulose. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1964: 124–34.
- 4 Porras AE, Martin Mateos A, Perez-Requena J, Avalos Serano E. Laryngeal tuberculosis. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) 2002;123:47–8.
- 5 Montejo M, Alonso M, Aguirrebengoa K, Moreno G, Goicoetxea J, Petrenas E, Banuelos S, et al. Laryngeal tuberculosis: study of 11 cases. Acta Otorrinolaryngol Esp 2001;52:53–6.
- 6 Bailey CM, Windle-Taylor PC. Tuberculous laryngitis: a series of 37 patients. Laryngoscope 1981;91:93–100.
- 7 Lahovary A, Riedli M, Burkhardt A. Die Larynxtuberkulose heute. ORL 10: Aktuelle Probleme der Otorhinolaryngologie. Bern: Verlag Hans Huber; 1987.
- 8 Nielsen VE, Skott MN. Laryngeal tuberculosis. A rare, but important differential diagnosis of chronic laryngitis. Ugeskr Laeger 2001;163:2365–7.
- 9 Vandeveld L, Prive D, Vaes P, D'Olne D. Tuberculous laryngitis: not so rare? Acta Otorhinolaryngol Belg 1989;43:363–71.
- 10 Llewellyn M, Cropley I, Wilkinson RJ, Davidson RN. Tuberculosis diagnosed during pregnancy: a prospective study from London. Thorax. 2000;55:129–32.
- 11 Tripathy SN, Tripathy SN. Tuberculosis and pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2003;80:247–53.
- 12 Good JT Jr, Iseman MD, Davidson PT, Lakshminarayan S, Sahn SA. Tuberculosis in association with pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1981;140:492–8.
- 13 Bothamley G. Drug treatment for tuberculosis during pregnancy: safety considerations. Drug Saf 2001;24:553–65.
- 14 Brost BC, Newman RB. The maternal and fetal effects of tuberculosis therapy. Obstet Gynecol Clin North Am 1997; 24:659–73.
- 15 Snider DE Jr, Layde PM, Johnson MW, Lyle MA. Treatment of tuberculosis during pregnancy. Am Rev Respir Dis 1980; 122:65–79.