Leserbriefe

Sankt-Gotthard-Krankheit: einige kritische Anmerkungen

Leserbrief zu: Fontanel D, et al. Die Sankt-Gotthard-Krankheit. Eine Epidemie in der Schweiz mit tödlichem Ausgang [1].

Sehr geehrter Herr Fontanel
Ich habe einige Bemerkungen zu Ihrem *Case Report*.

1. Die anamnestischen Angaben sind lückenhaft. Es finden sich keine Angaben darüber, wie lange der aus Sri Lanka stammende Patient sich in der Schweiz aufhält, wann er sich zum letzten Mal in einem tropischen oder subtropischen Land aufgehalten hat, und insbesondere, ob er jemals in einer entsprechenden Umgebung (Tunnel, Mine etc.) gearbeitet hat.
2. Bei Personen mit entsprechendem Migrationshintergrund ist eine meist asymptomatische Ankylostomiasis etwas recht Häufiges [2]. Bei Personen aus Sri Lanka findet man zum überwiegenden Teil eine Infestation mit *N. americanus* und nicht mit *A. duodenale* [3].
3. Bei der endoskopischen Beurteilung der Helminthen im Duodenum haben Sie sich in der Länge verschätzt. Hakenwürmer sind nicht 20 mm lang, wie von Ihnen beschrieben, sondern nur halb so lang. Das Weibchen von *A. duodenale* misst lediglich 10 bis maximal 13 mm, dasjenige von *N. americanus* 9–11 mm, die Männchen sind generell kürzer. Die Eier von *N. americanus* und *A. duodenale* lassen sich morphologisch kaum unterscheiden.
4. Dass der Patient mit einer wahrscheinlich chronischen Eisenmangelanämie von 2,2 g/dl (entsprechend einem PCV von 6 bis 7%) erst vier Tage vor der Konsultation symptomatisch wurde und über Schwäche klagte, ist erstaunlich.
5. Die *Saint Gothard anaemia* war schon lange vor der «Gotthard-Epidemie» als *miners' disease* bekannt. Das Kennzeichen der *Saint Gothard anaemia* ist die Übertragung der Ankylostomiasis ausserhalb von endemischen Zonen in einem künstlich «tropischen», feuchtheissen Klima, wie es im Tunnelbau oder in Minen entsteht. Dies wurde bereits von Parona 1880 richtig erkannt. Ich verweise auf die Zusammenfassung der Geschichte der *Saint Gothard anaemia* durch Peduzzi et al. im BMJ [4]. Bei Ihrem Patienten dürfte es sich deshalb bei unbekannter Anamnese und gemäss Herkunftsort kaum um eine *Saint Gothard anaemia*, sondern um eine «simple Ankylostomiasis» handeln. Der reisserische Titelzusatz «Eine Epidemie in der Schweiz mit tödlichem Ausgang» ist irreführend, steht wahrscheinlich in keinem Zusammenhang mit der Erkrankung des Patienten respektive Übertragung des Parasiten und ist deshalb nicht gerechtfertigt.
6. Bei der Rektosigmoidoskopie beschreiben Sie fibrinbelegte konfluierende Ulzerationen, histologisch findet sich eine granulozytäre Kolitis mit Amöben. Der Patient weist unblutige, wässrige und nicht schleimig blutige Durchfälle wie bei einer Amöbiasis auf. Die Amöben werden nicht näher spezifiziert. Handelt es sich um *E. histolytica*, besteht eine Erythrozytophagie, oder liegen apathogene Amöben vor? Ob es sich wirklich wie von Ihnen diagnostiziert um eine Amöbenkolitis handelt, bleibt unklar.
7. Interessant an diesem Fall ist nicht die nicht vorhandene *Saint Gothard anaemia*, sondern die massive Anämie bei einem Mann, der, ich nehme mal an, schon seit einigen Jahren in der Schweiz lebt und möglicherweise bereits vor Jahren mit *Ankylostoma sp.* infestiert wurde. Hier fehlt leider die Anamnese.

Benedikt R. Holzer

Korrespondenz:
Benedikt R. Holzer MD DTM&H
Senior Medical Officer
Wangdichoeling Hospital
Jakar/Bumthang
Kingdom of Bhutan
info@holzer.li
benedikt.holzer@druknet.bt

Literatur
1 Schweiz Med Forum. 2010:10(47):823.
2 Sonderegger TS, Holzer B, Frey FJ. Medical problems in refugees from Sri Lanka (Tamil) Schweiz Med Wochenschr. 1985;115:59–62.
3 Holzer BR, Frey FJ. Differential efficacy of mebendazole and albendazole against Necator americanus but not for Trichuris trichiura infestations. Eur J Pharmacol. 1987;32:635–7.
4 Peduzzi R, Piffaretti JC. Ancylostoma duodenale and the Saint Gothard anaemia. B Med J. 1983;287:1942–5.

Replik

Sehr geehrter Herr Kollege Holzer
Vielen Dank für Ihre kritischen Bemerkungen aus dem fernen Bhutan, die ich gerne kommentieren möchte.
Zu Punkt 1: Die Anamnese wurde keinesfalls lückenhaft erhoben, sondern im Beitrag unvollständig wiedergegeben. Es handelt sich um einen «Besonderen Fall» und nicht etwa um eine Doktorarbeit; die Autoren geben nach ihrem Ermessen die wichtigsten Eckpunkte der Krankengeschichte dem Leser weiter. Gerne kann ich

ergänzen, dass der Patient noch nicht lange in der Schweiz wohnhaft war und – soweit anamnestisch erhebbar (der Patient sprach sehr wenig Deutsch, die Anamnese musste mit einem Übersetzer gemacht werden) – vorwiegend in der Landwirtschaft und nicht in einem Tunnel gearbeitet hatte.

Zu Punkt 2: Die Häufigkeit der asymptomatischen Ankylostomiasis bei Patienten mit entsprechendem Migrationshintergrund war uns bewusst, ebenso die Tatsache, dass Personen aus Sri Lanka häufiger an einer Infestation mit *N. americanus* leiden. Trotzdem handelt es sich hier gemäss Befund (Eier aus dem Stuhl sowie Histologie der Wurmbiopsien aus dem Duodenum) um *A. duodenale*. Die Tatsache, dass Patienten mit *A.-duodenale*-Infestationen grösseren Blutverlust aufweisen als Patienten mit *N.-americanus*-Infestation, bestätigt das dazu passende tiefe Hämoglobin bei unserem Patienten [1].

Zu Punkt 3: Ihre Angaben, dass Hakenwürmer zwischen 10 und 13 mm gross werden, sind korrekt. Unserem Text ist eindeutig zu entnehmen, dass die knapp 2 cm Länge der Würmer eine Schätzung waren. Interessanterweise waren die von Dr. Sonderegger beschriebenen Würmer aus der Leiche eines Gotthardtunnelarbeiters bis 18 mm lang [2].

Zu Punkt 4: Die Eisenmangelanämie war chronisch, sonst hätte der Patient einen Hämoglobinwert von 2,2 g/dl kaum überlebt. Die Schwäche bestand schon seit mehreren Wochen, die relevante Verschlechterung des Allgemeinzustandes jedoch kulminierte eine Woche vor der Hospitalisation. Wir sind der Meinung, dass für den Patienten die aggravierende Kolitis den Ausschlag zur Vorstellung im Spital gegeben hatte.

Zu Punkt 5: Ihr erster Abschnitt kann nur bestätigt werden. Auch wir referenzieren in der Publikation die im BMJ erschienene Arbeit von Peduzzi et al. aus dem Jahre 1983. Zum zweiten Abschnitt möchte ich sagen, dass es an der Zeit ist, das grosse Missverständnis zu klären, welches hier anscheinend vorliegt. Selbstverständlich handelt es sich beim Patienten nicht um einen aktuellen Tunnelarbeiter aus dem Gotthard; das wird auch mit keinem Wort behauptet. Das Ziel unserer Publikation war es, anhand dieser eindrücklichen Krankengeschichte den historischen Hintergrund aufzugreifen, vor allem auch aufgrund der damaligen Aktualität (Durchstoss des Gotthard-Basistunnels am 15. Oktober 2010). Der Titelzusatz bezieht sich in erster Linie auf den historischen Hintergrund und ist demzufolge unseres Erachtens korrekt.

Zu Punkt 6 und 7 erlaube ich mir, Ihre beiden letzten Anmerkungen zusammenfassend zu kommentieren: Es handelte sich um eine *E. histolytica*, und wir sind aufgrund der makroskopisch-endoskopischen und histologischen Befunde von einer Amöbenkolitis ausgegangen.

Mit freundlichen Grüssen

Dario Fontanel

Literatur

1 PJ Hotez et al. Hookworm Infection, N Engl J Med. 2004:351;8.
2 Sonderegger, et al. Ankylostoma duodenale. Schweiz Med Wochenschr. 1880;10:646–8.