

Heroin sucht und disseminierte extrapulmonale Tuberkulose

Während die Lungentuberkulose eine bekannte Komplikation bei Drogenabusus ist, wurde über disseminierte extrapulmonale Tuberkulose in Verbindung mit Heroinsucht bislang nicht berichtet. — Bei 21 Eigenbeobachtungen disseminierter extrapulmonaler Tuberkulose bei Heroinsüchtigen waren in 18 Fällen die Blutkulturen auf pyogene und Tuberkulose-Erreger negativ. Bei einigen Patienten, die zum Teil auch andere Drogen wie Morphium, Barbiturate, Amphetamin verwendet hatten, traten Weichteilabszesse auf. Sieben litten an aktiver Lungentuberkulose, sechs an Mediastinaltuberkulose, drei davon gleichzeitig an Lungentuberkulose. Bei 15 der 21 Patienten war das Skelett befallen; bei acht von ihnen waren es die Rippen, bei sechs die Wirbelsäule, außerdem bei jeweils zwei Patienten Femur, Klavikel, Schädel- und Beckenskelett. Fünf hatten eine Weichteiltuberkulose, bei zwei Kranken war die Parotis, bei einem der Ösophagus befallen. 18 hatten zwei oder mehr extrapulmonale tuberkulöse Herde. Im Gesamtkrankengut der Verfasser bestand bei vier bis fünf Prozent der Drogenabhängigen eine offene Lungentuberkulose — aber niemals fand sich eine Weichteiltuberkulose an Stellen vorangegangener Injektionen. Die Verfasser sind der Ansicht, daß die Tuberkulose dieser Patienten gewöhnlich auf dem Luftwege übertragen wird. Mitwirkend für das häufige Tuberkulosevorkommen bei Süchtigen sind außerdem sozioökonomische und rassische Faktoren: 18 der 21 Patienten waren Farbige. Die meisten lebten in städtischen Ghettos in Armut und hatten engen und langen Kontakt mit anderen Süchtigen. Mitursache sind bei diesen Patienten möglicherweise auch Veränderungen des Immunmechanismus als Reaktion auf langanhaltende intravenöse Verwendung

von Heroin, das stärkere Verunreinigungen enthält. Die Erkennung der extrapulmonalen Tuberkulose ist schwierig; sie ist bei Erkrankungen Heroinsüchtiger deshalb in die Differentialdiagnostik einzubeziehen. Pz

Firooznia, H., Seliger, G., Abrams, R. M., Valensi, V., und Shamoun, J.:
Disseminated Extrapulmonary Tuberculosis in Association with Heroin Addiction
Radiology **109** (1973), 292–296
Department of Radiology
New York University Medical Center
550 First Av.
New York, N. Y 10016

Spätgastrointestinale Manifestation der zystischen Pankreasfibrose

Die bei der zystischen Pankreasfibrose in der Neugeborenenperiode als Mekoniumileus bekannte mechanische Dünndarmobstruktion entspricht im Erwachsenenalter einer im Zusammenhang mit der Pankreasinsuffizienz stehenden Dünndarmobstruktion durch abnormen Stuhl. Eine Behandlung mit Einläufen und Pankreasenzymen führt dabei meist zum Erfolg. Die Abdomenübersichtsaufnahme zeigt große, oft palpable Kotballen im Zökum und Endileum, die ein Neoplasma oder bei entsprechendem Druckschmerz eine Appendizitis simulieren und zuweilen auch eine Intussuszeption hervorrufen können. Persistierende Kotsteine sollten bei jüngeren Patienten deshalb Anlaß zur Schweißelektrolytreaktion sein. Auf dem Entleerungsbild nach Kontrasteinlauf sieht man an der vergrößerten Schleimhaut ein charakteristisches Pflastersteinrelief und Wanddefekte durch anhaftenden Kot.

Bei 33 Patienten mit zystischer Fibrose und sieben mit hereditärer Pankreatitis waren im Duodenum, gelegentlich auch im manchmal dilatierten Jejunum, als bedeutendste Zeichen verdickte und vergrößerte Schleimhautfalten und dadurch bedingte knötchenförmige Wandeinkerbungen, Verziehungen,

Abknickungen und Zähnelungen, vor allem an der Außenwand zu erkennen. Der Schleimhautbeschlag war fleckig und schlecht. Ileumbefund und Passagezeit waren normal. Auffallenderweise fanden sich weder Duodenalulzera, Bulbusdeformierungen, Magenomalien oder gar Ösophagusvarizen, obgleich eingedickte Galle in den Gallengängen gelegentlich zur biliären Zirrhose und portalen Hypertension führen kann; daher ist bei jungen Patienten mit ungeklärter Zirrhose und portaler Hypertension an eine zystische Pankreasfibrose zu denken. Im allgemeinen bestand keine Korrelation zwischen Erkrankungsdauer, Laborwerten, histologischem Bild der Dünndarmbiopsie und Ausmaß der Röntgenveränderungen.

Seltene Komplikation der zystischen Pankreasfibrose ist eine Pneumatosis zystoides oder eine akute Pankreatitis als Ausdruck einer Pankreasgangobstruktion durch verdicktes Sekret zuweilen mit entsprechenden Röntgenveränderungen am absteigenden Duodenum. Die Faltenverdickungen am Duodenum sind wahrscheinlich durch verstärkte Darmwandmuskelkontraktion bedingt, möglicherweise durch Fehlen von Pankreasbikarbonat und entsprechend unzureichender Pufferung der Magensäure. Die Kolonschleimhaut war im histologischen Bild dilatiert mit klaffenden Krypten und Globetzellhyperplasie und die Oberfläche mit adhärentem Schleim bedeckt. Die ziemlich spezifischen Dickdarmschleimhaut-Veränderungen führen oft bereits zur Diagnose. Pz

Taussig, L. M., Saldino, R. M., und di Sant-Agnese, P. A.:
Radiographic Abnormalities of the Duodenum and Small Bowel in Cystic Fibrosis of the Pancreas (Mucoviscidosis)
Radiology **106** (1973), 369–376

Paul, A., di Sant Agnese, M. D.,
National Institutes of Health, Bldg. 10
Room 8N-250, Bethesda, Md. 20014

Berk, R. N., und Lee, F. A.:
The Late Gastrointestinal Manifestations of Cystic Fibrosis of the Pancreas
Radiology **106** (1973), 377–381
University Hospital, 225 W. Dickinson St.,
San Diego, Calif. 92103