

Bäckerkrankheit

nehmende respiratorische und rechtskardiale Insuffizienz (vergleiche Tabelle 3).

Mittel der Wahl: Frühzeitige Diagnose und ärztliche Anzeige

Unter allen als Berufskrankheit privilegierten Staubinhalationsfolgen zeichnet sich die Bäckerkrankheit durch zwei Merkmale besonders aus:

- ▶ klinisch abgrenzbarer Drei-Stadien-Verlauf,
- ▶ Erstmanifestation häufig zu Berufsbeginn.

Eine frühzeitige Diagnose erhöht die Erfolgchancen der erforderlichen Heil- und Umschulungsmaßnahmen. Werden anamnestisch Niessalven und Fließschnupfen sofort und reproduzierbar nach Mehlstaubeinatmung angegeben, so läßt sich die Verdachtsdiagnose des Anfangsstadiums der Bäckerkrankheit mit beachtlicher Treffsicherheit stellen. Bekanntlich ist jeder Arzt bereits beim begründeten Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit *unverzüglich* zur Anzeige an die Berufsgenossenschaft verpflichtet.

Dies liegt zuallererst im Interesse des Kranken, da die Berufsgenossenschaft nur im Anzeigefall ihrem gesetzlichen Auftrag nachkommen kann, der drohenden Gefahr der Verschlimmerung mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Die bisherige Praxis ist davon offenbar aber noch weit entfernt.

Aus Darstellung 1 geht hervor, daß der Arzt seiner Anzeigepflicht für die Hälfte unserer 270 Patienten erst nach Ablauf des 28. Lebensjahres nachkam. Dies bedeutet ein Hinausschieben gegenüber dem Beginn der

- ▶ Rhinopathie (Stadium I) um 8 Jahre und der
- ▶ Bronchopathie (Stadium II) um 5 Jahre.

Die arbeitsmedizinisch-poliklinische Untersuchung erfolgte wenige Monate später. Sie ergab bei den Patienten

▶ zu *zwei Dritteln* ein Stadium III, d. h. dauerbehandlungsbedürftige Sekundärkomplikationen,

▶ zu *mehr als der Hälfte* gegebenenfalls rentenpflichtige Dauerschäden.

Den bei Bäckern nachgewiesenen hohen Dunkelziffern mit der Folgewirkung komplikationsreicher und gegebenenfalls rentenpflichtiger Krankheits-Spätstadien (10) bereits in den ersten zwanzig Berufsjahren kann ärztlicherseits wirksam begegnet werden.

Mittel der Wahl ist eine verbesserte Frühdiagnose bereits der allergischen Rhinopathie, d. h. des Anfangsstadiums der Bäckerkrankheit, in Verbindung mit unverzüglicher ärztlicher Berufskrankheiten-Anzeige zu Nr. 4301 der Berufskrankheitenverordnung.

Die symptomatische, medikamentöse Behandlung allein vermag die Arbeits- und Berufsfähigkeit wegen der Aggressivität des Arbeitstoffes Mehlstaub auf Dauer nicht zu erhalten. Die Bäckerkrankheit sollte daher im frühestmöglichen Stadium erkannt werden.

Dies gilt speziell bei Untersuchungen nach dem Jugendarbeiterschutzgesetz. Gerade der behandelnde Arzt vermag die besonderen gesundheitlichen Risiken am Arbeitsplatz des Bäckers – zumindest in ihren bedrohlichen Spätfolgen – einzudämmen.

Literatur beim Verfasser

Professor Dr. med.
Hans-Joachim Weitowitz
Institut und Poliklinik
für Arbeits- und Sozialmedizin
Medizinisches Zentrum
für Ökologie
der Justus-Liebig-Universität
Gießen
Aulweg 129/III, 6300 Gießen

FÜR SIE GELESEN

Tumorsimulierende Pankreasganganomalien

Entwicklungsgeschichtlich resultiert die Bauchspeicheldrüse aus einer ventralen und einer dorsalen Anlage, die bei 6 Prozent der Bevölkerung nicht miteinander verschmelzen, so daß keine Kommunikation zwischen dem Ductus Wirsungianus und dem Ductus Santorini besteht.

Sonographisch und computertomographisch können derartige Fusionsanomalien der Bauchspeicheldrüse eine Raumforderung im Pankreaskopfbereich simulieren, erst die endoskopisch retrograde Pankreatikographie deckt die anatomische Variante auf.

Die klinische Bedeutung dieses Pancreas divisum liegt darin, daß beide Anlagen getrennt erkranken können sowohl im Rahmen chronisch entzündlicher Veränderungen als auch eines Tumorleidens.

Der auf die ventrale Anlage der Bauchspeicheldrüse zurückzuführende postero-inferiore Aspekt der Bauchspeicheldrüse zeichnet sich noch dadurch aus, daß er besonders reich an Zellen ist, die pankreatisches Polypeptid enthalten, ein Befund, wie er auch beim Pancreas annulare erhoben werden kann.

Vor jeder unter der Verdachtsdiagnose eines Pankreaskopfkarzinoms durchgeführten Operation sollte eine endoskopisch-radiologische Klärung der anatomischen Verhältnisse erfolgen. W

Siegel, J. H.; Yatto, R. P.; Vender, R. H. J.: Anomalous pancreatic ducts causing pseudomass of the pancreas, J. Clin. Gastroenterol. 5 (1983) 33–36, Mount Sinai School of Medicine, 230 East 69th Street, New York 10021 N. Y. – Sessa, F.; Fiocca, R.; Tenti, P.; Solcia, E.; Tavani, E.; Piliteri, S.: Pancreatic polypeptide rich tissue in the annular pancreas, Virchows Arch. Pathol. Anat. 399 (1983) 227–232, Institute of Pathologic Anatomy, University of Pavia, Via Forlanini 16, I-27100 Pavia