

DIPHTHERIE

Def:

Bakterielle Angina tonsillaris mit Vergiftung (Intoxikation) des Körpers durch Exotoxinbildung des Erregers.

Besonderheit:

Als lokale Infektion oder systemische Intoxikation (Vergiftung), früher relativ häufig (Würgengel der Kinder!), heute selten, Auftreten von Epidemien in Zeitabständen von ca. 30 Jahren.

Erreger:

Corynebacterium diphtheriae (grampositives Stäbchenbakterium).

Reservoir:

Mensch, gesunde Keimträger in Epidemiezeiten bis 7%

Übertragungsweg:

Durch Tröpfcheninfektion oder durch direkten Kontakt, indirekt durch Kontakt mit Gegenständen und Flächen, die mit infektiösem Nasen-Rachen-Sekret verunreinigt sind (selten), Kontagionsindex 0,1 bis 0,2 (10-20%).

Inkubationszeit:

2-5 Tage (1-7 Tage).

Pathogenese:

Die Diphtheriebakterien siedeln sich zunächst auf der Schleimhaut von Mund, Rachen und Kehlkopf an. Sie bilden ein Gift (Ektotoxin A), welches zur Nekrose der Epithelzellen führt. Dies führt zur Bildung von sog. Pseudomembranen (diphthera, griech. Haut, Membran). Die besonders giftigen Bakterienstämme sind mit einem beta-Phagen (Virus) infiziert und bilden noch ein Ektotoxin B, das eine Gefäß- und Zellpermeabilitätssteigerung bewirkt. Es kommt zur Einschwemmung der Gifte ins Blut mit Gefahr des Schocks und mit Schädigung von Herz, Nerven und Nebennieren. Entscheidend für die Gefährlichkeit des Erregers ist sein Giftbildungsvermögen.

Klinik:

- Entzündung der Mandeln (Tonsillitis) mit weißlich-grauen, fest haftenden Belägen, die auf den Nasenrachenraum übergreifen und beim Abstreifen bluten (Pseudomembranen),
- süßlicher Geruch, blutiger Schnupfen (Nasendiphtherie bei Säuglingen),
- Temperatur um 38°C, oft sehr schneller Puls,
- stark geschwollene, druckschmerzhaft Kieferwinkellymphknoten,
- „Cäsarenhals“: starkes periglanduläres Halsödem bei primärtoxischer Diphtherie,
- systemische Intoxikation: Myokarditis, Gewebeuntergang in Herzmuskel, Leber, Nieren und Nebennieren, Polyneuritis, Lähmungen im Bereich der motorischen Kopfnerven. Oft treten die toxischen Schäden erst nach Abklingen der akuten Lokalinfection als Spätschäden zutage.

Diagnose:

Anamnese, Klinik, kultureller Nachweis der Erreger in lokalen Infektionsherden, Immunfluoreszenzmikroskopie, Toxinnachweis.

Therapie:

Isolierung von Verdachts- und Krankheitsfällen. Möglichst früh Diphtherie-Antitoxin (Gegengift in Form neutralisierender Antikörper) und Penicillin, Halswickel, Bettruhe.

Prognose:

Die Letalität der Diphtherie liegt heute bei 5-10 %, unter ungünstigen Verhältnissen steigt sie bis zu 25 %. Der Tod tritt als Folge einer Atemwegsobstruktion oder eines Herzversagens ein.

Vorbeugung:

Eine aktive Immunisierung mit Diphtherietoxoid ist möglich (generell empfohlene Impfung). Kranke müssen so lange isoliert werden, bis zwei im Abstand von nicht weniger als 24 Stunden durchgeführte kulturelle Untersuchungen negativ sind. Enge Kontaktpersonen müssen isoliert werden, bis sie aufgrund kultureller Befunde als Keimträger auszuschließen sind. Nach der Erkrankung tritt keine sichere Immunität auf.