



© Dr. Wolf Lübbers, Hannover

Abbildung 1:
Georges Chicot, Laryngeale Intubation bei Diphtherie nach O'Dwyer

Diphtherieverdacht in der Notfallambulanz

Eine schlaflose Nacht

Die früher endemische Diphtherie zählt heute zu den „vergessenen“ Krankheiten. Die wenigsten der jüngeren Ärzte haben noch eine echte Rachendiphtherie gesehen.

Würden Sie eine Diphtherie auf Anhieb diagnostizieren können?

Nach meiner Medizinalassistentenzeit war ich seit zwei Monaten in Facharzt Ausbildung HNO und hatte im Dezember 1974 meinen zweiten Nachtdienst in der städtischen HNO-Klinik – als einziger Arzt im Haus.

Die Klinik, Baujahr 1896, die früher für Liegekuren bei offener Tuberkulose genutzt wurde, stand alleine in einem Stadtteil einer Großstadt. Klinikneubau und Umzug zum „Haupthaus“ waren seit über 25 Jahren geplant, und wurden 1998 letztendlich durchgeführt. Im Kel-

ler befand sich eine Notfall-Ambulanz (kein Emergency Room) neben dem Pathologieraum für Sektionen und der Leichenhalle. 78 Betten, pro Station eine Nachtschwester sowie eine Nacht-Op-Schwester, die im Schwesternhaus schlief. Der HNO-Oberarzt war in Rufbereit-

schaft zu Hause, der Anästhesist ebenfalls. Der Pförtner hatte ein separates Pförtnerhäuschen, aber es existierte kein Nachtlabor – nächtliches Röntgen war nur durch den diensthabenden Arzt möglich, die Oxymerie am Finger noch nicht erfunden. Man untersuchte die Patienten ohne Mundschutz und Gummihandschuhe.

Nächtlicher Notfall

Nachts um zwei riss mich der Pförtner per Telefon aus dem kurzen Schlaf: „Die Sanis bringen ein Luftnot-Kind!“ Ich hastete aus dem Schlafräum unterm Dach in die Notfallambulanz im Keller. Warum fuhren die in die HNO und nicht in die Kinderklinik? Klar, Luftnot war ein HNO-Fall, das konnten die in der Kinderklinik nicht.

Notfallkoffer geöffnet, Sauerstoffflasche aufgedreht, Intubation vorbereitet, McIntosh aufgeklappt, Glühlämpchen geprüft, das alte starre „Notfallrohr“ nach Brünnings dazugelegt, irgendwie lag auch der von uns „Notfallstachel“ genannte Trokar nach Denker-Ueckermann so gut in der Hand und machte Mut. Die Worte aus dem „Heinzler“ zur Coniotomie sausten mir durchs Hirn: querschneiden, längsschneiden, Deckel von der Füllerkuppe abdrehen, Röhre einführen. „Na Danke, immer ich. Wo bleibt die Nachtschwester?“

Mit Blaulicht kam der Rettungswagen an. Die Sanitäter brachten einen kleinen Jungen. Er war lebendig und hustete, so schlimm konnte es also nicht sein. Der Erstbefund in der Kellerambulanz: minimaler Stridor, keine Zyanose, aber ein „richtig“ krankes Kind: schlapp, schläfrig, glühend vor Fieber. Also derzeit kein „Luftnotfall“, konnte aber noch zu einem werden.

Beide Eltern waren anwesend, die Mutter saß im Krankenwagen mit dabei, der Vater war wegen Platzmangel im eigenen VW-Käfer gefahren.

Kurzanamnese des Jungen: Fünf Jahre alt, seit einer Woche krank, Fieber, Halsschmerzen, seit zwei Stunden „ziehender Atem“.

Die klassische HNO-Untersuchung mit dem Stirnreflektor gelang zumindest an den Ohren komplikationslos. Nichts besonderes, Trommelfell zart gerötet, kein Paukensekret.

Die Nasenuntersuchung war da schon schwieriger, da der Junge seinen Kopf ständig seitlich wegdrehte. Bis zum unteren Muschelkopf waren rosa Schleimhäute zu sehen, aber kein pathologisches Sekret.

Der Mund des Jungen war absolut dicht. Kein Öffnen, auch nicht bei gutem Zureden der Eltern. Stattdessen Hautinspektion: kein Exanthem, aber dicke Lymphknoten im Unterkieferwinkel, zudem ein seltenes „Schlucken über den Berg“. Wohl eine Angina.

Mittlerweile war die Nachtschwester (Durchschnittsalter 60 bis 70) gekommen, ebenfalls müde. Es war in diesem Hause unüblich die Nachtschwester zu rufen, nur wenn operiert werden musste, hatte man „Anrecht“ auf sie.

Die Eltern wurden ins Wartezimmer beordert, die Schwester fixierte das Kind, aber so richtig! Mit dem Mundspatel wurden die Lippen angehoben, durch den Überbiss wurde der Spatel relativ leicht an den Zähnen vorbei, weiter nach hinten geschoben und dann, als das krampfhaft Zubeißen erlahmte, der Mund „aufgehebel“. Durch Querstellung des Mundspatels erhielt man so eine immerhin 12mm breite Mundöffnung.

Der Befund: Dicke Tonsillen, schmutzig weißlich belegt, Uvula nicht zu sehen, eingeklemmt, Rachenhinterwand verlegt, keine besondere Gaumenrötung.

Was ist „schmutzig weißlich“?

Das Kind fing an zu würgen und übergab sich im Schwall. Der Kittel war voll, Behandlungseinheit und Fußboden verdreckt, die Nachtschwester sauer – und alles was von fünf Sekunden klinischer Blickdiagnose übrig blieb, war eine bange Frage: „Angina ja, aber welche? Etwa Diphtherie?!? Ist der leichte Stridor ein beginnender Krupp?“

Raus ins Wartezimmer zu den Eltern: „Ist das Kind gegen Diphtherie geimpft?!?“ Das wussten sie nicht, der Impfpass war zu Hause.

Als junger Arzt kannte man damals auch ohne Multiple Choice alle möglichen Differenzialdiagnosen. Jede Krankheit war aus dem Buch bekannt, es fehlte nur das Wissen über die Häufigkeit des Auftretens. Und da die „Alten und Erfahrenen“ immer von ihren sel-



© Dr. Wolf Lübbers, Hannover

Abbildung 2: Francisco de Goya, Diphtherie



© Dr. Wolf Lübbers, Hannover

Abbildung 3: Tracheotomiebesteck um 1900

tenen Kolibri-Fällen erzählten, könnte es ja sein, dass man nachts um zwei Uhr mal auf etwas Seltenes trifft.

Wie war das noch in den Büchern: Gaumensegellähmung? War nicht zu beurteilen bei den dicken Klöpsen. Waren die Beläge fibrinös, schmutzig weißlich, bei Berührung leicht blutend? Was ist schmutzig weißlich? Nie vorher gesehen, zum Berühren der Beläge war keine Zehntelsekunde Zeit.

„Frühkindlich erworbene Angstneurose“?

Im Rücken wurde es feucht und kalt. Angstschweiß stand auf der Stirn. Panik. „Wo bekomme ich Antiserum her, wenn das wirklich...? Was ist mit dem Hygieneproblem des Erbrochenen? Was ist mit der Meldepflicht an Krankenhausleitung und Gesundheitsamt? Umgebungsunter-

suchung? Würde der Chef dann wieder sagen: „Na, was hast Du denn mir da heute Nacht für ein Ei in das einzige Einzelzimmer gelegt?“

Nach dem zweiten Weltkrieg wäre der eigene HNO-Vater fast an einer Rachen-Diphtherie gestorben. Bei ihm in der Praxis hing seitdem eine Postkarte mit dem Bild von Goya (Abb. 2). „Familiär induzierte frühkindlich erworbene Angstneurose!“ Aber die Mutter hatte damals 1950 erzählt, der Abstrich war „positiv“. Drei Wochen habe ich damals meinen Vater im „Isolierhaus in Quarantäne“ durch eine dicke Glasscheibe gesehen. Mein einziger Diphtheriefall bisher. Jetzt der zweite?

Dann der Einfall: Abstrich! Weitere Untersuchungen anzuordnen ist immer gut. Das beansprucht Zeit, die man dann zum Nachlesen hat, zudem ist der Ab-

strich bei Diphtherieverdacht indiziert.

„Schwester, wir (!) machen einen Abstrich auf Diphtherie!“ Die Schwester protestierte. „Das arme Kind noch mal quälen? Der hat nie 'ne Di. Der stinkt (sic!) doch noch nicht. Der hat Kakao getrunken, kucken Sie mal ihren Kittel an. Das Wurm hat ne stink (sic!) normale Mandelentzündung – und für so was holen Sie mich aus dem Bett!“

Richtig, da war doch noch was. Das „Wurm“ hatte wirklich inklusive Erbrochenem „normal“ gerochen, nicht „süßlich“ wie es im Lehrbuch stand. Aber: was ist süßlich riechen für einen jungen unerfahrenen Assistenzarzt im zweiten Monat seiner Facharzt Ausbildung, sollte ich das Zeug auch noch schmecken?

Nachdem die Schwester das Abstrichröhrchen geholt hatte, wurde der Mund wieder mit dem bewährten Trick aufgehebelt. Der Abstrich gelang unter erneutem Würgen, von wo auch immer. Schnell wurde ein Kurz-Konsilbericht mit der Hand geschrieben, inklusive Transportschein und Überweisung an die Kinderklinik. Das Abstrichröhrchen wurde mitgegeben. Die Kinderklinik hatte für das Labor eine MTA, auch in der Nacht. Musste man den Krankenwagenfahrern sagen, dass der Transportwagen wegen Diphtherieverdacht nach dieser Fahrt besonders desinfiziert werden muss?

Im Zweifel: Verlegen!

Wieder so ein alter Medizinertrick: Verlegen! Der Trick war auch schon Jahre vor den 1978 veröffentlichten Anweisungen im Medizinerklassiker „House of God“ bekannt. Die diensthabende Kollegin in der Kinderklinik hat dann noch in der Nacht angerufen und gefragt, ob ich wirklich meine, dass der Junge eine Diphtherie haben könnte und ob ich schon mal „Eine“ gesehen hätte. Ich habe dann gesagt: „Warten wir erst mal den Abstrich ab“. Und als ich den Telefonhörer aufgelegt hatte, kamen die Gedanken doch wieder: und was wenn das doch eine Diphtherie ist?

Der erste Arzt ist für die Weichenstellung verantwortlich. „Bei Diphtherieverdacht sofort Serum auch ohne Erregernachweis“ heißt es. Die Bildzeitung

würde schreiben: „Würgerbakterie in HNO-Klinik, Arzt ahnungslos!“ Ich konnte nicht einschlafen. Das arme Kind, die armen Eltern, ich wäre der Schuldige. Unterlassene Hilfeleistung im Notdienst, Rechtsanwalt, Gerichtsverfahren, Approbationsverlust.

Bei der Morgenbesprechung mit dem Chef habe ich dann gesagt, es wäre eigentlich nichts Besonderes gewesen. Nur ein fünfjähriger Junge mit einer Angina, dem es aber nicht so gut ging, deswegen habe ich ihn in der Kinderklinik zur weiteren Abklärung vorgestellt. Der Chef hat „ok“ gesagt, dann haben wir uns gewaschen und ich durfte bis 14 Uhr Haken halten bei einer Laryngektomie mit doppelseitigem Neck und habe alle üblichen Fragen des Chefs zum Verlauf des Musculus omohyoideus richtig beantwortet. Zum Abschluss habe ich meine 25-Betten-Station „abgesaugt“, verbunden und vertröstet. Um acht Uhr abends war ich dann nach 36 Stunden wieder zu Hause. Obwohl die Kinderklinik nicht angerufen hatte, bekam meine Frau keinen Begrüßungskuss wegen der möglichen Ansteckungsgefahr. Ich hab auch nicht viel gesagt und bin gleich ins Bett gegangen.

Es hat später auch nichts in der Zeitung gestanden und von der Kinderklinik haben wir nie einen Brief bekommen.

Das sind die „gestohlenen“ Nächte der Ärzte. Nächte, die man nie wiederbekommt. Seit dieser Nacht finde ich alte Krankenschwestern, die noch gut riechen können besser als junge, die nur gut riechen.

Anmerkung: Eine akute Rachendiphtherie hat keiner von beiden Autoren bis heute gesehen. Gott Sei Dank!

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Wolf Lübbers
Herrenhäuser Markt 3
30419 Hannover

Dr. med. Christian W. Lübbers
HNO-Klinik des Klinikums Dachau
Amper Kliniken AG
Krankenhausstr. 15
85221 Dachau

Kleine Diphtherie-Historie

Vor der Einführung des Diphtherieheilsersums (1891–1894) gab es im Deutschen Reich 60.000 Sterbefälle durch Diphtherie bei einer Einwohnerzahl von etwa 47 Millionen.

Alein in Berlin betrug im Jahre 1888 nach Rudolf Virchow die Zahl der an Diphtherie erkrankten Personen 4.108. In der Altersgruppe der 3- bis 15-jährigen forderte die Diphtherie damals die meisten Todesopfer vor allen anderen schwerwiegenden Erkrankungen im Kindesalter (Scharlach, Masern, Keuchhusten) (nach M. Behrends, 2004)

1975 galt die Diphtherie in Deutschland als ausgerottet. Vereinzelt wird bis heute von erneutem Auftreten berichtet.

Nach Angabe des Robert Koch Institutes hat es von 1997 bis 2007 16 nachgewiesene Fälle von Diphtherie in Deutschland gegeben, davon zwei bei Kindern.

Am 19.8.2007 wurde in Erfurt bei einer 81-jährigen Patientin eine Rachen-diphtherie sicher diagnostiziert. Der Rachenabstrich bei ihrer Hauskatze war negativ.