

Frauen in der Arbeitswelt

Aktuelle Probleme berufsbedingter Infektionskrankheiten

Grundsätze arbeitsmedizinischer Begutachtung

Arbeitsmedizinisches Kolloquium der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Bericht über die 26. Jahrestagung
der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e.V.,
unter Mitwirkung des Verbandes
Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.
– Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner –
in Verbindung mit dem Hauptverband
der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V., Bonn
Hamburg, 7. bis 10. April 1986

Herausgegeben von
Prof. Dr. med. D. Szadkowski, Hamburg

Gentner Verlag Stuttgart

Akute und subakute exogen-allergische Alveolitis bei Austernpilzzüchtern – Gefährdung und ausgewählte Kasuistik –

B. Betz

In Hamburg wurden 1974 arbeitsplatzbedingte Atemwegserkrankungen in einer kleinen Austernpilzzucht beobachtet. In den folgenden Jahren gelang den Hamburger Allergologen der immunologische Nachweis, daß es sich hierbei um eine Typ III-Allergie mit dem Krankheitsbild der exogen-allergischen Alveolitis (e.a.A.) handelt [2, 3].

1983 wurde in Weiden die größte Zuchtanlage der Welt für den Speisepilz *Pleurotus*, auch Austernpilz oder Austernseitling, gebaut. Auf 10 000 qm in 79 Hallen wurden 1984/1985 100 000 kg Austernpilze monatlich produziert. Über 100 Mitarbeiter waren dort beschäftigt und wurden vom Autor arbeitsmedizinisch betreut. Dabei konnte die hohe allergische Potenz der Austernpilzsporen bestätigt und zahlreiche akute und subakute Erkrankungsfälle beobachtet werden. So wiesen 80% der Erntearbeiterinnen und 40% der Sortierarbeiterinnen Symptome einer beginnenden e.a.A. auf. Über die Untersuchungsergebnisse und die eingeleitete Prävention wurde im Oktober 1985 in einer Übersichtsarbeit [1] berichtet.

Im Vortrag werden die Arbeitsplätze, die Gefährdungsmöglichkeiten und die Prävention im Bild gezeigt. An drei Kasuistiken aus mittlerweile mehr als ein Dutzend Erkrankungsfällen, die zur Arbeitsaufgabe führten, wird der Ablauf der Erkrankung von Arbeitsaufnahme über diagnostische und therapeutische Irrwege bis zur Arbeitsaufgabe dargestellt.

Nach einem patentierten Verfahren werden die Pilze auf Stroh mit geringem Heuanteil gezüchtet. Das Stroh und Heu wird von umliegenden Landwirten in die Strohaufbereitungsanlage gebracht. Dort wird es zerkleinert und maschinell in Gärungscontainer umgefüllt. Hier tritt ein Zersetzungsprozeß ein, der die für den Speisepilz pathogene Keime und Schimmelpilze vernichtet. Dieses Substrat wird mit importierter Brut gespickt und in Plastiksäcke abgefüllt. Die Säcke werden auf Transportwagen aufgespießt und in die Anwachshallen gebracht. In den Anwachshallen durchwächst das Pilzmycel den gesamten Inhalt des Sackes in ca. 3 Wochen. In den Erntehallen wachsen die Pilze traubenförmig aus den Perforationen des Sackes. Die reifen Pilze werden gepflückt, ein Vorgang mit großer Sporenexposition. Atemschutzmaske und Handschuhe sind unumgänglich. Die Pilze werden in Körben abgelegt und in die Sortieranlage gebracht. Die Pilze werden auf ein Förderband mit Absaughaube gelegt. Die Sporenmenge in der Luft der Sortieranlage beträgt nur noch 10% der Konzentration der Erntehallen. Nachdem die

Pilze nach Größe und Qualität in Verkaufssteigen sortiert sind, folgt ein abschließendes Auswiegen. Bei der anschließenden Lagerung in der Kühllhalle, bei Versand, Verkauf, Zubereitung und Genuß wurden keine gesundheitlichen Probleme beobachtet.

Bei den nachfolgenden Casus handelt es sich um Arbeiterinnen in der Austermpilzernte: Frau K., 23 Jahre, Einstellung November 1984, Sonnenallergie bekannt, vor 3 Monaten Entbindung. Untergewichtig. Vitalkapazität 126%, AST 80% des VK. Erste routinemäßige Nachuntersuchung 9 Wochen nach Arbeitsaufnahme: 6 Wochen nach Arbeitsaufnahme habe sie eine „Grippe“ und eine „Sinusitis“ gehabt. Internistische Behandlung. Seit 14 Tagen arbeite sie wieder, klagt aber noch über einen Thoraxschmerz rechts basal, über Husten, der sich nachts verstärkt, Schwitzen und nächtliche Dyspnoe, die erst gegen Morgen besser werden. Gegenüber der Einstellungsuntersuchung geringe Gewichtsabnahme, diskrete Lippenzyanose; feine beidseitig basale Krepitation. Vitalkapazität auf 96% gefallen, AST weiterhin 80% der VK. Ein Wechsel auf einen Arbeitsplatz ohne Sporenexposition wird empfohlen. Die gleichzeitig veranlaßte immunologische Untersuchung, deren Ergebnis erst Wochen später vorliegt, ergibt eine schwach positive Reaktion im Immunfluoreszenztest. 1 Woche nach dieser Untersuchung wird Frau K. wegen eines Tbc-Verdaches langfristig krank geschrieben. Der Verdacht des Pulmonologen gründet sich auf einen geringen Pleuraerguß links, eine stark beschleunigte BSG und eine mittlerweile eingetretene Tuberkulinkonversion. Die begonnene tuberkulostatische Behandlung wurde aufgegeben, da Frau K. inzwischen schwanger und auch klinisch schnell ohne Befund war. 4 Monate nach Erkrankungsbeginn Arbeitsaufnahme. Nach drei Stunden Arbeit Luftnot, Auswurf, Husten, die Beschwerden bessern sich erst gegen Morgen des nächsten Tages. Erneute Krankenschreibung. 5 Tage nach diesem „Expositionsversuch“ arbeitsmedizinische Untersuchung. Subjektiv und objektiv ohne Symptome, VK 115%, AST 80%, BSG 30/76 (war zwischenzeitlich normal), Leuko 14 800. Antikörpertiter 1 : 40 gegen Sporen der Pleurotushybride H7. BK-Anzeige, Arbeitsaufgabe.

Frau G., 36 Jahre, Einstellung März 1984. Erste Untersuchung 6 Wochen nach Arbeitsaufnahme. Unauffällige Anamnese. Seit 2 Wochen heisere Stimme, abends Husten, Brustschmerz, Engegefühl, Luftnot, morgens geringer, zäher Auswurf. Leises Knisterrasseln links basal, VK 107%, AST 71% der VK, BSG 14/35; Immunglobuline o. B. Auflage: Atemschutz zwingend erforderlich. Nachuntersuchung nach weiteren 6 Monaten. Seit sie Atemschutz trage, sei sie beschwerdefrei, VK 102%, AST 95% der VK. Kontrolle nach weiteren drei Monaten: Sie trage konstant Atemschutz und sei beschwerdefrei. Sie hustet unter der Untersuchung, geringer Gewichtsverlust, sonst kein körperlicher Befund, VK 106%, AST 77% der VK. Erkennbare Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes. Serumentnahme zur Antikörperbestimmung. Bevor das positive Ergebnis eintrifft, sucht Frau G. wegen vermehrtem Husten und Krankheitsgefühl den Lungenfacharzt auf. Er findet im rechten Mittel- und Unterfeld nur wenig dichte, sehr diskret angedeutete

wolkige, inhomogene Einlagerungen. Arbeitsplatzwechsel und BK-Anzeige. Frau N. 33 Jahre, Einstellung Februar 1985, fragliche einmalige allergische Hautreaktion im 15. Lebensjahr, unauffälliger Befund. VK 112%, AST 95% der VK. 3 Monate nach Arbeitsaufnahme Nachuntersuchung auf Veranlassung des Betriebes, da Frau N. seit 4 Wochen arbeitsunfähig krank sei. Sie berichtet, daß sie ca. drei Wochen nach Einstellung meistens frühabends mehrere Stunden nach Arbeitsende rauhen Hals, Husten, retrosternalen Schmerz, Atemnot, Fieber bis 40 ° und gelegentlich „Schüttelfrost“ bekommen habe.

Hausärztliche Behandlung und Krankschreibung (d. h. Expositionsprophylaxe) brachten Beschwerdefreiheit, allerdings seien die Symptome noch am Abend des ersten Arbeitstages nach Ablauf der Arbeitsunfähigkeit in gleicher Weise aufgetreten. Das hat sich noch dreimal wiederholt. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung liegt der vierte Arbeitsversuch eine Woche zurück. Frau N. ist von kranken AZ, geringe Gewichtsabnahme, fahlblasse Haut, halonierte Augen, über beiden Lungen basal feinblasiges Knisterrasseln. VK auf 93% gesunken, AST gleichbleibend 90% der VK (eine typische Konstellation!). Der Antikörper-Titer zeigt eine mittelstark positive Reaktion auf Pleurotussporen. BK-Anzeige, Aufgabe der Arbeit.

So lehrbuchtypisch [4] dieser Casus ist, kam es in allen Fällen zu einer ebenso typischen Fehldiagnose des erstbehandelnden Arztes, der einen respiratorischen Infekt, Bronchitis oder Grippe annahm und immer mit großem und promptem Erfolg therapierte. Nicht die Medikamente, aber die Krankschreibung brachte durch die Expositionsprophylaxe schon am nächsten Tag erkennbare Besserung!

Literatur

- [1] *Betz, B.*: Austernpilzzüchterlunge – Klinik und Prävention einer Form der exogen allergischen Alveolitis. *Arbeitsmed. Sozialmed. Präventivmed.* 20, 241–244 (1985).
- [2] *Noster, U., Hausen, B. M.* et al.: Pilzzüchterlunge durch Speisepilzsporen. *Dtsch. med. Wschr.* 101, 1241–1245 (1976).
- [3] *Noster, U., Schulz, K. H.* und *Hausen, B. M.*: Immunfluoreszenz-Test in der Diagnostik der „Pilzzüchterlunge“. *Dtsch. med. Wschr.* 103, 655–657 (1978).
- [4] *Sennekamp, H.-J.*: Exogen allergische Alveolitis und allergische bronchopulmonale Mykosen: Stuttgart–New York 1984.