Beidseitige pulmonale Verschattungen

Schwierige Ursachensuche mit überraschendem Ergebnis

Eine 39-jährige Frau (Raucherin, 20 Packungsjahre) stellte sich mit subfebrilen Temperaturen, Mattigkeit und thorakalem Stechen seit drei Monaten vor. Eine Antibiose mit Amoxicillin musste wegen eines Ganzkörperexanthems abgebrochen werden.

Die klinische Untersuchung war bis auf eine leichte Temperaturerhöhung (38,1 °C rektal) unauffällig. Im Labor fanden sich mäßig erhöhte Entzündungsparameter (BKS 35/55, CRP 2,4 mg/dl). Die Röntgen-Thoraxaufnahme zeigte eine rundherdartige Verdichtung im rechten Unterfeld (Abb. 1) sowie eine weitere, mehr infiltrative Verschattung, die nur in der seitlichen Aufnahme in Projektion auf den BWK 8 sichtbar war.

Eine erneute antibiotische Therapie mit Moxifloxacin 400 mg täglich über eine Woche erbrachte keine Besserung. Das daraufhin veranlasste Thorax-CT (Abb. 2a) zeigte, dass der linke Herd breitbasigen Kontakt zur Pleura hatte (Abb. 2b). Ansonsten zeigte das CT keine weiteren Auffälligkeiten.

Schwierige Diagnosefindung

Die Bronchoskopie brachte in den transbronchialen Biopsien keinen klaren Befund. Nach mehreren Nachfärbungen und Referenzgutachten einigten sich die Pathologen auf den Verdacht einer Cryptococcusinfektion. Hinweise auf ein malignes Geschehen oder eine Tuberkulose ergaben sich nicht.

Nachdem sich bei unserer Patientin keinerlei Anhaltspunkte für eine Immunschwäche ergaben, wurden – nach Rücksprache mit Pathologen und Mikrobiologen – unter dem Verdacht auf eine seltene Infektionserkrankung erneut transbronchiale Biopsien entnommen und auf spezielle Kulturböden gesetzt. Dabei konnte die Diagnose einer pulmonalen Aktinomykose gestellt werden.

Eine antibiotische Therapie mit Doxycyclin 100 mg (bei bestehender Penicillinunverträglichkeit) wurde eingeleitet. Nach insgesamt zehnmonatiger Therapie waren die pulmonalen Infiltrate bis auf kleine Narben abgeheilt, und die Patientin war wieder völlig beschwerdefrei.

Fazit für die Praxis

Die Aktinomykose der Lunge ist ein seltenes Krankheitsbild. Die Diagnose ist aufgrund der schwierigen Darstellung in Histologie und Mikrobiologie mühsam und dauert in der Regel Monate. Oft wird aufgrund eines Tumorverdachts operiert und

Abb. 1: In der Röntgen-Thoraxaufnahme p.-a. zeigte sich eine rundherdartige Verdichtung im rechten Lungenunterfeld.

Abb. 2a: Auch im Thorax-CT mit Kontrastmittel stellte sich der rechte Rundherd dar.

Abb. 2b: Linker Herd (Pfeil) mit breitbasigem Kontakt zur Pleura.

die Diagnose dann am OP-Präparat gestellt. Wie sich in diesem Fall zeigte, ist bei seltenen Entitäten und ungewöhnlichen Verläufen die persönliche Diskussion mit Pathologen und Mikrobiologen erhellend und zielführend.

Dr. med. Gerd Bourgeois

Pneumologie im MVZ Dachau

Quelle: „Forum Lunge“, DGP-Kongress 2010