Berufsanamnese war wegweisend

Vom gastroenterologischen zum pneumologischen Patienten

Wegen unklarer Oberbauchbeschwerden bei Verdacht auf eine Raumforderung im Pankreasbereich wird bei einem 67-jährigen Patienten eine Computertomografie des Abdomens durchgeführt. Dabei finden sich zufällig pleurale Plaquebildungen.

Der Patient klagte über rezidivierende ziehende Schmerzen im Oberbauch. Sonografisch wird der Verdacht auf eine Raumforderung im Pankreasbereich gestellt. Daraufhin wird eine abdominale Computertomografie durchgeführt.

Dabei ergibt sich hinsichtlich der intraabdominellen Organe kein pathologischer Befund. In den mit angeschnittenen Teilen der Lunge und Pleura finden sich massive, zum Teil tafelfartige Plaquebildungen, teilweise mit kleinen Verkalkungen. Angesichts dieses unklaren Befundes wird der Patient zur weiteren pneumologischen Diagnostik überwiesen.

Wichtige Hinweise durch die Berufsanamnese

Vonseiten der Lunge ist der Patient beschwerdefrei. Er beklagt keinen Husten, keinen Auswurf, keinen Gewichtsverlust und keine Nachtschweißsymptomatik. Bei der klinischen Untersuchung ergeben sich ebenfalls keine Auffälligkeiten.

Laborchemisch kann ein Entzündungsgeschehen ausgeschlossen werden. Die Berufsanamnese ergibt, dass der Patient über 20 Jahre in einer Alugießerei tätig war und ein regelmäßiger Asbestkontakt bestand.

Typischer radiologischer Befund

Die Blutgasanalyse ergibt sowohl in Ruhe als auch unter Belastung eine Normoxämie und Normokapnie. Bei der Lungenfunktionsdiagnostik findet sich eine leichte Obstruktion bei langjährigem Nikotinabusus. Die Röntgenthoraxaufnahme zeigt pleurale Abschattungen im Bereich des linken Mittelfeldes thoraxwandnah, darüber hinaus diskrete dystelektatische Bezirke im Bereich des rechten Unterlappens. Ansonsten ist das Lungenparenchym frei von pneumonischen Infiltraten und tumorsuspekten Herden.

Das HR-CT zeigt ebenfalls teilverkalkte pleurale Plaquebildungen disseminiert über allen Lungenlappen beidseits, ver-

Pleurale Abschattungen im linken Mittelfeld und dystelektatische Bereiche im rechten Unterfeld.

einbar mit einem pleuralen Befall einer Asbestose. Zusätzlich werden knotige Verdickungen im Bereich des Mittellappenspaltes, alveoläre Konsolidationen im lateralen Mittellappensegment sowie beginnende fibrosierende Veränderungen in beiden dorso-basalen Unterlappen beschrieben als Ausdruck einer beginnenden pulmonalen Beteiligung der Asbestose.

Die Fiberbronchoskopie ergibt Zeichen einer leichten chronisch atrophischen Bronchitis. Auch die bronchoalveoläre Lavage zeigt eine mäßig aktive Entzündungsreaktion ohne Nachweis von Tumorzellen. Insgesamt ergibt sich kein Hinweis für ein Pleuramesotheliom.

Dr. med. Peter Stiefelhagen

Fazit

Bei unklaren pleuralen Plaquebildungen und intrapulmonalen fleckigen Verschattungen sollte immer eine Asbestose diskutiert werden. Die ausführliche Berufsanamnese kann die entscheidenden diagnostischen Hinweise liefern.