Anhaltender Husten und verdächtige Schatten im Röntgen-Bild

Pneumonie, Lymphom oder Metastasen?

Ein 20-jähriger, bisher gesunder Patient klagt über ein beeinträchtigtes Allgemeinbefinden mit anhaltendem Husten ohne Auswurf bei subfebrilen Temperaturen. Die Röntgen-Thoraxaufnahme zeigt deutlich prominente Hili und infiltrative Veränderungen im Bereich beider Lungenflügel. Differenzialdiagnostisch werden ein malignes Lymphom, eine chronische Pneumonie und ein Tumorleiden diskutiert. Erst die invasive bronchoskopische Abklärung führt zur richtigen Diagnose.

◀ Der Röntgen-Thorax zeigt Hiluslymphome und ausgeprägte infiltrative Veränderungen beidseits.

Der Patient stellt sich bei seinem Hausarzt vor und gibt an, dass er seit einigen Wochen an einem chronischen Hustenreiz ohne Auswurf leide. Er fühle sich in seinem Allgemeinbefinden beeinträchtigt und habe gelegentlich subfebrile Temperaturen.

Unklare Verschattungen im Bereich beider Lungenflügel

Bei der klinischen Untersuchung ergibt sich kein organpathologischer Befund, insbesondere sind keine Lymphknoten palpabel. Über beiden Lungenflügeln wird vor allem im Bereich der Unterfelder ein leicht verschärftes Atemgeräusch auskultiert, jedoch keine Nebengeräusche. Bei den Laborparametern ist eine leicht beschleunigte BSG (35/57 mm nW.) und eine Erhöhung des CRP auf 8,4 mg/dl auffällig. Die übrigen Laborwerte (Transaminasen, Nierenretentionswerte, Blutbild) liegen im Normbereich. Die Röntgen-Thoraxaufnahme zeigt eine großfleckige Zeichnungsver-

mehrung mit Betonung des Mittelfeldes aber auch in den Oberfeldern sowie deutlich prominente Hili.

Ausgedehnte Lymphome

Anschließend wird eine Computertomografie des Thorax durchgeführt. Hier werden ausgedehnte mediastinale und beidseits hiläre Lymphome beschrieben. Darüber hinaus finden sich, vor allem im Bereich beider Unterlappen, aber auch im rechten Oberlappen, infiltrative Veränderungen mit einem positiven Bronchopneumogramm.

Differenzialdiagnostisch wird nun ein Lymphom bzw. eine lymphatische Systemerkrankung ebenso diskutiert wie eine chronische Pneumonie. Hinweise auf eine Tuberkulose bzw. auf Lungenmetastasen ergeben sich nicht.

Weitere invasive Abklärung

Bei der Bronchoskopie erscheint die Oberlappenkarina rechts verplumpt und aufgeweitet, ansonsten ist der endobron-

chiale Befund mit Einsehbarkeit in die Segmentbronchien bis auf Subsegmentniveau regelrecht. Der endobronchiale Ultraschall zeigt ausgeprägte segmentierte Lymphome beidseits hilär und subkarinal.

Die histologische Beurteilung der entnommenen transbronchialen Biopsien zeigt dicht gepackte epitheloidzelloidhaltige Granulome mit einzelnen mehrkernigen Riesenzellen, allerdings ohne Verkäsungen. Somit steht die Diagnose fest: Es handelt sich um eine pulmonale Sarkoidose vom Typ II. Passend zu dem Befund ist auch ACE im Serum und auch das Beta-2-Mikroglobulin deutlich erhöht.

Angeichts des akuten Krankheitsgeschehens wird zunächst keine medikamentöse Therapie eingeleitet, sondern eine Verlaufskontrolle empfohlen.

■ Dr. med. Peter Stiefelhagen

Fabula docet

Bei unklaren pulmonalen Infiltrationen sollte auch an eine Sarkoidose gedacht werden, insbesondere dann, wenn mediastinale oder hiläre Lymphome nachweisbar sind.