DER BESONDERE FALL

Verdacht auf schwere Pneumonie

Antibiotika wirkungslos – was nun?

Zunächst präsentierte sich das Krankheitsbild wie eine Pneumonie. Doch als Antibiotika keine Besserung brachten und zusätzlich ein Nierenversagen auftrat, geriet diese Diagnose ins Wanken. Die erweiterte Labordiagnostik und eine Lungenbiopsie brachten schließlich des Rätsels Lösung.

— Eine 67-jährige Patientin verspürte eine zunehmende Verschlechterung ihres Allgemeinbefindens mit Gewichtsabnahme und Abgeschlagenheit. Dazu kamen zunächst subfebrile, später febrile Temperaturen. Zusätzlich klagte die Patientin über leichtes rezidivierendes Nasenbluten. Als dann noch starker Husten und zunehmende Dyspnoe auftraten, erfolgte die stationäre Einweisung.

Abb. 1 Röntgen-Thorax Lunge: Beidseitige, linksbetonte Infiltrationen.

Abb. 2 CT-Thorax: Infiltrationen beider Lungenflügel.

Infiltrationen im Röntgen-Thorax

Bei der Aufnahme bestand bei der schwerkranken Patientin eine ausgeprägte Tachy- und Dyspnoe mit respiratorischer Partialinsuffizienz. Auskultatorisch fanden sich über dem rechten Lungenflügel ohrnahe klingende Rasselgeräusche. Das Sputum war leicht blutig tingiert. Im Labor zeigten sich eine dreistellig beschleunigte BSG sowie eine Erhöhung der Leukozytenzahl und des CRP-Wertes. Zusätzlich bestand eine leichte normochrome Anämie. Der Kreatinin-Wert betrug 1,5 mg/dl. Das Röntgen-Thorax-Bild (Abb. 1) zeigte in beiden Lungenflügeln ausgeprägte Infiltrationen, mit Betonung links.

Eine antibiotische Therapie mit Amoxicillin plus Ciprofloxacin führte zu keiner Besserung – im Gegenteil: die respiratorische Situation verschlechterte sich, sodass die Patientin intubiert und maschinell beatmet werden musste.

Eine Röntgen-Thorax-Kontrolle zeigte eine Zunahme der infiltrativen Veränderungen, die im CT noch ausgeprägter erschienen (Abb. 2). Lungenembolien konnten computertomografisch ausgeschlossen werden. Im Verlauf stiegen die Nierenretentionswerte weiter an, sodass eine Nierenersatztherapie nötig wurde.

Diagnoseweisende Immunparameter

Nun wurden eine Bronchoskopie mit transbronchialer Biopsie durchgeführt und umfangreiche serologische Untersuchungen veranlasst. Dabei zeigte sich ein sehr hoher Titer für c-ANCA (zytoplasmatische antineutrophile zytoplasmatische Antikörper). Die histologische Untersuchung der Biopsate ergab eine granulomatöse Polyangiitis. Somit stand

die Diagnose fest: Granulomatose mit Polyangiitis (früher: Morbus Wegener).

Unter einer immunsuppressiven Therapie mit Prednisolon plus Cyclophosphamid bildeten sich die pulmonalen Infiltrationen rasch zurück, die Patientin konnte extubiert werden. Die Dialysepflichtigkeit bestand zunächst weiter.

Facettenreiche Vaskulitiden

Vaskulitiden sind eine heterogene Gruppe von Erkrankungen, die mit Entzündung und Zerstörung der Gefäßwand einhergehen, was zu Gefäßokklusionen und Ischämien führt. Da alle Organe betroffen sein können, ist das Krankheitsbild sehr facettenreich. Symptome sind rheumatische Beschwerden, Augenentzündungen, Sehstörungen, Hautveränderungen wie Purpura oder Ulzerationen, blutiger Schnupfen, Bluthusten und Hämaturie. Dazu kommen Allgemeinsymptome wie Fieber, Nachtschweiß und Gewichtsabnahme. In der Lunge können Infiltrationen auftreten, und es kann zu Nierenversagen kommen. Diagnoseweisend ist der Nachweis von ANCA, bei Befall der großen Gefäße der typische Befund in der CT- oder MRT-Angiografie. Diagnostischer Goldstandard bei Kleingefäßvaskulitiden ist die Biopsie. ■

Dr. Peter Stiefelhagen

FABULA DOCET

Auch wenn alles zunächst für eine Pneumonie spricht, sollte ein fehlendes Ansprechen auf Antibiotika immer ein Anlass sein, die Diagnose nochmals kritisch zu hinterfragen. Dabei sollte differenzialdiagnostisch vor allem dann, wenn weitere Organbeteiligungen, insbesondere eine akute Niereninsuffizienz vorliegen, auch an eine Vaskulitis gedacht werden.