BLICKDIAGNOSE

© E. Coppenrath

Perihilär betonte, deutliche, fleckige Zeichnungsvermehrung im Röntgenthorax, vereinbar mit atypischen Infiltraten.

Stellen Sie uns Ihren Fall vor. Bei Veröffentlichung erhalten Sie **100 Euro!**
cornelius.heyer@springer.com

Patient mit Atemnot

So weit kann es ohne HIV-Therapie kommen!

— Ein 57-jähriger Elektriker, der ursprünglich aus Nigeria stammt, aber seit 15 Jahren in Deutschland lebt, stellte sich in der Notaufnahme der Klinik vor. Seit etwa einer Woche litt er unter Kraftlosigkeit, Atemnot bei Anstrengung, trockenem, zum Teil blutig tingiertem Husten und Fieber bis 38,5°C. Er berichtete davon, häufig zu frösteln und sich besonders warm anziehen zu müssen.

Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich ein Puls von 104/min, eine Atemfrequenz von 18/min in Ruhe, ein Blutdruck von 134/100 mmHg und eine Körpertemperatur von 38,0° C. Bei einer Körpergröße von 170 cm wog der Patient 66 kg. Die Auskultation und Perkussion der Lunge ergab normale Befunde. Beim Blick in den Mund fiel ein Mundsoor auf. Nach Vorerkrankungen gefragt, berichtete der Mann von einer seit zehn Jahren bekannten HIV-Infektion. Seit 2012 habe er keine anti-retrovirale Therapie (ART) mehr genommen – er habe sie nicht gut vertragen und glaube, dass sie ihm schade.

Das Labor ergab einen pO_2 -Wert von 60,3 mmHg, einen pCO_2 -Wert von 31,8 mmHg und einen pH-Wert von 7,45. Die Konzentration von LDH im Serum lag bei 316 U/l, die von CRP bei 6,7 mg/dl. Das Gesamteiweiß lag bei 8,6 g/dl. Im Röntgenthorax zeigte sich perihilär betont eine deutliche fleckige Zeichnungsvermehrung, vereinbar mit (atypischen) Infiltraten.

In der Zusammenschau ergibt sich die zwingende Verdachtsdiagnose einer Pneumozystis-jirovecii-Pneumonie (PjP)

bei fortgeschrittenem Immundefekt. Da dieser Erreger intra-alveolär vorkommt, kann er über eine Sputumdiagnostik häufig nicht erfasst werden. Notwendig ist eine Bronchiallavage. Hier zeigte sich ein positives Ergebnis für PjP. Im weiteren Verlauf ergab sich, dass die Helferzellen bei 4/ μ l lagen (normal > 400/ μ l) und dass die HI-Virusmenge bei 320.000 RNA-Kopien/ml lag.

Therapeutisch wurde über drei Wochen Cotrimoxazol i.v. in sehr hoher Dosis gegeben, flankiert von Prednisolon initial 2×40 mg p.o. in absteigender Dosierung. Die PjP-Therapie kann initial anstrengend sein, z. B. wegen des Auftretens einer oralen Candidiasis, einer HSV-Reaktivierung oder einer atypischen Mykobakteriose. Wenn es aber gelingt, die Motivation für eine ART zu fördern, kann sich selbst in einer solchen Situation die Immunität wieder hinreichend bessern.

Dieser Patient begann bereits in der zweiten Klinikwoche wieder eine ART – bei diesmal guter Verträglichkeit.

→ Prof. Dr. med. Johannes R. Bogner

Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Klinikum der Universität München, Ziemssenstr. 1, D-81377 München

→ Koautoren:

Dr. med. Daniela Steinert, wie oben; Dr. med. Eva Coppenrath, Institut für Klinische Radiologie, Klinikum der Universität München