

Patient mit dekompensierter Herzinsuffizienz

Lungenverschattung verschwindet unter optimierter Therapie

Das Röntgenbild eines älteren Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz zeigt neben der Lungenstauung auch eine homogene pleuranah Verschattung im rechten Lungenoberfeld. Sonografisch ergibt sich eine Flüssigkeitsansammlung, die sich nach der Intensivierung der diuretischen Therapie vollständig zurückbildet.

Bei dem 81-Jährigen ist eine chronische Linksherzinsuffizienz mit Linksschenkelblock bekannt, als deren Ursache neben einer hypertensiven Herzerkrankung auch eine diffuse KHK angenommen wird. Außerdem hat er sich vor Jahren bei einem Verkehrsunfall eine rechte Rippe gebrochen. In den letzten Jahren wurde der Patient mehrmals wegen einer linkskardialen Dekompensation mit Lungenstauung stationär behandelt.

Überraschung im Röntgen-Thorax

Eine erneute kardiale Dekompensation mit Dys-, Orthopnoe und Beinödemen führte notfallmäßig zur stationären Aufnahme. Das EKG zeigte einen regelmäßigen Sinusrhythmus mit Linksschenkelblock. Bei der Lungenauskultation wurden über beiden Lungenflügeln feinblasige Rasselgeräusche auskultiert.

Die Röntgen-Thoraxaufnahme zeigte kleine Pleurawinkelergüsse beidseits, verdichtete Hili mit Erweiterung der zentralen Lungenarterien und eine vermehrte intrapulmonale Gefäßzeichnung im Sinne einer Lungenstauung. Darüber hinaus fand sich im rechten Lungenoberfeld lateral pleuranah eine ca. drei Querfinger breite, nach medial scharf begrenzte homogene Verschattung. Auch die alte Rippenfraktur war noch erkennbar.

Echokardiografisch fand sich unverändert wie bei den Voruntersuchungen eine hochgradige Einschränkung der linksventrikulären Pumpfunktion mit einer pulmonal-arteriellen Hypertonie. Sonografisch zeigten sich, wie bereits röntgenologisch vermutet, Winkelergüsse beidseits. Die homogene Verschattung über dem rechten Lungenoberfeld stellte sich ebenfalls als Flüssigkeitsansammlung dar.

Fabula docet

Bei einer umschriebenen pleuranahen Verschattung im Lungenoberfeld sollte man an die Möglichkeit eines abgekapselten Ergusses bei entzündlicher Lungenerkrankung oder kardialer Dekompensation denken.



Abb. 1: Umschriebene homogene Verschattung lateral im Bereich des rechten Lungenoberfeldes.

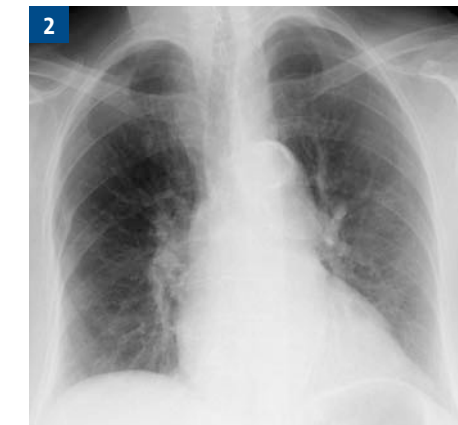


Abb. 2: Vollständige Rückbildung nach der Intensivierung der diuretischen Therapie.

Schnelle komplette Rückbildung

Nach der Intensivierung der diuretischen Therapie mit Furosemid i.v. und Fortführung der bereits eingeleiteten medikamentösen Therapie mit ACE-Hemmer, Betablocker und Spirolacton besserte sich der klinische Befund rasch. Auch die nach einigen Tagen angefertigte Röntgen-Thoraxkontrolle zeigte eine weitgehende Rückbildung sowohl der Pleurawinkelergüsse als auch der Lungenstauung. Überraschenderweise hatte sich auch die Verschattung über dem rechten Lungenoberfeld vollständig zurückgebildet. Somit hatte es sich hierbei ebenfalls um einen umschriebenen, kardial bedingten Pleuraerguss gehandelt.

Der stauungsbedingte Pleuraerguss über dem rechten Lungenoberfeld lässt sich nur durch eine umschriebene Pleuraadhäsion bzw. Schwarte erklären, die ein Absinken des Ergusses nach unten verhinderte. Sehr wahrscheinlich hatte die Rippenfraktur zu einer pleuralen Reaktion mit der Ausbildung einer umschriebenen Verschattung geführt.

Dr. med. Peter Stiefelhagen