

Hypertoniker mit V. a. Lungenstauung

Dyspnoe trotz diuretischer Therapie

Ein 81-jähriger Hypertoniker klagt über zunehmende Dyspnoe. Röntgenologisch findet sich eine strähnig-streifige Zeichnungsvermehrung im Bereich beider Lungenflügel. Entsprechend dem Echokardiografiebefund wird zunächst der Verdacht auf eine diastolische Herzinsuffizienz mit Lungenstauung geäußert. Doch nach Einleitung einer diuretischen Therapie tritt keine Besserung auf.

Bei dem 81-jährigen Patienten ist seit Jahren eine arterielle Hypertonie bekannt. Als vor mehreren Jahren eine tiefe Beinvenenthrombose mit beidseitiger Lungenembolie auftrat, wurde der Thorax geröntgt. Dabei ergab sich kein krankhafter Befund.

Zunehmende Dyspnoe

Jetzt gibt der Patient an, dass er seit einigen Monaten eine progrediente Dyspnoe-Symptomatik verspürt. Morgendlich besteht leichter Husten ohne Auswurf. Die Umwelthanamnese ist unauffällig.

Die klinische Diagnostik ergibt keinen pathologischen Befund, insbesondere keine Hinweise für eine kardiale Dekompensation. Im EKG und der Echokardiografie zeigt sich eine septumbetonte linksventrikuläre Hypertrophie mit guter linksventrikulärer Pumpfunktion und Hinweisen für eine diastolische Dysfunktion.

Röntgenologisch finden sich im Bereich beider Lungenflügel strähnig-streifige Verdichtungen mit Betonung der Unterfelder. Es wird an eine diastolische Herzinsuffizienz mit Lungenstauung gedacht und eine diuretische Therapie eingeleitet. Doch weder bezüglich der Symptomatik noch bezüglich des Röntgen-Thorax-Befundes zeigt sich bei einer Kontrolle eine Änderung.

Weitergehende pneumologische Diagnostik

Zur weiteren Abklärung erfolgt eine umfassende pneumologische Diagnostik. Die Lungenfunktionsuntersuchung ergibt eine schwere restriktive Ventilationsstörung ohne Hinweis auf eine Obstruktion. Die Blutgasanalyse zeigt eine Normoxämie und Normokapnie in Ruhe und eine leichte Hypoxämie bei Normokapnie unter Belastung. Das HR-CT zeigt ein basal betontes Honey-Combing, Traktionsbronchiektasen sowie milchglasartige Veränderungen.



Strähnig-streifige interstitielle Lungenveränderungen.

Bei der Fiberbronchoskopie finden sich diskrete Hinweise für eine chronische Bronchitis. Histologisch zeigt das Lungengewebe fibrosiertes Bindegewebe mit einzelnen binnengeweblich erweiterten Septen und vereinzelt Fibroblastenherden. In der bronchoalveolären Lavage findet sich eine gemischt-zellige Erhöhung der polymorphen nukleären Zellen.

Bei fehlenden Hinweisen für eine Systemerkrankung bzw. eine exogene Triggerung des Krankheitsbildes im Sinne einer exogenen allergischen Alveolitis wird die Diagnose einer idiopathischen pulmonalen Fibrose gestellt.

Für die Therapie dieser Erkrankung gibt es bisher kein Standardregime. Angesichts des guten Allgemeinzustandes des Patienten und der bislang nicht nachgewiesenen Progredienz der Erkrankung wird zunächst auf eine immunsuppressive Therapie verzichtet. Es wird eine Therapie mit ACC 1800 mg/Tag entsprechend den Ergebnissen der IFIGENIA-Studie eingeleitet.

Dr. med. Peter Stiefelhagen

Fazit

Eine interstitielle Lungenerkrankung im Sinne einer Lungenfibrose wird nicht selten zunächst als Lungenstauung bei Linksherzinsuffizienz verkannt. Deshalb sollte insbesondere, wenn eine diuretische Therapie nicht zur Besserung führt, eine umfassende pneumologische Diagnostik durchgeführt werden.