

Patient mit dekompensierter Herzinsuffizienz

Lungenverschattung verschwindet nach Optimierung der Therapie

Das Röntgenbild eines älteren Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz zeigt neben der Lungenstauung auch eine homogene pleuranahe Verschattung im Bereich des rechten Lungenoberfeldes. Sonografisch ergibt sich eine Flüssigkeitsansammlung.



Lungenstauung und unklare homogene Verschattung im rechten Lungenoberfeld.



Nach intensivierter Diurese ist auch die Verschattung verschwunden.

Bei einem 81-jährigen Patienten war seit vielen Jahren eine chronische Linksherzinsuffizienz mit Linksschenkelblock bekannt. Als Ursache wurde neben einer hypertensiven Herzerkrankung auch eine diffuse KHK angenommen. Vor vielen Jahren hatte sich der Mann im Rahmen eines Verkehrsunfalls eine Rippenfraktur rechts zugezogen. In den letzten Jahren wurde der Patient mehrmals im Rahmen einer linkskardialen Dekompensation mit Lungenstauung stationär behandelt.

Überraschung im Röntgen-Thorax

Eine erneute kardiale Dekompensation mit Dyspnoe, Orthopnoe und Beinödemen führte notfallmäßig erneut zur stationären Aufnahme des Patienten. Das EKG zeigte unverändert einen regelmäßigen Sinusrhythmus mit Linksschenkelblock. Bei der Lungenauskultation wurden über beiden

Lungenflügeln feinblasige Rasselgeräusche auskultiert.

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

Schnelle und komplette Rückbildung

Nach Intensivierung der diuretischen Therapie mit Furosemid i.v. und bei Fortführung der bereits eingeleiteten medikamentösen Therapie mit ACE-Hemmer, Betablocker und Spironolacton kam es rasch zu einer deutlichen Besserung des klinischen Befundes. Auch die nach einigen Tagen angefertigte Röntgen-Thorax-Kontrolle zeigte eine weitgehende Rückbildung sowohl der Pleurawinkelergüsse als auch der Lungenstauung. Überraschenderweise hatte sich auch die Verschattung über dem rechten Lungenoberfeld vollständig zurückgebildet. Somit konnte man davon ausgehen, dass es sich hierbei ebenfalls um einen umschriebenen, kardial bedingten Pleuraerguss gehandelt hatte.

Verdacht auf Pleuraadhäsion

Der stauungsbedingte Pleuraerguss über dem rechten Lungenoberfeld lässt sich nur durch eine umschriebene Pleuraadhäsion bzw. Schwarte erklären, die ein Absinken des Ergusses nach basal verhindert. Bei der Vorgeschichte dürfte die Rippenfraktur rechts sehr wahrscheinlich zu einer pleuralen Reaktion mit Ausbildung einer umschriebenen Verschattung geführt haben.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Fabula docet

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