

Progrediente Belastungsdyspnoe



Abbildung 1: Alveolarproteinose im HRCT mit „Crazy Paving“ – Frontalebene.

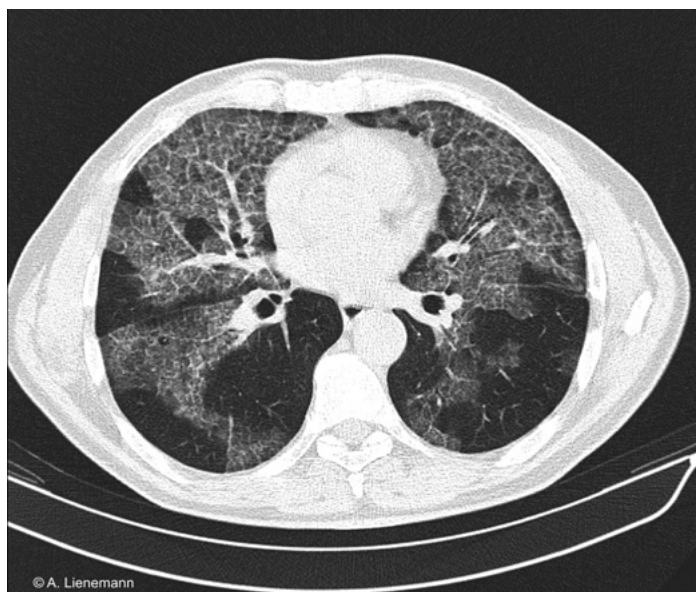


Abbildung 2: Alveolarproteinose im HRCT – Transversalebene.

Anamnese

Ein 62-jähriger Patient wird zur weiteren Abklärung eines Verdachts auf interstitielle Lungenerkrankung stationär aufgenommen. Er berichtet über eine seit zwei Jahren progrediente Belastungsdyspnoe, unproduktiven Reizhusten sowie eine verminderte Leistungsfähigkeit. B-Symptomatik wird verneint. An Vorerkrankungen ist bei ihm eine chronische lymphatische Leukämie Binet A (CLL) vorbekannt, welche ohne Behandlungsbedürftigkeit sei und regelmäßig kontrolliert würde.

Verlauf

Im ambulanten zweijährigen Krankheitsverlauf wurde bereits dreimalig eine Schnittbildgebung mittels High-Resolution Computertomografie (HRCT) durchgeführt, welche jeweils ein stets vergleichbares „Crazy Paving“-Muster zeigte (Milchglastrübungen mit eingestreuten verdickten Interlobulärsepten – siehe Abbildung 1 und 2). Auch wurde nach einer bronchoalveolären Lavage (BAL) bei Verdacht auf kryptogen-organisierende Pneumonie bereits ein Prednisolon-Stoß verabreicht. Klinisch, lungenfunktionell und bildmorphologisch zeigte sich kein Ansprechen, sodass aktuell die stationäre Einweisung in unsere Lungenfachklinik zur weiteren Abklärung initiiert wurde.

Stationär erfolgte eine erneute Bronchoskopie mit BAL sowie Entnahme endoskopisch ultraschallgesteuerter Biopsien (EBUS-TBNA) und transbronchialer Biopsien (TBB) insbesondere auch zum Ausschluss etwaiger Malignität. Bei bereits bildmorphologisch hochgradigem Verdacht auf eine Alveolarproteinose fand sich eine milchige, proteinreiche BAL mit PAS-positiven, eosinophilen Niederschlägen. Anti-GM-CSF-Antikörper als Hinweis auf eine primäre Alveolarproteinose ließen sich nicht nachweisen. Es zeigte sich in der Lungenfunktion keine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung und eine mittelgradige Diffusionsstörung.

Fazit

In Zusammenschau aller Befunde gehen wir von einer sekundären Alveolarproteinose im Rahmen der vorbekannten hämato-onkologischen Grunderkrankung aus. Differenzialdiagnostisch wäre aufgrund des CT-grafischen Befunds auch an ein „Acute Respiratory Distress Syndrome“ (ARDS), eine akute interstitielle Pneumonie (AIP) oder an eine anderweitige Infektion (zum Beispiel unter anderem SARS-CoV-2) zu denken. Als Therapieempfehlung wird

für diesen Patienten eine Behandlung seiner B-CLL empfohlen und ambulant bei seinem betreuenden Onkologen durchgeführt. Sollte sich im Verlauf der Therapie eine klinische/funktionelle Verschlechterung aufzeigen, wäre zusätzlich die Indikation für eine Ganzlungenlavage gegeben. Diese gilt als Standardtherapie für die primäre Alveolarproteinose.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter www.bayerisches-aerzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Autoren

Dr. Nina Zitzler
 Professor Dr. Michael Pfeifer
 Dr. Stefan Blaas
 Dr. Benedikt Pregler
 Dr. Arno Mohr

Krankenhaus Donaustauf,
 Zentrum für Pneumologie,
 Ludwigstraße 68,
 93093 Donaustauf