

# Interstitielle Lungenerkrankung

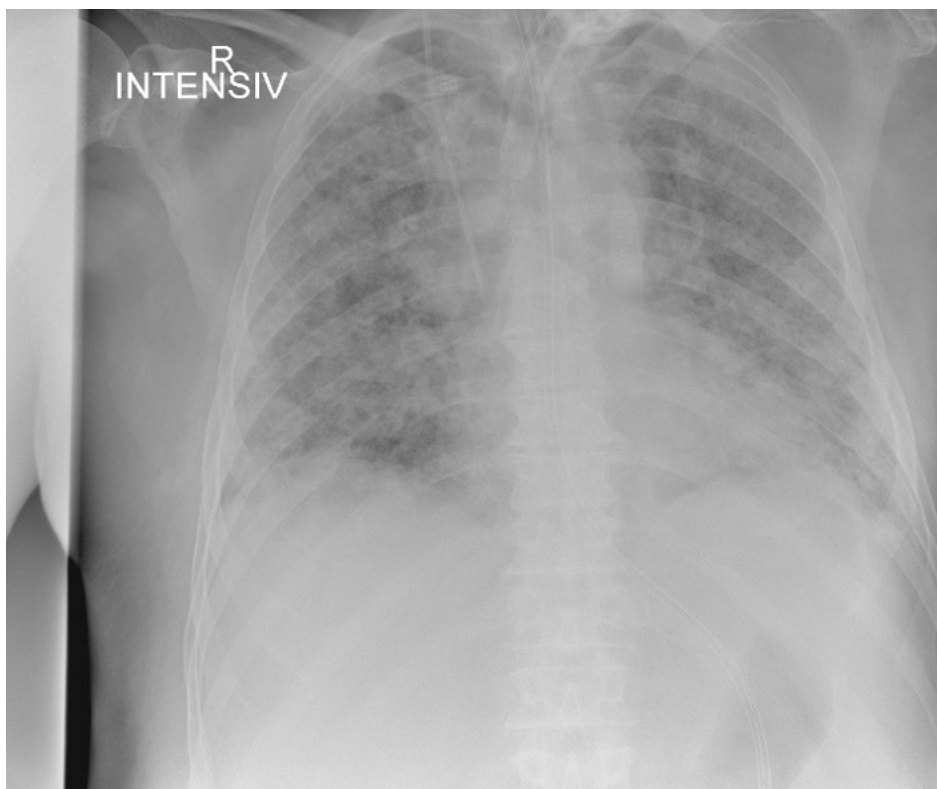


Abbildung 1: Röntgen-Thorax Akutphase – die Übernahme in unsere Lungenfachklinik erfolgte.



Abbildung 2a und b: sogenannte Mechanikerfinger

## Anamnese

Ein 65-jähriger Patient stellte sich im Sommer dieses Jahres mit Leistungsminderung, trockenem Husten und progredienter Dyspnoe in einem niederbayerischen Krankenhaus vor. Anamnestisch bestanden keine wesentlichen Vorerkrankungen, der Patient war bereits zweifach gegen COVID-19 geimpft. Bei zunehmender respiratorischer Verschlechterung unter kalkulierter antibiotischer Therapie war eine invasive Beatmung begonnen worden. Die gesamte mikrobiologische Diagnostik war ohne Ergebnis.

Bereits bei der körperlichen Untersuchung bei Aufnahme fiel die hyperkeratotisch und rissig veränderte Haut an den Fingern beider Hände auf. In der eingehenden Fremdanamnese mit den Angehörigen des Patienten berichteten diese zudem über einen progredienten Kraftverlust in den Wochen bis Monaten vor der akuten Verschlechterung.

## Befund

In der durchgeführten Rheuma- und Myositis-Serologie waren im Immunblot Antikörper gegen Jo-1 und Ro-52 hoch positiv.

Wir werteten die Lungenerkrankung angesichts der auffälligen Antikörper und der erhöhten Creatin-Kinase (CK) als Myositis-assoziierte interstitielle Lungenerkrankung. Eine hochdosierte immunsuppressive Therapie mit Steroiden und Cyclophosphamid sowie, im Verlauf, Rituximab wurde begonnen. Hierunter stabilisierte sich der Zustand des Patienten, im Verlauf konnte er vom Respirator entwöhnt werden. Aktuell hat der Patient die stationäre Rehabilitation abgeschlossen, er ist am Gehwagen mobil und wieder zunehmend besser belastbar.

Auch wenn die rasch progredienten Formen interstitieller Lungenerkrankungen insgesamt selten sind, hat eine zügige Identifikation derselben dennoch eine hohe therapeutische Relevanz für den Patienten, mit nahezu vollständiger Umstellung des Therapiekonzeptes.

Bei anhaltender Verschlechterung eines pneumonischen Bildes unter breiter antibiotischer Therapie, sollte daher neben den selteneren infektiösen Ursachen stets auch an den rheumatologischen Formenkreis gedacht werden. Bei Verdacht ist eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit einem pneumologischen Zentrum sinnvoll.

*Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.bayerisches-aerzteblatt.de](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de) (Aktuelles Heft) abgerufen werden.*

## Autoren

Dr. Florian Geismann  
Dr. Arno Mohr

Klinik Donaustauf,  
Zentrum für Pneumologie,  
Ludwigstr. 68, 93093 Donaustauf