

Infiltrat und Eosinophilie – was nun?

M. Kohlhäufel

Anamnese

Die 62-jährige Nichtraucherin klagte bei Aufnahme über seit 11 Monaten persistierenden Husten mit weißlich-gelblichem Auswurf. Die Hustenbeschwerden wurden vor allem bei körperlicher Belastung und Witterungswechsel ausgelöst. Atembeschwerden in Ruhe oder bei Belastung traten jedoch zu keinem Zeitpunkt auf. Eine ambulant durchgeführte Röntgen-thorax-Übersichtsaufnahme ergab im Mai 2001 einen alters-sprechenden Normalbefund. In den folgenden Sommermonaten fiel der Patientin gelegentlich blutig-tingiertes Sputum auf. 2 Monate vor der stationären Aufnahme erfolgte eine Strumaresektion. Die präoperativ durchgeführte Röntgen-Thoraxübersichtsaufnahme zeigte einen unauffälligen Befund. Bei Verdacht auf eine Infektexazerbation einer chronischen Bronchitis wurde 8 Wochen vor der stationären Aufnahme eine 5-tägige antibiotische Therapie mit Cefitibuten durchgeführt, die jedoch keine Besserung der Beschwerden erbrachte. Auch ein Wechsel der antibiotischen Therapie auf Moxifloxazin über wenige Tage ergab keine Änderung der Symptomatik. Wegen persistierendem chronischen Husten mit jetzt zusätzlich Auftreten von Nachtschweiß und Abgeschlagenheit erfolgte eine Woche vor stationärer Aufnahme eine radiologische Verlaufskontrolle, die den Nachweis bilateraler kranial gelegener pulmonaler Infiltrationen ergab.

Aus der Eigenanamnese bekannt ist ein Diskusprolaps in Höhe C3/C4 vor 12 Jahren und eine Kniegelenksarthrose beidseits.

Als orale Dauermedikation erfolgte nach der Strumaresektion eine Schilddrüsenhormonsubstitution mit Levothyroxin. Zur Schmerztherapie applizierte die Patientin seit 10 Jahren lokal (Schultergürtel, Knieregion beidseits) 2-mal täglich das nicht-steroidale Antiphlogistikum Diclofenac (Voltaren Emulgel®). Die Frage nach Auslandsaufenthalten in den letzten 5 Jahren vor stationärer Aufnahme wurde von der Patientin verneint.

Körperlicher Untersuchungsbefund

Die 62-jährige Patientin (Größe 158 cm, Körpergewicht 56 kg) war afebril (36,5 °C), der Puls rhythmisch mit 72 Schlägen/min und der Blutdruck normal (155/80 mmHg). Am Hals reizlose Narbe bei Zustand nach Strumektomie. Auskultatorisch fand sich ein vesikuläres Atemgeräusch über den Lungen. Mit Ausnahme einer beidseitigen Unterschenkelvarikosis war der weitere körperliche Untersuchungsbefund unauffällig. Hautveränderungen waren nicht nachweisbar.

Allgemeines Labor

Laborparameter (Referenzwerte)

CRP-Erhöhung auf 54 mg/l (< 5), Eosinophilie mit 19% (2 – 4). Alle übrigen routinemäßig im Blut erhobenen Parameter waren unauffällig.

Serologische Untersuchungen auf Chlamydien, Mykoplasmen, Legionellen und Helminthen waren negativ. Hepatitis-A-, B-, und C-Serologie sowie die HIV-Serologie waren negativ. Die Angiotensin-Converting-Enzym-Aktivität war nicht erhöht. Der Tine-Test negativ. Der Harnstatus war unauffällig.

Immunologisch-allergologische Diagnostik

Im Normbereich lagen: Rheumafaktor, ANA, c-ANCA, p-ANCA, Antikörper gegen extrahierbare nukleäre Antigene und Doppelstrang-DNS, Gesamt-IgE. RAST (spez. IgE) negativ gegen Hausstaub, Schimmel-Mix, Tierepithelien-Mix, Liesch-

gras, Beifuß, Spitzwegerich, Birke, Hausstaubmilben (*Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*), *Penicillium*, *Cladosporium*, *Aspergillus fumigatus*, *Alternaria*, Katzenepithel, Hundepithel.

Röntgen Thorax p.-a.

Bilaterale kranial im Bereich der Oberlappen gelegene Infiltrationen (Abb. 1)

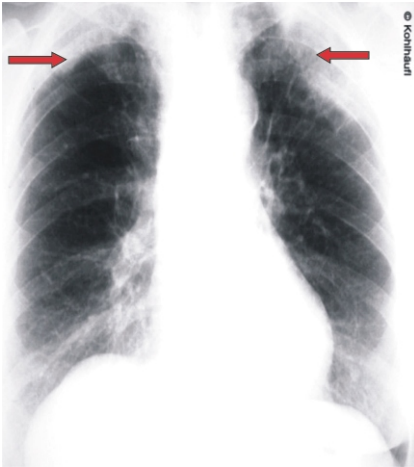


Abb. 1. Röntgen Thorax p.-a.: Bilaterale kranial im Bereich der Oberlappen gelegene Infiltrationen.

Computertomographie des Thorax

Peripher gelegene, vorzugsweise im Bereich der Oberlappen erkennbare Infiltrationen mit erkennbarem positivem Aero-bronchogramm (Abb. 2). Im Mediastinum multiple mäßig vergrößerte Lymphknoten retrocaval sowie im aorto-pulmonalen Fenster (Durchmesser 1,5 – 2 cm).

Bronchoskopie

Entzündlich veränderte Bronchialschleimhaut im gesamten einsehbaren Tracheobronchialtrakt.

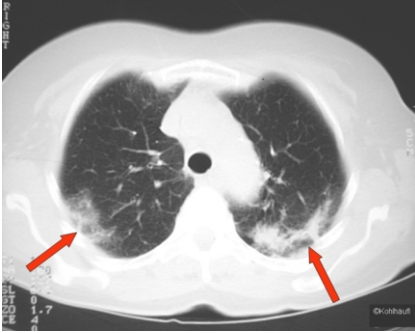


Abb. 2. Computertomographie des Thorax vor Therapie: Peripher gelegene, vorzugsweise im Bereich der Oberlappen erkennbare Infiltrationen (Pfeile).

Bakteriologie (Bronchialsekret)

Kein Nachweis pathogener Keime.

Differentialzytologie der bronchoalveolären Lavage (Referenzwerte)

Alveolarmakrophagen 44,8% (88 – 92), Lymphozyten 33,7% (6 – 12), 0,8% (1 – 3) neutrophile Granulozyten, 20% (< 0,5) eosinophile Granulozyten (Abb. 3). Subdifferenzierung der Lymphozyten (T-Helferzellen/T-Suppressorzellen): 2,0.

Histologisches Ergebnis der bronchoskopisch gewonnenen Biopsate: Im perbronchial gewonnenen Biopsat fand sich Lungengewebe mit gering bindegewebig verbreitertem Interstitium und ebenfalls geringer interstitieller entzündlicher Infiltration durch Lymphozyten, Plasmazellen und gelegentliche neutrophile bzw. eosinophile Granulozyten. In den Lufträumen fanden sich nur einige Alveolarmakrophagen. Die kleinen miterfassten Blutgefäße zeigten keine Veränderungen im Sinne einer Vasculitis. In den Biopsaten der Bronchial-

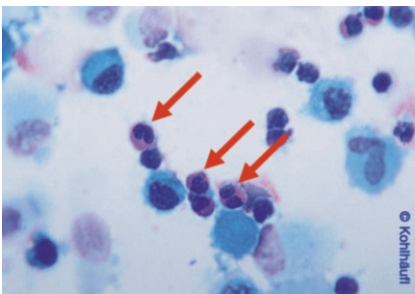


Abb. 3. Bronchioloalveoläre Lavage mit stark erhöhter Fraktion eosinophiler Granulozyten (Pfeile) (May-Grünwald-Giemsa-Färbung, Vergr. 250fach).

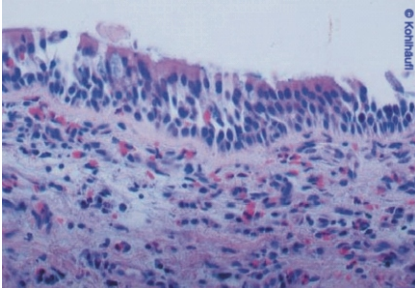


Abb. 4. Stark entzündlich durchsetzte Bronchialschleimhaut mit reichlich eosinophilen Granulozyten (Hämatoxylin-Eosin-Färbung, Vergr. 100 fach)

schleimhaut fand sich eine floride Entzündung mit starker eosinophiler Komponente (Abb. 4).

Weitere Befunde:

Ruhe-EKG, Lungenfunktionsanalyse (Spirometrie, Bodyplethysmographie, Diffusionskapazität), transthorakale Echokardiographie und Abdomensonographie ergaben jeweils altersentsprechende Normalbefunde.

HNO-und augenärztliche Untersuchung:

Unauffälliger Befund.

Fragestellung

Ihre Diagnose?

- 1 Allergische bronchopulmonale Aspergillose**
- 2 Pilzpneumonie**
- 3 Churg-Strauss-Syndrom**
- 4 Tuberkulose**
- 5 Akute eosinophile Pneumonie**
- 6 Medikamentenassoziierte eosinophile Pneumonie**