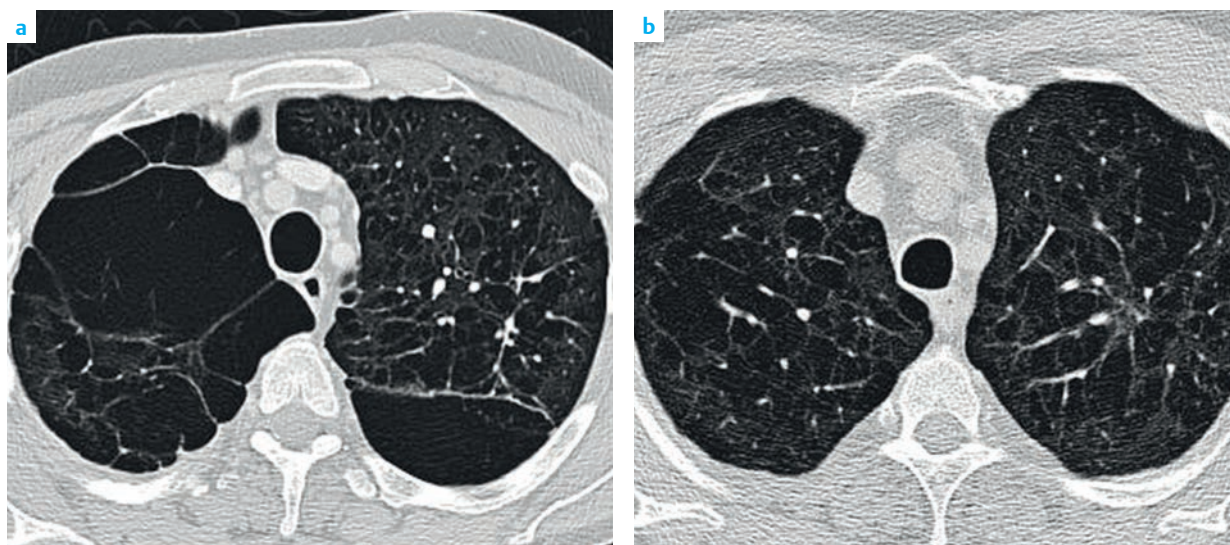


Welche Diagnose stellen Sie?



Bildnachweis: Pizarro C, Dabir D, Skowasch D Ehepaar mit progredienter Dyspnoe. Dtsch Med Wochenschr. 2016; 141: 315, 361

Abb. 1 Thorax-CT (Lungenfenster, axiale Schnittführung) des Ehemannes (a) und der Ehefrau (b).

Fallbeschreibung Ein Ehepaar (♂: 44 Jahre, ♀: 48 Jahre) wird aus einer suchtmedizinischen Substitutionsbehandlung nach vorangegangenem inhalativen Heroinkonsum in die Pneumologie überwiesen. Beide leiden an chronisch progredienter Dyspnoe und produktivem Husten. Die Lungenfunktionstests ergeben peripher betonte obstruktive Ventilationsstörungen mit schwergradiger Überblähung. Die Blutgasanalyse zeigt eine respiratorische Partialinsuffizienz (Ehefrau) bzw. Globalinsuffizienz (Ehemann). Bei einer Computertomografie des Thorax fällt jeweils ein pathologischer Befund auf (► Abb. 1 a, b).

- > Welche Befunde sind es?
- > Erlauben diese eine Diagnose?
- > Wenn ja, welche?
- > Sind Differenzialdiagnosen möglich?
- > Wenn ja, welche?

Ihre Notizen:

Korrespondenz
Dr. med. Carmen Pizarro¹
 E-Mail: carmen.pizarro@ukb.uni-bonn.de

Dr. med. Darius Dabir²
Prof. Dr. med. Dirk Skowasch¹

¹ Medizinische Klinik und Poliklinik II, Universitätsklinikum Bonn

² Radiologische Klinik, Universitätsklinikum Bonn

Dieses Quiz wurde erstmals publiziert in: Dtsch Med Wochenschr 2016; 141: 315, 361. DOI: 10.1055/s-0041-108101

Auflösung

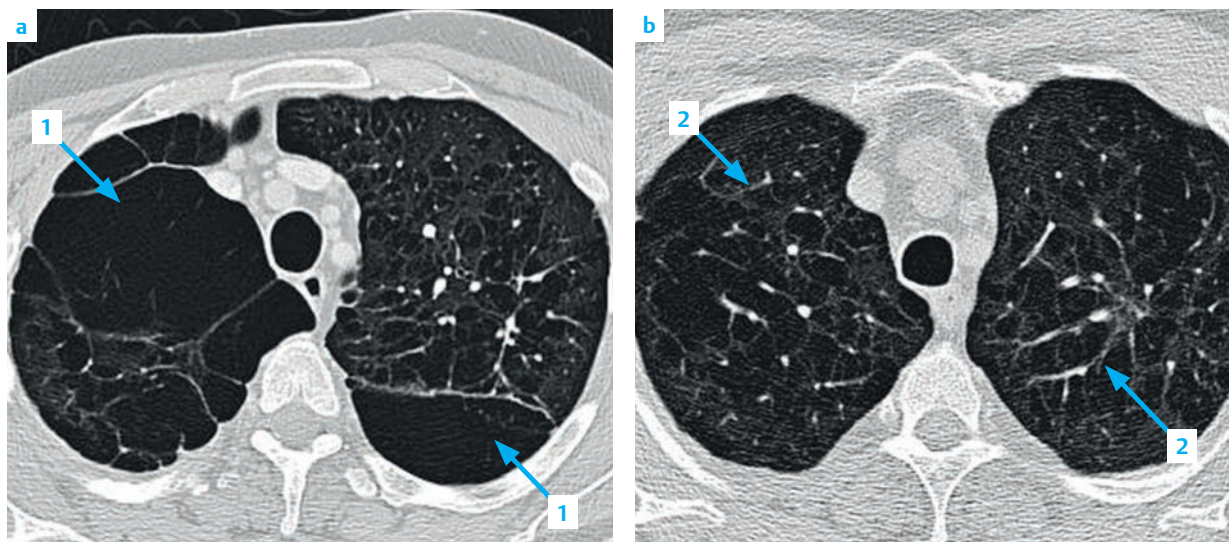


Abb. 2 Thorax-CT (Lungenfenster, axiale Schnittführung) des Ehemannes (a) und der Ehefrau (b).

Bildnachweis: Pizarro C, Dabir D, Skowasch D. Ehepaar mit progredienter Dyspnoe. Dtsch Med Wochenschr 2016; 141: 315, 361

Befunde

- 1: hypodense Areale der Lungenoberlappen (6,9×9,2 bzw. 5,4×7,2cm) beidseits mit homogen abgesenkter Dichte, z.T. begrenzt von komprimiertem Lungenparenchym
- 2: relativ gleichmäßig verteilte Aufhellungen des Lungenparenchyms in beiden Oberlappen

Diagnosen

- > Ehemann: Bullöses Lungenemphysem mit großen apikalen Bullae beidseits (► Abb. 2a)
- > Ehefrau: apikal betontes, zentrilobuläres Lungenemphysem bds. (► Abb. 2b)

Differenzialdiagnosen

- > keine

Erläuterung Die Eheleute hatten über mehrere Jahre Heroin inhaliert (♂: kumulativ 18 Jahre; ♀: kumulativ 11 Jahre). 4 Monate vor der pneumologischen Erstvorstellung beendeten sie den Konsum gemeinschaftlich. Bei beiden Patienten ergab die Klinik und Lungenfunktionsanalyse eine fortgeschrittene COPD im GOLD-Stadium D. Angesichts des Manifestationsalters wurde diese als sog. „Early-onset“-COPD eingestuft. Die Computertomografie zeigte jeweils ein Oberlappen-betontes Lungenemphysem, im Falle des Ehemannes mit groß-bullösen Veränderungen.

Seit den 1990er-Jahren nimmt der inhalative Opiatkonsum gegenüber dem intravenösen zu. Dennoch ist über dessen systemische Nebenwirkungen nur wenig bekannt. In einer kürzlich veröffentlichten Kohortenstudie hatten die untersuchten 73 Heroinraucher eine deutlich erhöhte Prävalenz einer „Early-onset“-COPD, insbesondere vom emphysematösen Phänotyp [1].

Pathogenetisch wird dabei eine Morphin-induzierte Bronchokonstriktion mit führender Entzündungsreaktion in den Bronchialwänden beschrieben. Diese tritt bei intravenöser Applikation nicht auf, was verdeutlicht, dass die Atemwege im Rahmen des inhalativen Konsums direkt gereizt werden [2].

Bei dem vorgestellten Ehepaar wurde eine kombinierte antiobstruktive Therapie und Langzeit-Sauerstoffbehandlung eingeleitet. Der Ehemann erhielt ergänzend eine nicht invasive Ventilationstherapie. Eine chirurgische/endoskopische Lungenvolumenreduktion oder gar Lungentransplantation kam bei intermittierendem Beikonsum nicht in Betracht.

Literatur

- 1 Walker PP, Thwaite E, Amin S et al. The association between heroin inhalation and early onset emphysema. *Chest* 2015; 148: 1156–1163
- 2 Cygan J, Trunsky M, Corbridge T. Inhaled heroin-induced status asthmaticus: five cases and a review of the literature. *Chest* 2000; 117: 272–275