

Chronisch-aktive Sarkoidose mit Pleuraerguss

T. Neuhaus, S. Fronhoffs, H. Vetter, C. Grohé

Bei der 56-jährigen Angestellten mit histologisch gesicherter, unbehandelter pulmonaler Sarkoidose im Stadium III (Erstdiagnose 1975) lagen persistierende linksthorakale, atemabhängige Schmerzen vor. Eine B-Symptomatik, Husten und Auswurf wurden verneint. In der klinischen Untersuchung fiel ein abgeschwächtes Atemgeräusch links basal auf, die daraufhin veranlasste radiologische und sonographische Bildgebung zeigte neben der bekannten Lungengerüsterkrankung einen im Vergleich zur Voraufnahme neu aufgetretenen linksseitigen Pleuraerguss (Ergussmenge < 1000 ml) (Abb. 1a und b). Alle erfassten systemischen Entzündungs- und Thrombophilieparameter blieben ebenso unauffällig wie der durchgeführte GT10-Test. Das Pleurapunktat war ein gelblich-klares Exsudat (Eiweißgehalt 3,3 g/dl), in dem ein bakterieller Erregernachweis weder in einer Kultur noch mittels PCR gelang. In der mikroskopischen und immunzytochemischen Aufarbeitung fand sich ein zytologisch monomorphes Bild eines zu 95% lymphozytären Ergusses (CD3 90%, CD19 5%, CD4 77%, CD8 14%) mit einem CD4/CD8-Quotienten > 5 (Abb. 2a und b).

Wir interpretierten den Befund als die seltene Konstellation einer chronisch aktiven Sarkoidose mit begleitendem einseitigem Pleuraerguss. Pleuraergüsse im Rahmen der pulmonalen Sarkoidose sind seltene Manifestationen der Grunderkrankung [1,4] und können auch im langjährigen, chronisch aktiven Verlauf der Erkrankung neu auftreten. Immunzytochemisch wurde bei unserer Patientin ein T-lymphozytärer Erguss mit einem hohen CD4/CD8

Quotienten nachgewiesen. Die pleurale Flüssigkeit setzt sich bei Gesunden vornehmlich aus Makrophagen (75%) und polyklonalen Lymphozyten (bis zu 23%) zusammen [5]. Lymphozytäre Pleuraergüsse sind als Transsudat u. a. im Rahmen einer Herzinsuffizienz nachweisbar, und T-lymphozytäre, exsudative Ergüsse lassen, bei erhöhten systemischen Entzündungszeichen und positivem GT10-Test, an eine spezifische Genese denken.

Nachdem eine Tuberkulose oder ein Malignom ausgeschlossen worden sind, besteht die Therapie der Wahl bei Sarkoidose-assoziierten Pleuraergüssen in der Gabe von Immunsuppressiva, z. B. Prednison 1 mg/kg KG. Diese zumeist sehr effektive Behandlung sollte ausschleichend über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten fortgeführt werden und ist einer wiederholten Punktion zur Entlastung vorzuziehen [2–4].

Literatur

- 1 Costabel U, Hunninghake GW. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis. Eur Respir J 1999; 14: 735–737
- 2 Lynch JP, Kazerooni EA, Gay SE. Pulmonary sarcoidosis. Clin Chest Med 1997; 18: 755–785
- 3 Salazar A, Mana J, Corbella X et al. Sarcoid pleural effusion: a report of two cases. Sarcoidosis 1994; 11: 135–137
- 4 Nusair S, Kramer MR, Berkman N. Pleural effusion with splenic rupture as manifestations of recurrence of sarcoidosis following prolonged remission. Respiration 2003; 70: 114–117
- 5 Noppen M, De Waele M, Li R, et al. Volume and cellular content of normal pleural fluid in humans examined by pleural lavage. Am J Resp Crit Care Med 2000; 162: 1023–1026

Priv.-Doz. Dr. med. C. Grohé

Med. Univ.-Poliklinik Bonn, Universitätsklinikum Bonn
Wilhelmstr. 35–37
53111 Bonn
E-mail: c.grohe@uni-bonn.de

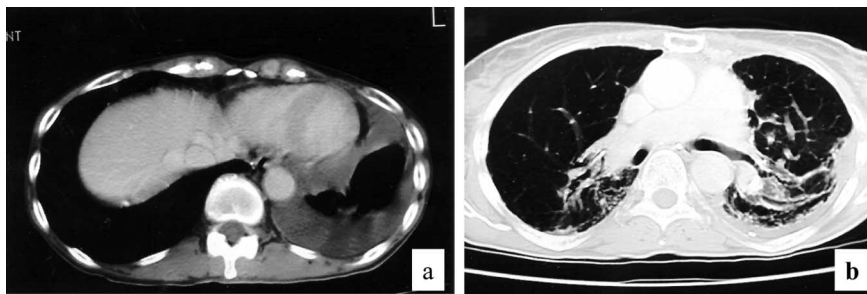


Abb. 1 Nachweis eines basal auslaufenden, linksseitigen Pleuraergusses (Abb. 1a) bei bekannter Lungengerüsterkrankung im Rahmen der Sarkoidose (Abb. 1b).

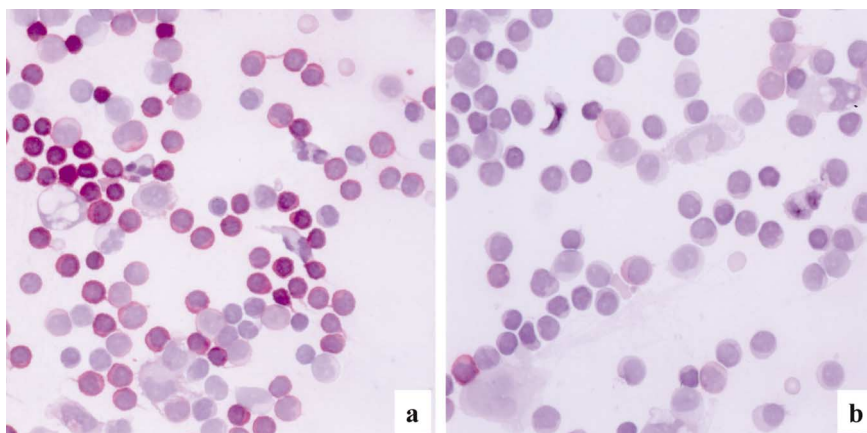


Abb. 2 Immunzytochemische Untersuchung des Pleuraergusses auf CD4 (Abb. 2a) und CD8 (Abb. 2b). (Vergrößerung: 25×)

Bibliografie

Pneumologie 2004; 58: 159 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0934-8387 · DOI 10.1055/s-2003-812517