



INTERNATIONALE AKADEMIE FÜR PATHOLOGIE
DEUTSCHE ABTEILUNG e.V.

INTERNATIONAL ACADEMY OF PATHOLOGY
GERMAN DIVISION, INC.

**315. Tutorial
der Deutschen Abteilung der
Internationalen Akademie für Pathologie e.V.**

Fibrosierende Lungenerkrankungen

am 23. Oktober 2010

**Prof. Dr. med. Klaus-Michael Müller, Münster
und**

Priv.-Doz. Dr. med. Frank Brasch, Bremen

**Tagungsort:
Fortbildungszentrum der Deutschen Abteilung der IAP
Auguststr. 19-29
53229 Bonn
Beginn: 8.30 Uhr (s.t.)**

Fibrosierende Lungenerkrankungen

Fall 1

50 Jahre alter Mann. Langjähriges zerebrales Krampfanfallsleiden mit langjähriger medikamentöser Therapie. Oligophrenie.

Röntgenologisch seit vielen Jahren diffuse interstitielle Lungenveränderungen beidseits, rechts stärker als links. Keine Beeinflussung des Befundes durch Antibiotika.

Klinische Diagnose: unklare interstitielle Lungenerkrankung. Verdacht auf „Medikamentenschaden“.

Material: Lungenbiopsie, gewonnen durch Video-assistierte Thorakoskopie (VATS).

Fall 2

22 Jahre alter türkischer Patient. Wegen Thoraxbeschwerden und vermehrtem Hustenreiz Röntgenuntersuchung. Zahlreiche knotige Lungenherde beiderseits, mediastinale Lymphknotenvergrößerung. Wegen Komplikationen nach Mediastinoskopie und Progredienz der Lungenveränderungen thorakoskopische Entfernung eines Lungenherdes. Komplikationsloser postoperativer Verlauf. Bei tuberkulostatischer Therapie keine Befundänderung.

Röntgenbefund: multiple fleckige, unscharf berandete Verschattungsherde in beiden Lungen, betont in den Mittelfeldern und Oberfeldern sowie parahilär. Angiotensin-L-Conv. Enzym im Serum 71,6 (Normalwerte 8-52). Alle anderen Laborwerte im Normbereich. TBC-PCR aus Untersuchungsgut des vorliegenden Präparates negativ.

Fall 3 a

59 Jahre alter Mann. Angaben zur Konsiliarbegutachtung:

„Keilresektion des linken Unterlappens mit der Bitte um Referenzbegutachtung“!

Nach Referenzbegutachtung auf Anforderung Zusatzinformationen, wonach der Patient Wellensittiche hält, die Allergenteste aber negativ seien.

Fall 3 b

59 Jahre alter Mann. 1994 Diagnose eines Morbus Boeck aus einer Leber-Biopsie. Zwei Jahre Glukokortikoid-Therapie. 20 kg Gewichtsverlust in fünf Jahren.

Röntgenbefund: retikuläre Zeichnungsvermehrung, vereinzelt fleckförmige Verdichtungen beiderseits basal. Aufgefaserter wirkende verbreiterte Hili.

Bronchoskopie: endobronchial unauffälliger Befund.

Transbronchiale Biopsie (Präparat).

Diskrete retikuläre Zeichnungsvermehrung im Röntgenbild. Sauerstoffpflichtige Diffusionsstörung bildet sich nach 50 mg Prednisolon zurück.

Ergänzende Anamnese nach gezielter Befragung: Patient bewohnt sein 22 Jahren eine Wohnung mit zahlreichen feuchten Stellen. Schimmelpilz-Exposition?

Fall 4

50-jährige Patientin, Mitarbeiterin im Krankenhaus. Fünf Monate vor Operation eines „Lingula-Tumors“ Bild einer Mittellappen-Pneumonie. Eitrig-blutiges Sputum, subfebrile Temperaturen. Tuberkulostatische und antibiotische Therapie über 4,5 Monate.

Als Mitarbeiterin in einem Institut für Pathologie Frage der Reaktion auf Inhalationsnoxen, insbesondere Formalin!

Patientin berichtet über rezidivierend abgelaufene Lungenembolien.

Nach Kortison-Therapie beschwerdefrei, Röntgenbild ohne Auffälligkeiten.

Fall 5

42 Jahre alter Mann. Klinische Diagnose letztlich unklare diffuse, fleckförmige Lungenparenchymerkrankung mit Grenzwert der Restriktion und Belastung-Hypoxämie, stabil seit etwa einem Jahr. Coronare Herzkrankheit mit Zustand nach Infarkt 1982/PTCA. Der Patient möchte durch eine offene Lungenbiopsie die Genese seiner Erkrankung abklären lassen. Diese sei wahrscheinlich berufsbedingt, er habe viele Jahre als Schweißer gearbeitet.

Fall 6

58 Jahre alter türkischer Patient. Vor 20 Jahren zwei Jahre Arbeiten in einer Gießerei. Kurzzeitige Asbest-Exposition. Krankenhausaufnahme wegen ausgeprägter Trommelschlegelfinger. Luftnot beim Gehen und Treppensteigen. Seit 40 Jahren eine Schachtel Zigaretten täglich. Coronare Herzkrankheit bei Zustand nach zwei Myokardinfarkten. Gewichtsabnahme von 6 kg in den letzten drei Monaten. Kein Auswurf, kein Fieber, kein Nachtschweiß. Klinische Befunde: In- und expiratorisches Knistern über beiden Lungenunterfeldern. Lungenfunktion: keine Obstruktion, mäßige Restriktion mit Diffusionsstörungen. Abfall des PO₂ auf 40 mm/Hg nach geringer Belastung. Bronchoskopie unauffällig. Laborwerte ohne pathologischen Befund. Klinische Diagnose: Trommelschlegelfinger und Belastungshypoxie unklarer Ätiologie. DD: Kondensatpneumopathie, Histiozytosis X, diffuse Metastasierung, idiopathische Lungenfibrose? Präparat: Keil des rechten Oberlappens durch offene Lungenbiopsie.

Fall 7

77 Jahre alter Mann. Seit zwei Jahren progrediente Belastungsdyspnoe. Vorübergehende Befundbesserung unter Kortikosteroid-Therapie mit 50 mg Prednisolon. Krankheitsbild ätiologisch bei „leerer Anamnese“ (bis auf 25 py bis 1969) Thorakoskopisch-diagnostische Keilexzision aus der rechten Lunge. Klinischer Status: 77-jähriger Patient. Trommelschlegelfinger. Beidseits Knisterrasseln. Mittelschwere Aortenklappenstenose. Schwere pulmonale Hypertonie. Frage nach Asbestbelastung bei HR-CT-Befunden mit „feinen Pleuraverkalkungen“. Pulmonalarteriendruck bis 85 – 90 mm/Hg! BAL: 15 % Neutrophile, 30 % Lymphozyten, 25 % Alveolarmakrophagen, 25 % Pneumozyten.

Fall 8

51 Jahre alter Mann. Radiologische fibrotischer Lungenaufbau 1980 diagnostiziert. Klinische Diagnosen 1988: linksseitige Pneumonie. Hämorrhagischer Pleuraerguss beidseits. Lymphopenie. KHK. Intermittierende Tachyarrhythmia absoluta. Bei der Obduktion 1988 ferner Nachweis eines kleinzellig anaplastischen Karzinoms im rechten Lungenunterlappen.

Fall 9

87 Jahre alte Frau. Februar 1997 Diagnose eines centroblastische-centrozytischen Lymphoms. Zwei Jahre später Rezidiv im Bereich des rechten Kieferwinkels. Chemotherapie. Bei der Obduktion zahlreiche bis 8 cm im Durchmesser große Lymphominfiltrate. Präparat: 2,5 cm im Durchmesser großes Exzizat aus subpleuralen Unterlappenanteilen.

Fall 10

Allergie gegen Gräserpollen (Rhinoconjunctivitis). Als Haustier Katze, keine Vögel, keine medikamentöse Dauertherapie. Keine berufliche inhalative Schadstoffexposition bekannt. Seit ca. 6 Monaten konstante Belastungsdyspnoe bei mäßiger Belastungsstufe. Vor ca. 1 Monat hohes Fieber, Hämoptysen.

Röntgenbefund: interstitielle Zeichnungsvermehrung in beiden Lungen mit Infiltration im rechten Oberlappen. Retikulonoduläre Zeichnungsvermehrung. In der HRCT blasenartige Destruktion des Lungenparenchyms mit multiplen bis 2 cm großen Bläschen.

Bronchoskopisch unauffälliges Bronchialsystem, kein Nachweis eines entzündlichen interstitiellen oder floriden alveolitischen Prozesses.

Fall 11

56 Jahre alte Frau. Klemmenresektat vom rechten Oberlappen. Klinisch unklare Lungenfibrose. Fragliche Exposition mit giftigen Kampfstoffen während Iran/Irak-Krieg. Exposition gegenüber Pestiziden, Asbest und Taubenzüchterin. Starke Inhalationsraucherin.

Fall 12

71 Jahre alte Frau. Lungenkeilresektat zur Abklärung einer unklaren Lungengerüsterkrankung. Fibrose? Keine besonderen Vorerkrankungen.

Fall 13

66 Jahre alter Mann.

Klinische Diagnose: Pneumonie diffus und fibrotischer Umbau, Fieber, respiratorische Insuffizienz, Kachexie.

Klinische Fragestellung: Fibrose? Tbc.? Diffuses Karzinom?

Untersuchungsgut: Transbronchiale PE vom linken Oberlappen peripher.

Fall 14

34 Jahre alter Patient.

Klinische Diagnosen: V.a. Lungengerüsterkrankung bei feinknotiger Verschattung beider Lungen. Vor 3 Jahren atypische Virus Pneumonie unter dem Bild einer kryptogen organisierenden Pneumonie (COP) mit vollständiger Rückbildung unter Kortisontherapie.

Untersuchungsgut: Offene Lungenbiopsie Lingula

Fall 15

55 Jahre alte Patientin. Im CT diffuse interstitielle Zeichnungsvermehrung.

Klinische Diagnosen: Interstitielle idiopathische Lungenfibrose. V.a. Sicca Syndrom. COPD.

Untersuchungsgut: Offene Lungenbiopsien aus dem rechten ML und UL

Fall 16

86 Jahre alter Mann.

Klinische Diagnosen: massiver Chylothorax

Untersuchungsgut: offene Lungenbiopsie.

Fall 17

63 Jahre alte Patientin.

Radiologisch Lungenstrukturvermehrung.

Klinische Diagnosen: Unklare Lungenfibrose. Typ-I und Typ-III Allergie gegen Schimmelpilze.

1957 – 1960 berufliche Tätigkeit: Pudern von Fingerlingen.

1967 – 1990 berufliche Tätigkeit: Reinigung von gepuderten Gummiwaren.

Untersuchungsgut: TBB

Fall 18

77 Jahre alter Mann.

Berufliche Tätigkeit: 20 Jahre unter Tage als Hauer.

Keine weiteren klinischen Angaben.

Obduktion wegen Fragen nach BK 4101 und 4102.

Fall 19

45 Jahre alter Mann.

Radiologisch V.a. Lungenfibrose, DD Alveolitis.

Keine weiteren klinischen Angaben.

Untersuchungsgut: Offene Lungenbiopsien S6 rechts.

Fall 20

30 Jahre alter Mann. Radiologische gleichmäßig in beiden Lungen verteiltes Verschattungsmuster.

Klinische Diagnosen: ausgeprägte Lungenfibrose unklarer Genese mit schwerer pulmonaler

Diffusionsstörung. Urtikaria unklarer Genese. Entwicklung eines schweren Lungenödems bei Gabe eines Calciumantagonisten ohne Anstieg des linksatrialen Druckes.

Untersuchungsgut: Offene Lungenbiopsien aus dem rechten Lungenunterlappen.

Fall 21

41 Jahre alter Mann.

Klinische Angaben: Hepatitis C; i.v. Drogenabusus; pulmonalarterielle Hypertonie.

Untersuchungsgut: Transbronchiale Lungenbiopsie aus dem 9. Segment rechts.