

Interstitielle Pneumonie (IP)/atypische Pneumonie

Kurzdefinition

► Definition

Der Terminus „atypische Pneumonie“ wurde früher für Pneumonien mit atypischer Klinik, Labordiagnostik und Radiologie verwendet • Heute findet der Begriff Anwendung für Pneumonien, bei denen der Erreger schwer zu isolieren ist.

► Epidemiologie

Besonders betroffen sind Patienten mit konsumierenden Erkrankungen, lang dauernder Antibiotikatherapie, primärer oder sekundärer Immunsuffizienz (Zytostatika, Immunsuppressiva) • Typische Erreger sind *Pneumocystis jirovecii*, Viren, Pilze, Chlamydien und Rickettsien.

► Ätiologie/Pathophysiologie/Pathogenese

Nicht bakterielle Pneumonie • Initial und überwiegend im Interstitium ablaufende Entzündung, ohne oder mit nur geringer Beteiligung des alveolären Parenchyms im Sinne gemischt interstitiell-alveolärer Infiltrate • Der Kapillarschaden führt zu einem hämorrhagischen interstitiellen und/oder alveolären Ödem.

Zeichen der Bildgebung

► Methode der Wahl

Röntgen • CT nur bei unklaren Befunden oder klinischem Verdacht ohne Korrelat im Röntgenbild.

► Röntgen/CT

Bilateral symmetrische lineare, retikuläre oder retikulonoduläre Verdichtungen und/oder milchglasartige Trübung • Oft gemischtes interstitiell-alveoläres Verschattungsmuster • Befunde und Verlauf sind letztlich von der individuellen Abwehrlage und der Virulenz des Erregers abhängig.

► Pathognomonische Befunde

Siehe Röntgen-/CT-Befund.

Klinik

► Typische Präsentation

Schleichender Beginn mit mäßigem Fieber ohne Schüttelfrost, trockenem Husten, grippeähnlichen Kopf- und Gliederschmerzen • Blutbild: Geringe Leukozytose bei relativer Lymphozytose • Klinik und Verlauf sind letztlich von der individuellen Abwehrkraft des Organismus und der Virulenz des Erregers abhängig.

► Therapeutische Optionen

Erregernachweis im Hinblick auf eine spezifische Therapie obligat • Gegebenenfalls Verbesserung der Immunitätslage durch Behandlung der Grunderkrankung.

► Verlauf und Prognose

Bei effektiver Therapie vollständige Rückbildung.

► Was will der Kliniker von mir wissen?

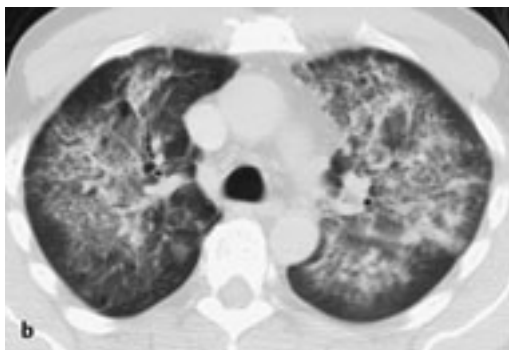
Bestätigung der Verdachtsdiagnose „atypische Pneumonie“ und Charakterisierung.



Abb. 31 IP (m, 50 J., Morbus Wegener, nach Tropenaufenthalt fieberhaftes Krankheitsbild mit Kopf- und Gliederschmerz, Husten und bräunlichem Auswurf).

a Die Thoraxübersichtsaufnahme zeigt eine sich überwiegend auf den Lungenkernbereich beschränkende interstitielle Zeichnungsvermehrung mit konsekutiver Transparenzminderung und Maskierung des Gefäßbilds.

b Im CT imponiert überwiegend eine Milchglastrübung neben einer retikulären Zeichnungsvermehrung. Die peripheren subpleuralen Parenchymabschnitte sind weitgehend ausgespart (Erreger konnte trotz aufwendiger Diagnostik nicht gesichert werden).



Differenzialdiagnose

Anhand des röntgenmorphologischen Befunds allein ist eine erregerspezifische Aussage in der Regel nicht möglich, allenfalls die Differenzierung zwischen einer bakteriellen und viralen Pneumonie • Essenziell ist die Korrelation mit anamnestischen Daten und klinischen Befunden • Erfahrungswerte spielen eine große Rolle: Bei Kindern sind Virusinfektionen am häufigsten, bei jugendlichen Mykoplasmen- und beim Erwachsenen bakterielle Pneumonien.

Interstitielle Pneumonie (IP)/atypische Pneumonie

<i>Mykoplasmenpneumonie</i>	<ul style="list-style-type: none"> – häufigste ambulant erworbene atypische Pneumonie – relativ geringe Symptomatik im Vergleich zum Röntgenbefund: initial interstitiell, nachfolgend segmentale alveoläre Infiltrate, Pleuraerguss und Lymphadenopathie selten
<i>Pneumocystis-Pneumonie</i>	<ul style="list-style-type: none"> – häufigste atypische Pneumonie bei Immunsuffizienz – Röntgen in 10% negativ, CT immer positiv: beidseitig perihilär und basal interstitielle Zeichnungsvermehrung mit Progress zu ödemähnlichen alveolären Infiltraten – bei Pentamidin-Prophylaxe atypische Befunde: Lungenoberflächenredistribution, zystische Veränderungen
<i>CMV-Pneumonie</i>	<ul style="list-style-type: none"> – opportunistische Infektion, in der Regel endogene Reaktivierung – Röntgen: bilaterale milchglasartige Trübung (ödemähnlich) mit Übergang in multifokale Konsolidierungen
<i>Pilzpneumonie</i>	<ul style="list-style-type: none"> – opportunistische Infektion – unspezifische Klinik – Röntgen/CT: solitäre oder multiple rundherdartige Infiltrate mit Halo ± Einschmelzung
<i>Chlamydien-Pneumonie</i> (<i>Chlamydia pneumoniae</i>)	<ul style="list-style-type: none"> – ambulant erworben – klinisch Pharyngitis, Fieber, unproduktiver Husten, selbstlimitierend – Röntgen unspezifisch: von bakteriellen Pneumonien nicht zu unterscheiden
<i>Rickettsienpneumonie</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Fieber, Husten, Myalgien, Arthralgien – Röntgen unspezifisch: Infiltrate ähnlich einer Pneumonie/Bronchopneumonie mit oft verzögerter Rückbildung
<i>NTMB-Infektion</i>	<ul style="list-style-type: none"> – in 20% nicht klassische Form mit nodulären Veränderungen und irregulären interstitiellen Bändern vorzugsweise in Lungenmittellappen und Lingulasegmenten

Typische Fehler

Breite Differenzialdiagnose • Abgrenzung hinsichtlich des Erregerspektrums in der Regel nicht möglich • Die Differenzierung zwischen Lobär-, Herd- und interstitieller Pneumonie ist von begrenztem Wert und nicht immer hilfreich, da ein und derselbe Erreger unterschiedliche Bilder hervorrufen kann.

Ausgewählte Literatur

Franquet T. Imaging of pneumonia: trends and algorithm. Eur Resp J 2001; 18: 196–208
 Tuengerthal S. Radiologie der opportunistischen Pneumonien. Radiologe 2005; 45: 373–384