

39-jähriger Patient mit Aspirations-Pneumonie bei hypomotiler Achalasie

39-Year-Old Patient Presenting with Aspiration Pneumonia Due to High Hypomotile Achalasia

Autoren

S. Ewig¹, M. Bollow², U. Henkelüdecke³

Institut

¹ Thoraxzentrum Ruhrgebiet, Standort Bochum, Augusta-Kranken-Anstalt Bochum

² Institut für Radiologie, Nuklearmedizin und Radioonkologie, Augusta-Kranken-Anstalt Bochum

³ Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, Augusta-Kranken-Anstalt Bochum

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2006-932222
Pneumologie 2006; 60;
472–473

© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Santiago Ewig

Thoraxzentrum Ruhrgebiet,
Standort Bochum Augusta-
Kranken-Anstalt Bochum
Bergstraße 26
44791 Bochum
ewig@augusta-bochum.de

Ein 39-jähriger, bisher gesunder Patient wurde mit Fieber und Dyspnoe stationär eingewiesen. In der p.a.-Röntgen-Thorax-Aufnahme zeigte sich im rechten Mittel- und Unterfeld ein ausgedehntes Infiltrat mit positivem Pneumobronchogramm sowie einem Pleuraerguss mit Kompressionsdystelektasen. Rechts paratracheal fiel eine dorsal gelegene unklare konvex geformte Struktur mit linearer Berandung auf (Abb. ● 1). Unter der Arbeitsdiagnose einer ambulant erworbenen Pneumonie erhielt der Patient zunächst eine antimikrobielle Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure in Form einer Sequenztherapie. In der zur weiteren Abklärung durchgeführten Mehrzeilen-CT des Thorax bestätigte sich in den ventralen Schichten der koronaren Rekonstruktion der Befund eines paratrachealen Substrates mit Flüssigkeits- und Gaseinschlüssen (Abb. ● 2a). In den dorsalen koronaren Schichten (Abb. ● 2c) und in einer sagittalen Rekonstruktion (Abb. ● 2b) zeigte sich ein wandverdickter Mega-Ösophagus mit reichlich Succus. Sagittal (Abb. ● 2b) und transversal (Abb. ● 2a) Darstellung einer Luft-Succus-Spiegelbildung, welche bis zum Niveau des oberen Ösophagusphinkters heranreichte. In einer Breischluckuntersuchung zeigte sich ein Kontrastmittelstopp am ösophago-gastralen Übergang mit einer typischen Weinglaskonfiguration, der nahezu beweisend für das Vorliegen einer Achalasie (Abb. ● 3a) war. Die Gastroskopie bestätigte diesen Verdacht. Eine 60 Minuten später durchgeführte Übersichtsaufnahme im Liegen (Abb. ● 3b) zeigte das Persistieren des jodhaltigen Röntgenkontrastmittels



Abb. 1 Pneumologisches Infiltrat rechts, unklare konvex geformte Struktur rechts paratracheal dorsal

im Ösophagus als Ausdruck des kompletten Kontrastmittelstopps. In einer Ösophagusdarstellung nach mehreren Bougierungsbehandlungen (Abb. ● 4) war eine Wiederherstellung einer ösophago-gastrischen Passage durch den unteren Ösophagusphinkter darstellbar. Erst nachträglich konnte eruiert werden, dass seit langem Regurgitationen bestanden. Die Gastroskopie bestätigte den Befund einer hypomotilen Achalasie. Auf diesem Hintergrund musste die Pneumonie als Aspirations-Pneumonie angesehen werden. Diese konnte erfolgreich behandelt werden.

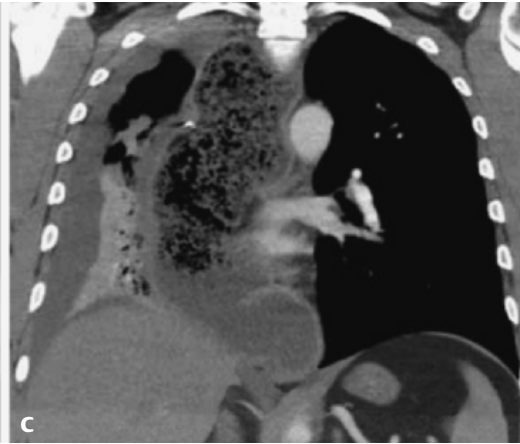


Abb. 2 **a** Paratracheales Substrat mit Flüssigkeits- und Gaseinschlüssen.
b Wandverdickter Ösophagus mit reichlich Succus

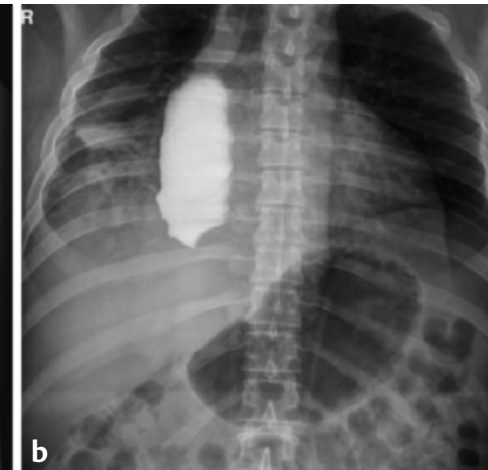
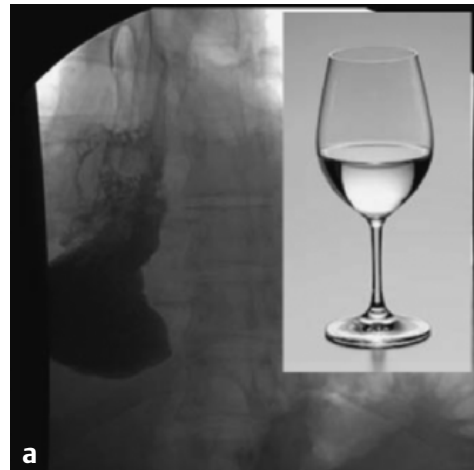


Abb. 3 **a** KM-Darstellung des ösophago-gastralen Übergangs: typische Weinglaskonfiguration bei Achalasie
b Spätaufnahme nach 60 Minuten: Persistieren des Kontrastmittels



Abb. 4 Z.n. mehrfach Bougienungsbehandlungen: Wiederherstellung der ösophago-gastrischen Passage

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.