

Chronischer Husten

Seltener endobronchialer Befund

Lukas Graf^a, Karim El-Hag^a, Sabina Berezowska^b^a Universitätsklinik für Pneumologie, Inselspital Bern^b Institut für Pathologie, Universität Bern

Fallbericht

Anamnese

Die Zuweisung des 40-jährigen japanischen Patienten erfolgte bei chronischem Husten und einer einmaligen Episode von Hämoptysen. Zwei Monate zuvor bestand anamnestisch ein respiratorischer Infekt, der antibiotisch behandelt wurde, mit Verbesserung der Beschwerden. B-Symptome wurden verneint. Ein Asthma oder eine vorbestehende Lungenerkrankung waren nicht bekannt, kein Nikotinkonsum.

Untersuchungsergebnisse

Klinisch zeigte sich der Patient in ordentlichem Allgemeinzustand und afebril. Laboranalytisch ergaben sich keine Hinweise für einen Infekt. Im konventionellen Röntgenbild zeigte sich eine Konsolidation resp. infiltrative Veränderung im rechten Oberlappen, weshalb eine weiterführende bildgebende Diagnostik mittels CT-Thorax erfolgte. Hier fand sich eine ca. 11 mm grosse ovale Raumforderung im anterioren Oberlappensegmentbronchus mit konsekutiver Teilatelektase (Abb. 1). Die im Anschluss durchgeführte Bronchoskopie ergab einen Verschluss des anterioren Oberlappensegmentbronchus durch einen kugeligen Tumor mit glatter, gut vaskularisierter Oberfläche (Abb. 2). Mittels Zangenbiopsie und Nadelaspiration wurden Gewebeproben entnommen, wobei die

Diagnose eines bronchialen Leiomyoms gestellt werden konnte (Abb. 3). In der PET-CT zeigte sich weder eine Stoffwechselaktivität der Läsion noch anderweitige Mehranreicherungen.

Therapie und Verlauf

Bei poststenotischer Pneumonie und zum Teil bronchiektatisch destruiertem Segment wurde der

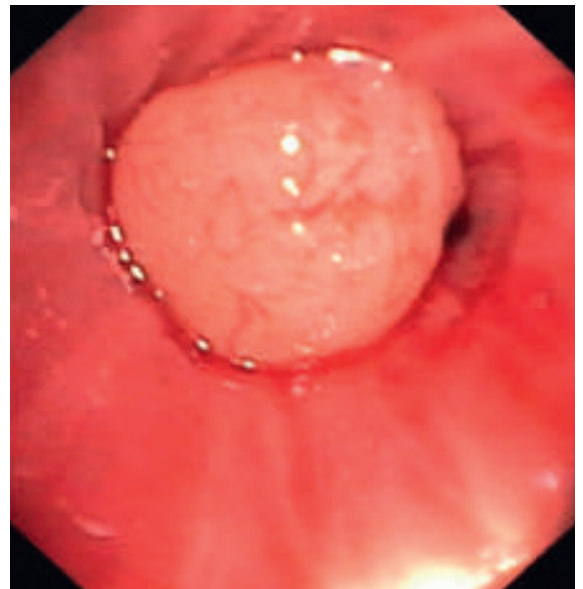


Abbildung 2: Bronchoskopie. Kugeliger Tumor im Bronchus des anterioren Oberlappensegmentes rechts.

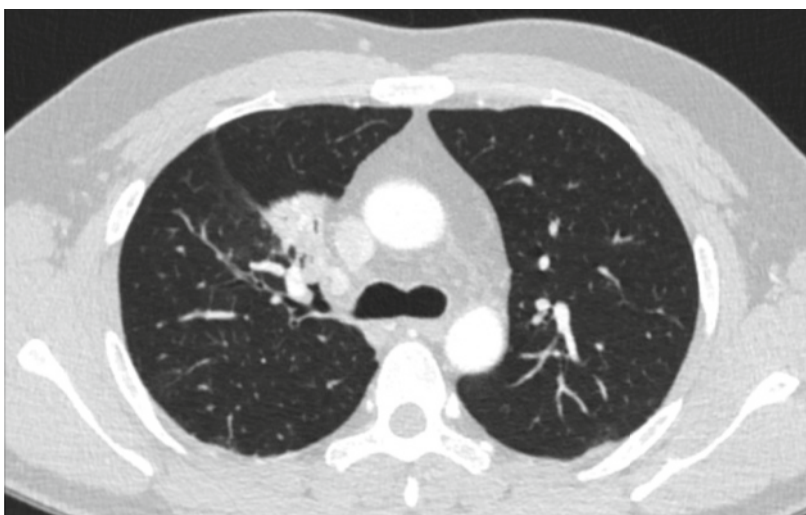


Abbildung 1: CT-Thorax mit Konsolidation im rechten Oberlappen.



Abbildung 3: Leiomyom makroskopisch.

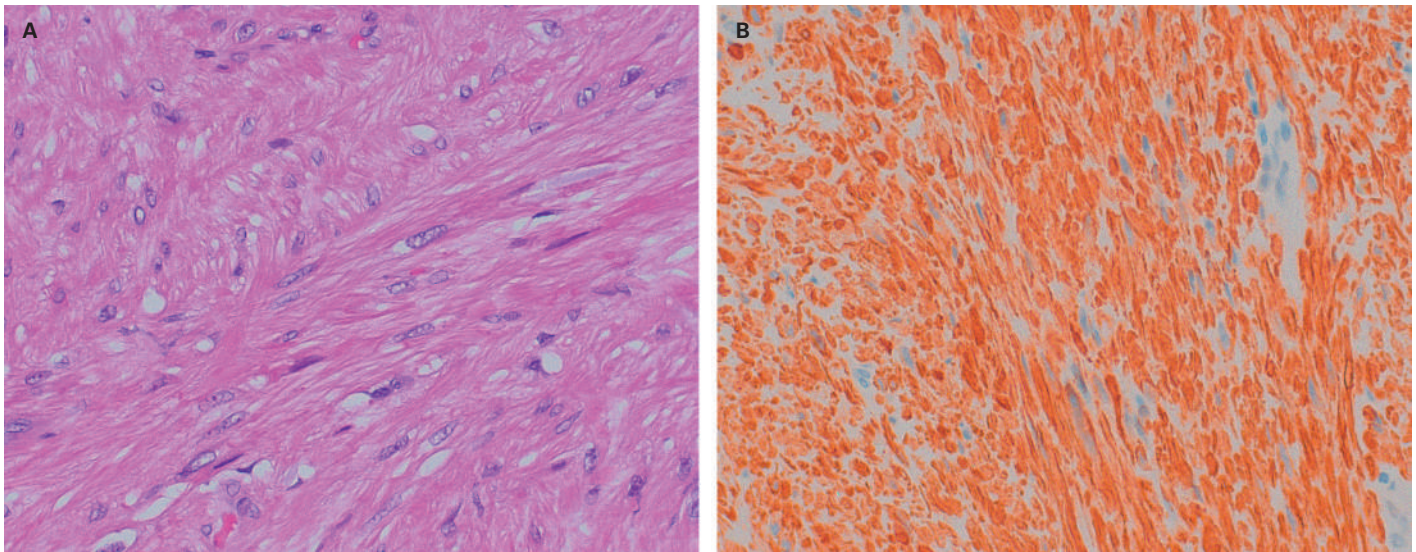


Abbildung 4: Leiomyom mikroskopisch. Färbung H&E (A) und Desmin (B).

Entscheid zur Segmentresektion gefällt. Die Lokalisation im anterioren Oberlappensegment war einer endoskopischen Intervention nicht gut zugänglich. Histologisch bestätigte sich die Diagnose (Abb. 4). Der Patient hat sich vom Eingriff gut erholt.

Diskussion

Endobronchiale Leiomyome sind sehr seltene benigne Lungentumoren (<2%) mit bis 2009 weltweit nur ca. 100 beschriebenen Fällen. Die Lokalisation ist zu ca. 51% im Lungenparenchym, zu 33% bronchial und zu 16% tracheal. Ihren Ursprung haben die Leiomyome in einer Proliferation der glatten Muskelzellen der Bronchien oder der Gefässe [1]. Uterine Leiomyome sind häufig, isolierte extrauterine Lokalisationen jedoch selten

und häufig asymptomatisch. Benigne metastatische Leiomyome bei Frauen mit Uterusmyomen sind selten beschrieben (*Benign Metastasizing Leiomyoma*, BML) [2]. Die endobronchiale Lokalisation geht mit respiratorischen Symptomen wie Husten, Hämoptysen und rezidivierenden Infekten einher, mit konsekutiver narbiger-fibrotischer und/oder bronchiektatischer Destruktion des nachfolgenden Lungenparenchyms. Die Ursache ist unklar/idiopathisch; beschrieben ist eine Assoziation mit einer Immunsuppression (HIV, Lymphome) oder auch einer Epstein-Barr-Virus-Infektion. Die Therapie besteht meist in einer chirurgischen Resektion des betroffenen Lungenabschnittes [3]. Vermehrt wurden in letzter Zeit auch erfolgreich endoskopische Resektionsverfahren (Laserabtragung, Elektroschlinge) durchgeführt [4, 5].

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Swarnakar R et al. Endobronchial leiomyoma: A rare and innocent tumour of the bronchial tree. *Lung India*. 2013 Jan;30(1):57–60.
- 2 Sufeng Chen et al. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma from uterine leiomyoma. *World Journal of Surgical Oncology*. 2013;11:163.
- 3 Bartosik W et al. Video-assisted lobectomy for endobronchial leiomyoma. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011 Feb;12(2):313–5.
- 4 Nakamura, Yasuhiko et al. Tracheal Leiomyoma Resected With Endobronchial Electrocautery Snare. *Journal of Bronchology & Interventional Pulmonology*. 2015 Jan;22(1):90–3.
- 5 Sharifi N et al. Endobronchial leiomyoma; report of a case successfully treated by bronchoscopic resection. *J Res Med Sci*. 2010 Nov;15(6):364–70.

Korrespondenz:
Dr. med. Lukas Graf
Inselspital
Freiburgstrasse
CH-3010 Bern
lukas.graf[at]insel.ch

Schlussfolgerungen für die Praxis

Als Ursache von chronischem Husten (Dauer >2 Monate) und/oder rezidivierenden bronchopulmonalen Infekten kann selten einmal ein isolierter endotracheobronchialer Tumor vorliegen. Konventionell radiologisch sind diese, falls keine Atelektase oder poststenotische Veränderungen vorhanden sind, oft nicht sichtbar. Eine weiterführende Abklärung mittels CT ist in solchen Fällen, insbesondere bei fehlender alternativer Diagnose, indiziert. Im Anschluss sollte eine bronchoskopische Beurteilung des Tracheobronchialsystems erfolgen.