

Universitäts-Asthmapoliklinik, Städtisches Rudolf-Virchow-Krankenhaus,
West-Berlin, Deutschland. Direktor: Professor Dr. H. Herxheimer.

DIE DIFFERENTIALDIAGNOSE ASTHMA – DESTRUKTIVES LUNGENEMPHYSEM

Von
E. STRESEMANN

Wir haben in der Universitäts-Asthma-Poliklinik, Berlin, das Sputum von Patienten mit chronischen Atembeschwerden auf eosinophile Zellen untersucht. Die Patienten wurden hierfür in 2 Gruppen eingeteilt:

1. Patienten mit Bronchialasthma, d. h. mit typischen Anfällen von Ruhedyspnoe am Tage oder in der Nacht seit Krankheitsbeginn.
2. Patienten, meist über 50 Jahre, die nur über langsam zunehmende Belastungsdyspnoe, meist auch über Husten und Auswurf klagten und bei denen Anfälle von Ruhedyspnoe fehlten oder erst nach jahrelangem Verlauf aufgetreten waren. Diese Fälle haben wir zunächst als Emphysem bezeichnet.

Das Sputum der Patienten wurde nach der Methode von Mulder untersucht. Von jedem Auswurf wurden 5–6 Ausstriche angefertigt und der prozentuale Gehalt an Eosinophilen unter 5–600 Zellen pro Präparat bestimmt. Bei fehlender Sputumeosinophilie erfolgten 2 oder 3 weitere Auswurfuntersuchungen. Unter Sputumeosinophilie haben wir ein Vorkommen von mindestens 10% Eosinophilen oder eine lokale Anhäufung von mindestens 50% Eosinophilen pro Ausstrich verstanden. Desgleichen haben wir von Sputumeosinophilie gesprochen, wenn der Ausstrich mehr als 7% zugleich mit einer stellenweisen Häufung von über 30% Eosinophile aufwies.

Unter 129 nach dieser Methode untersuchten Asthmafällen fand sich in 92% eine Sputumeosinophilie. Unter den sog. Emphysemfällen hatten von 76 Patienten 56, d. h. 67%, eine Eosinophilie ihres Auswurfs. Folgt man der seit den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts geltenden Lehrmeinung, dass eine Eosinophilie im Auswurf für die eosinophile Bronchitis des Asthma kennzeichnend ist, so wird man sich fragen, welche Bedeutung ihr Vorkommen bei einem so hohen Prozentsatz von Emphysematikern hat. Man kann dabei zu der Folgerung kommen, dass die Eosinophilie des Sputums von Emphysematikern keine Beziehung zu der von Asthma bronchiale-Kranken zu haben brauche, weil die Sputumeosinophilie, die beim Asthmatischer Ausdruck des allergischen Geschehens ist, beim Emphysem-Kranken aus anderer Ursache entstanden sein kann. Man könnte für dieses Argument geltend machen, dass eine lokale Eosinophilie z.B. als eosinophile Pleuritis, bei Uteruscarzinom oder in Lymphknoten bei M. Hodgkin vorkommt, ohne dass allergischer Vorgänge für ihr Auftreten in diesen Fällen nachgewiesen werden können.

Andererseits wird man zu untersuchen haben, ob in anderen Fällen von chronischer Bronchitis sicher nicht allergischer Ätiologie die Eosinophilie des Sputums ebenso häufig ist. Wir haben hier zum Vergleich den Auswurf von Kranken mit Lungentuberkulose und mit Bronchialkarzinom untersucht und gefunden, dass Sputumeosinophilie bei diesen Kranken nur sehr selten vorkommt, wobei wir in einzelnen Fällen von Sputumeosinophilie bei solchen Kranken eine Asthmaanamnese nachweisen konnten. Wir sind daher mit Orie der Auffassung, dass das gehäufte Vorkommen von Eosinophilen im Sputum von Emphysemkranken darauf hinweist, dass diese Patienten eine chronisch allergische Bronchitis haben. Es ist hiernach naheliegend anzunehmen, dass es sich bei der Atemstörung dieser Patienten nicht oder nur teilweise um die Folgen destruktiver Veränderungen am Lungengerüst handelt, sondern dass hier eine besondere Verlaufsform eines Bronchialasthmas vorliegt. Da diese Patienten höheren Altersgruppen angehören und ihre Vorgeschichte sich von der einer Emphysematikers

nicht unterscheidet, ist es verständlich, dass diese Fälle als Emphysem bezeichnet werden. Wir folgern aus unseren Ergebnissen, dass wir aus der Anamnese eines Kranken mit emphysematischen Beschwerden nicht ohne weiteres auf ein destruktives Emphysem schliessen können. Wir finden diese Feststellung auch durch die Beobachtung der seltenen, atypischen Anamnesen von Asthma bronchiale bei jüngeren Menschen bestätigt, bei denen die Erkrankung ebenfalls mit Belastungsdyspnoe und Bronchitis beginnt, sich aber erst viele Jahre später der erste Asthma-Anfall einstellt und bei denen der weitere Verlauf ein typisches Asthma diagnostizieren lässt. Diese mögliche Gleichheit der Beschwerden von Asthma- und Emphysem-Kranken macht also eine differentialdiagnostische Unterscheidung aufgrund der Vorgeschichte unmöglich. Ein brauchbarer Hinweis auf die Natur einer chronischen Atemstörung, bei der zwischen Asthma und destruktivem Lungenemphysem unterschieden werden soll, ist nach unserer Erfahrung jedoch durch die Untersuchung des Auswurfs solcher Kranken gegeben, wobei Sputumeosinophilie für eine allergische Ursache der Atemstörung diagnostisch sein dürfte.

This document is a scanned copy of a printed document. No warranty is given about the accuracy of the copy. Users should refer to the original published version of the material.