Welche Möglichkeiten der Behandlung gibt es?

Am leichtesten ist die Behandlung, wenn man die Ursache einer Krankheit kennt. Ein Landwirt, der durch Kontakt mit verschimmeltem Heu erkrankt ist, muss selbstverständlich künftig jeden Kontakt mit feuchtem Heu und den darin gedeihenden Schimmelpilzen und Bakterien vermeiden.

Bei eindeutig nachgewiesenem Zusammenhang muss der Ziervogel aus der Wohnung entfernt, der Taubenstall aufgegeben, ein als Fibrose-Ursache in Frage kommendes Arzneimittel abgesetzt werden. Häufig schwelt dennoch der Entzündungsprozess bzw. die Bindegewebsfaserneubildung weiter. In diesen Fällen ist eine antientzündliche Behandlung mit Kortison-Tabletten und anderen entzündungshemmenden Medikamenten erforderlich. Es werden hierbei Substanzen eingesetzt, die die überschießende Immunreaktion im Sinn der Narbenbildung im Lungengewebe dämpfen sollen und daher als "Immunsupressiva" bezeichnet werden. Andere hemmen die Freisetzung von Sauerstoffradikalen.

Bei IPF (idiopathischer Lungenfibrose) und NSIP (nichtspezifischer idiopathischer Pneumonitis) sind die oben beschriebenen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten häufig begrenzt. Hier handelt es sich nicht um eine Entzündung, vielmehr bildet die kranke Lunge überschießend Bindegewebe, das zur Vernarbung führt. Medikamente, die zum Beispiel auf die Entzündung gut wirken, sind hier wenig effektiv. Im individuellen Fall können sie trotzdem angewendet werden, man darf aber keine zu hohen Erwartungen an diese Medikamente knüpfen. Es gibt Hinweise, dass N-Acetylcystein, ein Medikament, das ursprünglich für die Erleichterung des Abhustens entwickelt wurde, in hohen Dosen als Ergänzung zu den genannten Medikamenten wirken kann. Eine Blockierung des Magensäurerefluxes durch bekannte Medikamente (so genannte Protonenpumpeninhibitoren) hat sich in Einzelfällen ebenfalls als nützlich erwiesen.

Neue Medikamente werden ständig erprobt. Bei Erfüllung vorgegebener Voraussetzungen seitens der Krankheit kann ein Fibrose-Patient im Rahmen einer Studie ein neues Medikament erproben.

• Liga-Information •

Lässt sich mit Arzneimitteln allein keine ausreichende Verbesserung des Sauerstoffgehaltes im Blut erreichen, bietet die Langzeitsauerstofftherapie, die dann allerdings rund um die Uhr erforderlich ist, die Chance wieder mehr körperliche Bewegungsfreiheit zu gewinnen. Auch körperliches Training kann Patienten mit Lungenfibrose helfen, mit dem verfügbaren Sauerstoffangebot mehr körperlich zu leisten und damit eine bessere Lebensqualität zu gewinnen. (Informationen zur Langzeitsauerstofftherapie finden Sie unter www.sauerstoffliga.de).

Am Ende der therapeutischen Möglichkeiten kommt dann - allerdings nur für eine kleine Patientengruppe - die Lungentransplantation in Frage.

Es ist zu hoffen, dass in absehbarer Zeit weitere Vertreter der „antifibrösen“ Medikamente zur Verfügung stehen.

Wo erhalten Sie weitere Informationen?

Deutsche Atemwegsliga e. V.
Im Prinzenpalais/Burgstr.
33175 Bad Lippspringe

Telefon (0 52 52) 93 36 15
Telefax (0 52 52) 93 36 16

kontakt@atemwegsliga.de
www.atemwegsliga.de

30 Jahre DEUTSCHE ATEMWEGSLIGA E. V. in der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie

Bildnachweis: Fotolia

Stand: 2011

Information der Deutschen Atemwegsliga e. V.

Lungenfibrose

(Neuer Fachausdruck: Diffuse Lungenparenchymerkrankung)

Deutsche Atemwegsliga e. V.

Überreicht durch:

Was ist das?

Bei der Lungenfibrose geht gesundes Lungengewebe zugrunde und wird durch Narbengewebe ersetzt, vergleichbar der Narbenbildung an der Haut nach Verletzungen. Die vernarbten Lungen können weniger Sauerstoff aufnehmen und werden steifer und dehnen sich bei der Einatmung nur mit erhöhtem Kraftaufwand aus. Deshalb fällt die Atmung den Betroffenen schwer, sie atmen flacher und schneller. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute (bei Erwachsenen normalerweise 10 bis 16) nimmt zu, die maximale Luftmenge, die ein- oder ausgeatmet werden kann, nimmt ab. Dadurch entsteht das Gefühl der Atemnot, zunächst nur bei körperlichen Anstrengungen, später bereits unter Ruhebedingungen. Das vermehrt gebildete Bindegewebe (Vernarbung!) in der Lunge behindert zudem den Sauerstofftransport zu den roten Blutkörperchen. Dies hat zur Folge, dass der Sauerstoffdruck im arteriellen Blut sinkt. Die erhöhte Atemarbeit mit Überbelastung der Atemmuskeln und der Sauerstoffmangel sind die Ursache der Atemnot.

Was verursacht Lungenfibrose?

Nur in einem Teil der Fälle ist die Ursache bekannt. Schadstoffe, in der Atemluft oder über das Blut in die Lunge transportiert, führen im Lungengewebe zunächst zu einer Schädigung der Lungenbläschen und bei lang anhaltender Einwirkung zur Neubildung von Bindegewebsfasern.

Beispiele sind:

- Eiweiße aus dem Kot von Wellensittichen, Tauben oder Hühnern
- Schimmelpilze und Bakterien, z. B. in feucht eingefahrenem Heu oder in den Filtern von schlecht gewarteten Befeuchtungs- und Klimaanlagen (Befeuchterlunge)

• Liga-Information •

Die Symptome sind **zunächst** mit einem banalen Virusinfekt leicht zu verwechseln.

Beispiele:

- Ein Taubenzüchter reinigt seinen Taubenschlag und ist damit den Eiweißbestandteilen des Taubenkots ausgesetzt. Etwa 6 Stunden später bekommt er Fieber, fröstelt, hat Gliederschmerzen und Atemnot.
- Ein Bauer hat diese Beschwerden einige Stunden nach Arbeiten im Heusilo oder im Tierstall.
- Bei einer Reaktion auf Wellensittiche oder andere Ziervögel entstehen die Symptome eher schleichend, weil der Betroffene ständig geringen Kontakt mit dem pulverisierten Kot dieser Vögel hat. Manchmal treten die Symptome erst bei der Reinigung des Käfigs auf.

Auch einige Arzneimittel (z. B. Nitrofurantoin, Amiodaron, Medikamente für die Krebsbehandlung) können eine Lungenfibrose hervorrufen. Auf diese Nebenwirkungen wird in den jeweiligen Beipackzetteln hingewiesen. Eine Lungenfibrose kann auch als Berufskrankheit auftreten, hervorgerufen z. B. durch Asbest oder Steinstaub (Silikose).

Auch einige andere Erkrankungen, die nicht ursächlich die Lunge betreffen, und sogenannte Autoimmunerkrankungen wie die chronische rheumatische Gelenkentzündung, der Lupus erythematodes oder die Sklerodermie können zu einer Lungenfibrose führen. Gleiches gilt für Erkrankungen wie die Lungensarkoidose.

Bei vielen Patienten lässt sich die Ursache gar nicht feststellen. In diesen Fällen der Lungenfibrose spricht man dann von idiopathischen interstitiellen Pneumonien. Das Griechische "idiopathisch" bedeutet "ohne erkennbare Ursache entstanden". Interstitiell steht für „in den Zwischenräumen liegend“, in diesem Fall zwischen Lungenbläschen und kleinsten Blutgefäßen.

Wie kann man eine Lungenfibrose erkennen?

Hauptkennzeichen sind trockener Reizhusten und Atemnot bei Belastung. Bei manchen Patienten mit Lungenfibrose kann es zu einer Verdickung der Fingerendglieder mit verbreiterten und gerundeten Fingernägeln kommen. Man spricht von Trommelschlegelfingern und Uhrglasnägeln.

• Liga-Information •

Beim Abhören der Lunge sind knisternde Nebengeräusche bei der Einatmung charakteristisch. Das Geräusch ist mit dem Geräusch vergleichbar, das beim Laufen durch trockenes Laub entsteht. Die Veränderungen im einfachen Röntgenbild der Lunge sind erst dann gut zu erkennen, wenn die Fibrose schon fortgeschritten ist. Die wichtigste Röntgenuntersuchung zur Abklärung derartiger Lungenparenchymerkrankungen ist die hoch auflösende Computertomographie der Lunge. Weitere Untersuchungen wie spezielle Lungenfunktionsprüfungen und die Bronchoskopie müssen in der Regel folgen. Mit der Lungenspülung (broncho-alveoläre Lavage = BAL) können Zellen aus der Lunge mit Hilfe eines flexiblen Bronchoskops ausgespült und mikroskopisch untersucht werden. Das Ergebnis hat häufig für die Wahl der richtigen Behandlung große Bedeutung. Manchmal ist für die Diagnosestellung die Untersuchung einer Gewebeprobe aus der Lunge unvermeidlich. Diese wird entweder bei der Bronchoskopie, häufiger jedoch bei einem kleineren chirurgischen Eingriff entnommen. Heute wird diese Gewebeentnahme meist als sogenannte video-assistierte Thorakoskopie (VATS) durchgeführt. Für die häufigsten Erkrankungen unter den erwähnten idiopatischen interstitiellen Pneumonien - die idiopathische Lungenfibrose (IPF) und für die nichtspezifische interstitelle Pneumonie (NSIP) - wird jedoch heute die Diagnose häufig aufgrund der Krankengeschichte, der körperlichen Untersuchung, der hochauflösenden Computertomographie und der Labor- und Lungenfunktionsdiagnostik getroffen. Die Diagnostik ist schwierig, die enge Zusammenarbeit zwischen Lungenarzt, Röntgenarzt und Pathologen ist Voraussetzung für die exakte Diagnosestellung. Ganz wichtig ist in diesem Zusammenhang das Ergebnis der Lungenfunktionsprüfung, denn je stärker diese eingeschränkt ist, umso dringlicher muss eine Diagnostik und ggf. Behandlung durchgeführt werden.

Lungenerkrankungen, die zu einer Lungenfibrose führen, können sehr selten auch schon bei Säuglingen und Kleinkindern auftreten. Neben den bei Erwachsenen beschriebenen Symptomen fallen die betroffenen Kinder häufig durch eine Trinkschwäche und Gedeihstörung auf. Für einen Teil der Erkrankungen konnten inzwischen genetische Ursachen gefunden werden.