

BLICKDIAGNOSE

Die Fälle der MMW-Leser

Schicken Sie uns Ihren Bericht!
Bei Veröffentlichung erhalten Sie **150 €**.
cornelius.heyer@springer.com

Pneumothorax nach COVID-19-Pneumonie

Ein 61-jähriger Patient kam mit quälendem Husten, Tachypnoe und Tachykardie in die Notaufnahme. 17 Tage zuvor war er wegen einer COVID-19-Pneumonie stationär behandelt worden. Nun zeigte sich im Röntgen ein rechtsseitiger Spannungspneumothorax. Weitere 20 Tage später wiederholte sich das Geschehen auf der linken Seite.

© PD Dr. Christoph Nissen, Prof. Dr. Johannes Seitz, Radiologie Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg

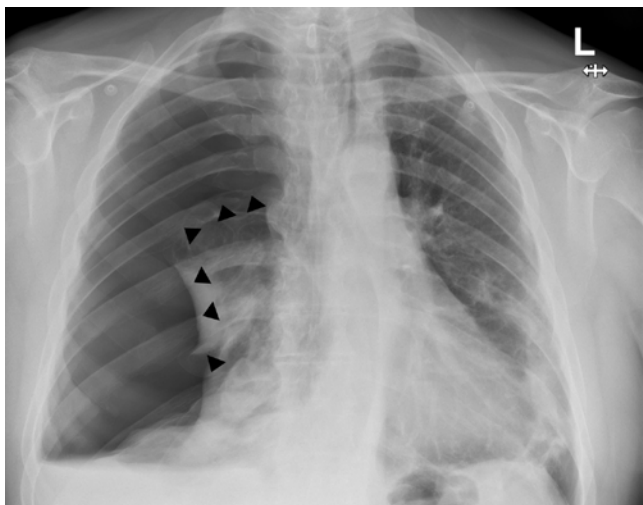


Abb. 1: Pneumothorax rechts mit Komplettablektase und beginnender Spannungskomponente. Linksseitig noch Infiltrate der Pneumonie.

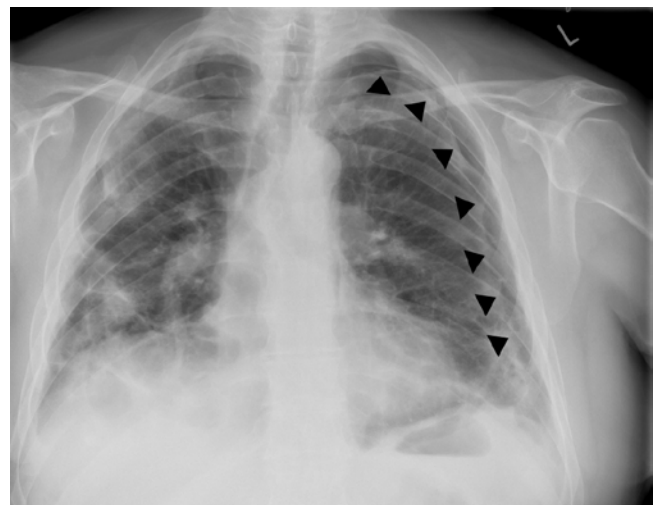


Abb. 2: Breiter Mantelpneumothorax mit Ausdehnung auf die gesamte linke Lunge.



Prof. Dr. med. Roland Büttner
Klinik für Innere Medizin I, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Landshuter Str. 65, D-93053 Regensburg

Koautoren:
Dr. med. Arthur Heiligen-setzer, Prof. Dr. med. Alois Fürst
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg

Bei der Erstdiagnose waren außer einer arteriellen Hypertonie weder Vorerkrankungen noch Risikofaktoren festgestellt worden, insbesondere keine vorbestehende strukturelle Lungenerkrankung und kein Nikotinkonsum. Der Patient war nach mehrtägiger symptomatischer Therapie mit Reizhusten in abnehmender Frequenz entlassen worden.

Bei der zweiten Vorstellung in unserer Notaufnahme fiel zunächst ein fehlendes Atemgeräusch rechts auf. Die Sauerstoffsättigung unter Raumluft lag bei 88%. Der daraufhin festgestellte Spannungspneumothorax wurde umgehend mit einer Thoraxdrainage versorgt (**Abb. 1**). Weil sich die Lunge nicht vollständig entfaltete, musste eine zweite Thoraxdrainage eingelegt werden.

Die COVID-19-induzierten Lungeninfiltrate waren auf dem CT eher regredient, aber dichter und zeigten Hinweise auf narbige Retraktionen. Fieber bestand nicht mehr, und der Rachenabstrich war negativ auf SARS-CoV-2. Hinweise auf eine bakterielle Sekundärinfektion gab es nicht. Auffällig war eine

hohe seröse Sekretmenge, weshalb die Thoraxdrainagen erst nach 14 Tagen entfernt werden konnten. Der Patient wurde beschwerdefrei entlassen.

37 Tage nach der Erstdiagnose stellte sich der Mann nach einer erneuter Hustenattacke mit einem kontralateralen Spontanpneumothorax vor (**Abb. 2**), der ebenfalls mit einer Thoraxdrainage versorgt wurde. Erneut ergab sich kein Hinweis auf einen anderen Infekt. Die Thoraxdrainage konnte nach 7 Tagen entfernt werden. In Ruhe war der Patient nun beschwerdefrei. Eine Lungenfunktionsprüfung nach Rekonvaleszenz wurde empfohlen.

Nach einer SARS-CoV-2-induzierten Pneumonie kann es zu rezidivierenden Pneumothoraces kommen. Als Ursachen können narbig-fibröse Umbauvorgänge in der Lunge und erhöhte intrathorakale Drücke bei starkem Reizhusten diskutiert werden. Auch nach Abklingen der Akutphase einer COVID-19-Erkrankung ist daher bei akuter Luftnot eine umgehende klinische und radiologische Untersuchung (Röntgenthorax, ggf. Thorax-CT) notwendig. ■