

Die Deutsche Lungenstiftung informiert: Lungenentzündung II (Atypische Pneumonie)

Weltweit sterben drei bis vier Millionen Menschen jährlich an einer Lungenentzündung (Pneumonie). Alte Menschen und Kinder sind besonders häufig betroffen. In Deutschland ist die Lungenentzündung die häufigste zum Tode führende Infektionskrankheit überhaupt. Dabei heilt die Erkrankung bei frühzeitiger und adäquat durchgeführter Antibiotikatherapie in den meisten Fällen folgenlos aus.

Was ist eine Atypische Lungenentzündung?

Als Pneumonie oder Lungenentzündung wird eine akute oder chronische Entzündung des Lungengewebes bezeichnet. Bei den durch Erreger verursachten Lungenentzündungen unterscheidet man zwischen typischer und atypischer Pneumonie. Typische Pneumonie verlaufen oft mit den klassischen Beschwerden Fieber, Husten, Krankheitsgefühl und werden durch bestimmte Bakterien (z.B. Pneumokokken) verursacht. Atypische Pneumonien entstehen durch andere Erreger und zeichnen sich oft durch einen untypischen Verlauf aus. Circa 20 Prozent aller Lungenentzündungen sind atypische Pneumonien. Charakteristisch für sie ist, dass vor allem das Gewebe zwischen den Lungenbläschen und den Blutgefäßen, das sogenannte Interstitium, von der Entzündung betroffen ist.

Welche Ursachen können zu einer Atypischen Lungenentzündung führen?

Atypische Pneumonien werden am häufigsten durch die folgenden Erreger verursacht: Mykoplasmen, Chlamydien, Rickettsien oder Legionellen. Mykoplasmen-Pneumonien kommen häufig in Form sogenannter Klein-epidemien in Gemeinschaftsunterkünften (Schulen, Heime oder Kasernen) vor. Chlamydien (*Chlamydia pneumoniae*) werden ebenfalls von Mensch zu Mensch übertragen, bei einer anderen Chlamydienart (*Chlamydia psit-*

taci) kann sich der Mensch aber auch von Vögeln anstecken. Legionellen (Legionärskrankheit) finden sich vor allem in stehendem, warmen oder heißen Wasser. Heizanlagen, Warmwasserboiler, aber auch Duschen kommen hier als Ansteckungsquelle in Frage.

Die Krankheitserreger gelangen meist über den Atemtrakt in die Lunge, also mit der Einatemluft. Ob es tatsächlich zu einer Pneumonie kommt, wenn Krankheitserreger in die Lunge eingedrungen sind, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zum einen spielen die Menge und die Aggressivität der Erreger eine wichtige Rolle, zum anderen die individuelle Abwehrlage des Betroffenen (Vorschäden der Lunge, Hustenreflex, vorhandene Abwehrschwäche).

Welche Krankheitszeichen können auftreten?

Meist besteht wie auch bei der typischen Pneumonie allgemeines Krankheitsgefühl mit Kopf- und Gliederschmerzen sowie Fieber mit Temperaturen über 38°, Schüttelfrost kann ebenfalls auftreten. Atmung und Puls sind beschleunigt. Bei der atypischen Pneumonie tritt aber im Gegensatz zur typischen Pneumonie Reizhusten ohne Auswurf auf. Bei ausgedehntem Befall der Lunge oder bei einer Vorschädigung kann der Betroffene Luftnot verspüren. Sichtbares Zeichen eines Sauerstoffmangels kann eine Zyanose (Blaufärbung von Lippen und Schleimhäuten) sein.

Bei den atypischen Pneumonien ist auf vielfältige Beschwerden seitens anderer Organsysteme zu achten. Neben Gelenksbeschwerden und Hautausschlag können auch das Zentrale Nervensystem (Gehirn) oder der Verdauungstrakt von der Infektion betroffen sein.

Welche Möglichkeiten gibt es, die Krankheit zu diagnostizieren?

Neben der Erhebung der Krankengeschichte (Anamnese) und der Beobachtung des Kranken, die den Verdacht des Arztes vielleicht schon auf eine Lungenentzündung richten, kann eine Pneumonie vor allem durch das Abhören (Auskultation) mit dem Stethoskop entdeckt werden. Dabei können typische Geräusche auftreten, die durch die Verdichtung des Lungengewebes und den vermehr-

ten Schleimgehalt in den Atemwegen entstehen. Diese Geräusche fehlen, wenn das betroffene Areal zu klein ist oder weit entfernt von der Brustkorbwand liegt, auch sind solche hörbaren Befunde bei der atypischen Pneumonie seltener und weniger stark ausgeprägt als bei der typischen Pneumonie.

Die wichtigste Untersuchung zur Erkennung bzw. zum Ausschluss einer Pneumonie ist aber die Röntgenaufnahme der Lunge. Allerdings findet man anders als bei der typischen Pneumonie oft nur einen diskreten Befund. In unklaren Fällen ist eine Computertomographie des Brustkorbs (CT-Thorax) hilfreich.

Um Untersuchungsmaterial für den Nachweis des auslösenden Erregers zu gewinnen, kann eine Bronchoskopie (Spiegelung der Atemwege) notwendig sein, die Untersuchung des ausgehusteten Schleims ist in der Regel zu ungenau. Die Diagnose einer atypischen Pneumonie gelingt mitunter durch die Identifizierung bestimmter Abwehrstoffe (Antikörper) im Blut. Legionellen können auch im Urin nachgewiesen werden.

Wie verläuft eine Lungenentzündung?

Abhängig vom Erregertyp und vom Zustand des Erkrankten sind die Verläufe von atypischen Pneumonien ganz unterschiedlich. Ältere Patienten, solche mit Vorerkrankungen oder einer Abwehrschwäche haben eine schlechtere Prognose. Auch eventuell auftretende Komplikationen beeinflussen den Verlauf ungünstig. Durch eine frühzeitige Diagnose und den Beginn der geeigneten Antibiotika-Therapie ist aber in den meisten Fällen eine komplikationslose Ausheilung der Erkrankung zu erreichen. Tödliche Verläufe kommen aber auch heute noch vor. Unter den atypischen Pneumonien ist die Legionellen-Pneumonie diejenige mit der höchsten Sterblichkeitsrate (Mortalität), die auch bei adäquater Behandlung bei etwa 10 Prozent liegt. Bei einer Infektion mit Chlamydien, Rickettsien oder Mykoplasmen liegt die Sterblichkeit deutlich niedriger.

Wie wird eine Lungenentzündung behandelt?

Nur bei unkomplizierten Fällen einer Lungenentzündung kann der Kranke zu Hause bleiben. Ältere Menschen und Patienten mit Vorerkrankungen oder Komplikationen sollten im Krankenhaus behandelt werden.

Auch bei der Behandlung der atypischen Pneumonie stellen Antibiotika die entscheidende Therapieform dar. Unter Berücksichtigung der Krankengeschichte und des Verlaufs wählt der Arzt ein Antibiotikum aus, das gegen den vermeintlichen Erreger wirksam ist. Die initiale Therapie erfolgt also ohne sichere Kenntnis des auslösenden Erregers. Wird später ein Erreger nachgewiesen oder bessert sich der Zustand des Kranken nicht, muss ggf. das Medikament gewechselt werden. Das Antibiotikum kann - abhängig vom Zustand des Kranken - intravenös (als Infusionen in eine Vene) oder in Tablettenform gegeben werden. Die Therapiedauer beträgt durchschnittlich 7 Tage. Bei Verdacht auf das Vorliegen von Problemkeimen werden auch verschiedene Antibiotika kombiniert, um das Wirkspektrum zu verbreitern.

Daneben kommen weitere Maßnahmen zum Einsatz, um die Beschwerden des Patienten zu lindern. Dazu gehört ausreichende Flüssigkeitszufuhr, bei Schwerkranken auch als Infusionen. Durch das Fieber ist der Flüssigkeitsbedarf erhöht. Patienten mit ausgedehnter Pneumonie oder mit Vorerkrankungen der Lunge können einer zusätzlichen Sauerstoffzufuhr per Nasensonde bedürfen. Der Kranke soll sich körperlich schonen, strikte Bettruhe ist aber nicht notwendig.

Kann man einer Lungenentzündung vorbeugen?

Die Entstehung einer Pneumonie ist eng mit vorbestehenden Erkrankungen oder einer Schwächung des Immunsystems verbunden. Eine gesunde und regelmäßige Lebensführung mit ausgewogener Ernährung und körperlicher Aktivität trägt zu einem guten körperlichen Allgemeinzustand bei. Die chronische Lungenschädigung durch das Rauchen ist ebenso vermeidbar wie die Schwächung der körpereigenen Abwehrkräfte durch übermäßigen Alkoholkonsum.

Eine Impfung gegen Erreger der atypischen Pneumonie ist derzeit nicht möglich.

Wer steht hinter der Deutschen Lungenstiftung?

Die Deutsche Lungenstiftung ist ein gemeinnütziger eingetragener Verein, der sich die Verbesserung der Situation von Patienten mit Lungenkrankheiten zum Ziel gesetzt hat. Weil eine große Zahl von Atemwegs- und Lungenkrankheiten durch das Rauchen ausgelöst bzw. verschlimmert wird, gehören Hilfe bei der Rauchentwöhnung und die Primärprävention des inhalativen Rauchens zu den wesentlichen Aufgaben dieser Organisation.

In der Deutschen Lungenstiftung haben sich Ärzte, Patienten und Persönlichkeiten aus dem öffentlichen Leben organisiert. Sie stehen im Dialog mit politisch Verantwortlichen und den Selbsthilfegruppen, organisieren Forschungsprojekte und führen Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte sowie Informationsveranstaltungen für Patienten durch. Vorsitzender ist Prof. Dr. med. Harald Morr, Klinik Waldhof Elgershausen, Greifenstein. Im Kuratorium engagieren sich viele Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens.

Die Deutsche Lungenstiftung finanziert sich ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden. Weitere Informationen können unter folgender Anschrift angefordert werden:



Geschäftsstelle:
Herrenhäuser Kirchweg 5
30167 Hannover
Tel.: (0511) 2155110
Fax: (0511) 2155113
Deutsche.Lungenstiftung
@t-online.de
www.lungenstiftung.de

Spendenkonto:
Dresdner Bank AG
BLZ: 250 800 20
Konto Nr. 111 0 111 00
Unterkonto Lungenkrebs:
Konto-Nr. 111 0 111 01

Deutsche Bank AG
Hannover
BLZ: 250 700 24
Konto-Nr. 191 009 000

Spenden sind steuerlich abzugsfähig. Eine Spendenbescheinigung wird automatisch zugestellt.

Vorstand:

Prof. Dr. med. Harald Morr
Greifenstein, Vorsitzender

Prof. Dr. med. Adrian Gillissen
Leipzig, Stellv. Vorsitzender

Dr. Kajo Neukirchen
Bad Homburg, Schatzmeister

Prof. Dr. med. Thomas O.F. Wagner
Frankfurt, Schriftführer

Kuratorium

Präsidium:
Prof. Dr. med. Gerhard W. Sybrecht
Homburg/Saar, Vorsitzender

Frau Astrid Gercke-Müller,
Eppelborn, Stellv. Vorsitzende

Dipl.-Kfm. Rolf Kirchfeld,
Hamburg, Stellv. Vorsitzender

Lungen- entzündung II (Atypische Pneumonie)

