



Bronchiektasen



Deutsche Atemwegsliga e. V.

Überreicht durch:

Sekretdrainage mit physikalischen Methoden ganz im Vordergrund: Lagerungsdrainage, Vibrationsmassage, autogene Sekretdrainage, Flutter-Ventil, Hochfrequenzinhalation. Das Hauptproblem der Bronchiektasen-Krankheit ist die zunehmende bakterielle Hohlräumbesiedelung der Bronchien mit Keimen, die infolge schlechten Ansprechens auf Antibiotika schwer zu beseitigen sind. Eine bakteriologische Untersuchung des Auswurfs und eine gezielte, ausreichend hoch dosierte, Behandlung mit Antibiotika ist dann notwendig, wenn die Hohlräuminfektion auf die umliegenden Lungenabschnitte übergreift und dort eine Art Lungenentzündung erzeugt. Diese geht häufig mit Nachtschweiß, vermehrtem Hustenreiz eventuell auch mit Fieber und Unwohlsein einher. Oft hilft nur eine intravenöse Behandlung mit Antibiotika über mindestens zwei Wochen. Auch inhalativ verabreichte Antibiotika können wirksam sein.

Früher liefen Bronchiektasen-Patienten Gefahr, im Laufe der Jahre und Jahrzehnte immer mehr an Lungenfunktion zu verlieren und zuletzt durch Rechtsherzbelastung und verminderten Sauerstoffgehalt im Blut immer weniger körperlich belastbar zu werden. Inzwischen hat sich die Prognose der Bronchiektasen-Krankheit Dank der konsequenten Therapie mit Antibiotika aber eindrucksvoll gebessert.

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

eMail: atemwegsliga.lippspringe@t-online.de

Internet: www.atemwegsliga.de

Der Name leitet sich vom griechischen éktasis = Erweiterung ab und bedeutet daher wörtlich „Bronchialerweiterung“. Bronchiektasen können zylinderförmig, sackförmig (zystisch) oder spindelförmig (varikös) sein, betroffen sind meist die mittleren und kleinen Bronchien.

Die Bronchialerweiterung führt dazu, dass der physiologische Sekrettransport durch die Flimmerhärchen gestört ist und das Bronchialsekret wie in einem Syphon an den tiefsten Stellen liegen bleibt. Das stagnierende Sekret kann von Bakterien besiedelt werden, oft schwellt jahrelang eine lokale Entzündung vor sich hin, die sämtliche Wandschichten der Bronchien und später auch das umliegende Lungengewebe erfasst. Am Ende kommt es um die Bronchien herum zur Bindegewebsneubildung und zu narbigen Verziehungen der Bronchien, die den Sekrettransport noch zusätzlich behindern. Manche Patienten husten Tag für Tag große Mengen eines gelb-grünen Sputums aus, das manchmal auch blutig sein kann. Zunehmender Husten ist oft ein Zeichen der aufgeflackerten Infektion. Es gibt auch trockenen Husten bei der Bronchiektasie-Krankheit.

Bronchiektasen entstehen meist nach Infektionen im Kindesalter. Sie sind in Mitteleuropa im Laufe der letzten Jahrzehnte seltener geworden, da Masern und Keuchhusten als die früher hauptsächlichsten Ursachen durch eine konsequente Impfung zurückgegangen sind. Auch neue Fälle von Tuberkulose spielen als Bronchiektasen-Ursache inzwischen bei uns kaum noch eine Rolle. Heute sind Bronchiektasen meist die Folge von Lungenentzündungen oder wiederholten Virusinfekten der kleinsten Atemwege (Bronchiolitis) im Kleinkindesalter. Es gibt aber auch eine angeborene Form der Bronchiektasen, die auf einer Entwicklungsstörung der Lunge beruht. In Teilen der Lunge, meistens in den Unterlappen, bleibt die Differenzierung des Bronchialbaums bei der 6. bis 8. Teilungsgeneration stehen, während es in der gesunden Lunge 20 bis 22 Teilungsgenerationen

gibt. Es entstehen dadurch meist sehr große, sekretgefüllte Bronchiektasen, die von der „Wabenlunge“ im Extremfall bis zur „Sacklunge“ führen. Es ist klar, dass solche Lungenabschnitte kaum noch etwas zur Lungenfunktion beitragen, sondern nur ein ständiger Infektionsherd sind. Eine operative Entfernung ist aber nur in seltenen Fällen möglich, wenn die Bronchiektasen auf einen umschriebenen Lungenabschnitt begrenzt sind.

Auch in Folge von Erbkrankheiten, wie der zystischen Fibrose (auch Mukoviszidose genannt) bilden sich im Kindesalter, bei leichtem Verlauf erst im frühen Erwachsenenalter Bronchiektasen. Chronische oder wiederkehrende Infekte im Erwachsenenalter, zum Beispiel in Folge von wiederholten Aspirationen („sich verschlucken“) führen ebenfalls zu Bronchiektasen.

Wenn die Bronchiektasen ausgedehnt sind, können Rasselgeräusche auskultierbar sein, verursacht durch Turbulenzen in den sekretgefüllten Atemwegen. Die einfache Röntgenaufnahme der Lunge zeigt nur in den schwersten Fällen eindeutige Veränderungen. Um die Bronchiektasen exakt erfassen zu können, ist heute die hoch auflösende Computertomographie der Lunge (HRCT) die zuverlässigste und den Patienten am wenigsten beeinträchtigende diagnostische Methode.

Häufig findet der Röntgenarzt als Zufallsbefund eine leichtgradige Erweiterung der Bronchien, die er ebenfalls Bronchiektasen nennt. Die klinische Symptomatik der Bronchiektasen-Krankheit (Husten, viel Auswurf) kann dabei vollständig fehlen. Die Bedeutung solcher Befunde für den Patienten bleibt unklar. Der Nachteil der Computertomographie besteht aber darin, dass die Längsausdehnung der Bronchiektasen nicht genau beurteilt werden kann.

Für die weitaus meisten Bronchiektasen-Patienten kommt eine chirurgische Therapie nicht in Frage, weil die Bronchiektasen mehrere Lungenteile betreffen. Bei ihnen steht eine konsequente