

Wann lohnt sich die Punktion des Pleuraergusses?

In diesem Seminar vermittelten Prof. Verena Briner, Luzern, und Dr. med. Christoph Merlo, Luzern, wesentliche Informationen und praktische Hinweise über die verschiedenen Aspekte des Pleuraergusses. Mit Hilfe von Fallbeispielen untermauerten die Referenten ihre Beiträge zum Thema.

C.-C. Schürer

Verena Briner präsentierte zunächst klinische und diagnostische Fakten zum Thema Pleuraerguss. Bevor sich der untersuchende Arzt zur Punktion eines Pleuraergusses entschliesst, sollte er Klarheit über dessen ungefähres Volumen haben. Klinische Parameter und bildgebende Verfahren detektieren folgende Flüssigkeitsmengen:

- Ultraschall: 10 ml im Liegen
- Röntgen:
- 200 mL, Verschwinden des costo-phrenischen Winkels (bei subpulmonalem Erguss: Zwerchfellhochstand, lateralisierte Diaphragmaspitze, Abstand Magenblase-Lunge >2 cm, fehlende Unterlappengefässe)
- 1000 mL, Zwerchfell bis zur 4. Rippe ventral
- Klinik: <300 mL normaler Befund!

Bei der Differentialdiagnose des Pleuraergusses sind vor allem folgende Ätiologien in Erwägung zu ziehen: Kardiale Ursachen,

Leberzirrhose, pleuropulmonaler Infekt, parainfektios, Hypoproteinämie, Lungenembolie, Chylothorax, Malignome der Lunge sowie pulmonale Metastasen.

Tabelle 1.

Mögliche Komplikationen bei einer Pleurapunktion.

Pneumothorax 1–10%
Hämatothorax
Vasovagale Reaktion
Infekt
Punktion von Leber, Milz, Niere
1,5 L entfernt: Lungenödem!
<i>Relative Kontraindikationen</i>
Thrombozytenzahl <25000 G/L
INR <2

Punktieren oder nicht punktieren

In der Diagnostik und Therapie eines Pleuraergusses stellt sich häufig die Frage nach der Notwendigkeit einer Punktion. Bei klinisch fundierter Annahme eines Transsudates (z.B. bei bekannter Herzinsuffizienz) ist die Punktion einer kleinen Flüssigkeitsmenge nicht erforderlich. Oft muss ein Pleuraerguss aber ebenso dringend behandelt werden wie die auslösende Ursache, besonders wenn ein grösserer Erguss pulmonale Symptome hervorruft. Dabei kommen in erster Linie diuretische Massnahmen in Frage. Wenn sie versagen, ist eine Entlastungspunktion der nächste Schritt. Bei der Punktion grösserer Ergüsse darf die entfernte Menge pro Punktion nicht mehr als 1,5 Liter betragen, sonst droht ein Lungenödem. Im ungünstigen Fall können bei jeder Pleurapunktion diverse Komplikationen auftreten (Tab. 1).

Christoph Merlo ergänzte die Ausführungen von Verena Briner durch einige interessante Fälle aus der Klinik, wie zum Beispiel den eines Patienten mit einem Pleuraerguss als Erstmanifestation einer monoklonalen IgM-Gammopathie bei Non-Hodgkin-Lymphom. Die Fallbeispiele bildeten auch die Überleitung zum nächsten Schwerpunkt des Seminars, dem Chylothorax.

Chylothorax

Einem Chylothorax liegt in der Hälfte der Fälle ein Malignom zugrunde, als weitere Gründe folgen Traumata oder idiopathische Ursachen. Schon bei der Punktion legt eine



milchige Flüssigkeit (manchmal ist sie aber auch nur trüb) den Verdacht auf einen Chylothorax nahe. Im Punktat finden sich Chylomikronen, Cholesterin und Triglyzeride. Die Differentialdiagnose zum Pleuraempyem lässt sich schon nach der Zentrifugation stellen: Bei Chylus bleibt der Überstand typischerweise trüb. Enthält der Erguss dagegen Eiter, ist der Überstand klar. Von den chylösen Ergüssen sind die chyliformen Ergüsse abzugrenzen. Bei ihnen handelt es sich um

chronische Ergüsse, die zum Beispiel im Rahmen einer langjährigen Tuberkulose oder einer chronischen Erkrankung wie rheumatoider Arthritis entstehen.

Wenn die Analyse des Punktats zu keiner klaren Diagnose führt, lohnt sich eine Pleurabiopsie als weitere Massnahme, aber nur bei Exsudaten. Bei einem Transsudat ist die Oberfläche der Pleura immer glatt und normal und damit für die histologische Untersuchung unergiebig.