

Dr. med. Christian Schnabl
Praxis für Innere Medizin
Falkenberger Ch. 134 – 136
13057 Berlin
Tel: 030 9285043

Berlin, 26.9.2005

Kasuistik BK-RIV Therapie

Erfolgreiche adjuvante Therapie mit BK- RIV bei idiopathischer Lungenfibrose

Vorgeschichte:

Bei der 77-jährigen Patientin Maria Sch. wurde im Juni 2004 erstmals die Verdachtsdiagnose einer idiopathischen Lungenfibrose gestellt. Die Klinik bestand typischerweise aus trockenem Husten und einer Belastungsdyspnoe bei respiratorischer Partialinsuffizienz. Der Sauerstoffpartialdruck im arteriellen Blut war in Ruhe vermindert, unter Belastung trat eine zunehmende Sauerstoffentsättigung auf. Spirometrisch liegen restriktive Ventilationsstörungen vor. Auskultatorisch war diffuses Knisterrasseln zu hören. Als wesentliche Begleiterkrankungen sind eine arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie und Karotisstenosen bds. bekannt. Die Behandlung der pulmonalen Erkrankung bestand fortan in einer Kortikoiddauertherapie mit 10 – 20 mg Prednisolon. 6 Monate später kam es zu einer klinischen Verschlechterung mit Zunahme der Dyspnoe vor allem auch in Ruhe, so daß eine stationäre Behandlung erforderlich war. Es wurden weitere Untersuchungen wie thorakales CT, Bronchoskopie mit BAL und Histologie durchgeführt. Die bakteriologische Diagnostik blieb ohne positiven Erreger-Nachweis. Therapeutisch erfolgte die Verordnung einer Langzeitsauerstofftherapie (LOT) für mindestens 16 Std. pro Tag.

Im weiteren Verlauf traten ca. 4-wöchig schubweise weitere Verschlimmerungen des Krankheitsbildes auf. Diese waren geprägt von schwerstem allgemeinem Krankheitsgefühl, Mattigkeit, Abgeschlagenheit, schwerste Gliederschmerzen und vor allem von akuter Luftnot. Paraklinisch waren diese Schübe von massiven Anstieg der Entzündungsparameter - Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BSG) und dem C-reaktiven Protein (CRP) - begleitet. Letzteres teilweise bis 200-300 mg/l (Norm < 9 mg/l).

Nach antibiotischer Therapie und höheren Kortikoiddosen stabilisierte sich die Patientin allmählich. Die alveoläre Diffusionskapazität wurde durch jede dieser Exacerbationen weiter verschlechtert, die LOT war nun 24 Std. bei höherem O₂-Flussraten erforderlich. Das Monitoring erfolgte mittels Pulsoxymetrie zu Hause.

Eine im März 2005 begonnene Azathioprintherapie musste 6 Wochen später wegen Anämie und stationärer Behandlung wegen Pneumonie abgebrochen werden. Auch nach der Krankenhausbehandlung bestand weiterhin eine schwere allgemeine Beeinträchtigung, muskuläre Schwäche, Ruhedyspnoe und Pflegebedürftigkeit. Tätigkeiten im Haushalt waren nicht mehr möglich.

Das CRP war weiterhin deutlich erhöht, sodass von einem Fortschreiten der entzündlichen Reaktion und Zunahme der Lungenfibrose ausgegangen werden musste.

BK-RIV Therapie:

Am 23.4.2005 wurde mit einer BK- RIV Therapie begonnen. Es erfolgte eine Injektionsserie intramuskulär. 10 ml BK-RIV wurden verteilt auf 2 – 3 ml pro Injektion innerhalb von drei Wochen verabreicht. Später wurde eine Anschlussbehandlung mit insgesamt 10 ml verteilt auf 2 ml pro Injektion in zwei wöchigem Abstand durchgeführt. Einen Monat später hatte sich das Allgemein befinden soweit stabilisiert, dass es der Patientin wieder möglich war, den Haushalt zu versorgen und Treppen zu steigen. Das CRP hatte sich am 13.6.2005 bis auf 7.9 verringert.

Nach einer RIV-Therapiepause kam es ohne klinische Verschlechterung zu einem Anstieg des CRP auf 70. Die sofort begonnene RIV-Behandlung normalisierte den Wert innerhalb von 2 Wochen. Aktuell werden 2 ml RIV im Abstand von 4 Wochen als Erhaltungstherapie appliziert.

Diskussion:

Die idiopathische Lungenfibrose stellt bislang eine schwere, unterschiedlich schnell progrediente Erkrankung dar. Die mittlere Überlebenszeit beträgt im Mittel 2.8 Jahre, die Mortalität beträgt 70-90%. Die Diagnose wird klinisch, spirometrisch (vorwiegend restriktive Veränderungen), radiologisch (Röntgen Thorax und Spiral-CT) und mit transbronchialer Lungenbiopsie und broncho-alveolärer Lavage gestellt.

Therapeutisch werden viele der bekannten immunsuppressiven, proliferationshemmenden Medikamente eingesetzt ohne das die Krankheit dadurch wesentlich beeinflussbar ist. Hinzukommt, dass insbesondere bei älteren Patienten mit Nebenwirkungen zu rechnen ist.

Im vorliegenden Fall zeigte die Behandlung mit BK-RIV einen positiven Effekt auf die entzündlichen Krankheitsschübe und auf die Vermeidung und Besserung interkurrenter pulmonaler Infektionen unter immunsuppressiver Therapie. Radiologisch konnte das Fortschreiten der Fibrose gestoppt werden. Die Neutrophilenvermehrung und Einwandern von Fibroblasten (faserbildende Zellen) in die Alveolen wird reduziert.

Somit stellt die Behandlung mit BK-RIV möglicherweise eine wirksame primäre oder adjuvante Therapieoption bei idiopathischer Lungenfibrose dar.