

Das Röntgenbild der Lunge bei Röteln

Von

V. AUGUSTIN und F. FEKETE

Röntgenabteilung (Chefarzt: Dr. V. AUGUSTIN) des Städtischen László Krankenhauses, Budapest

(Eingegangen am 20. Mai 1963)

Die pathologischen Arbeiten über die Röteln befassen sich meistens nur mit der Röteln-Embryopathie [8]. Über systematische Lungenuntersuchungen bei Röteln fanden wir im Schrifttum keine Angaben. Die katarhalischen Symptome der Röteln sind im allgemeinen mild, eine Neigung zur bakteriellen Superinfektion besteht nicht. Die Widerstandsfähigkeit des Körpers schwächt die Röteln nicht. MASCIA, CHICK und LEWY [11] fanden bei tuberkulösen Kindern keine Verschlechterung des Prozesses nach Röteln. BRETON und WALBAUM [4] erwähnen in ihrer Arbeit über die viralen Pneumopathien auch die Röteln, ohne jedoch auf nähere Angaben einzugehen. WALKER [15], BRADFORD [3], DAHL [6], BERNHEIM und GILLY [2] geben in ihren Veröffentlichungen unter den seltenen Komplikationen der Röteln auch die Bronchopneumonie an. POTTER [12] sah in einem Fall von Röteln eine schwere kruppöse Pneumonie auftreten, welche aber auch eine Koinzidenz sein konnte. DUNAN und MOLINO [7], HOFFMAN und HUAN [9] beobachteten, wie sich in einem Fall bzw. in drei Fällen mit »atypischen« Röteln Löfflersches

Syndrom und spontaner Pneumothorax entwickelten. Diese Beobachtungen wurden jedoch von anderen Autoren nicht bestätigt.

Vom röntgenologischen Standpunkt aus kann bei Röteln die Virämie, das Exanthem und die Lymphadenopathie von Bedeutung sein. Das Virus ist im Blut und in der Rachenspülflüssigkeit nachweisbar. Während des Exanthems finden wir in den meisten Fällen auch eine Rötung des Rachens und ein Enanthem an der Mundschleimhaut, besonders am weichen Gaumen. MARETIČ und MATIJAŠIČ [10] fanden bei der Appendektomie eines Kindes mit frischen Rötelnexanthem ein Enanthem auch am Peritoneum. So ist es wahrscheinlich, daß sich mit dem Exanthem auch ein Enanthem auf der Schleimhaut der tieferen Luftwege entwickelt. Die Lymphadenopathie kommt an der Okzipitalgegend am stärksten zum Ausdruck, oft sind aber die anderen regionalen Lymphknoten und auch die Milz vergrößert. Über das Verhalten der hilaren, intrathorakalen Lymphknoten finden sich keine Angaben.

Um über die Lungenveränderungen bei Röteln genaue Angaben zu er-

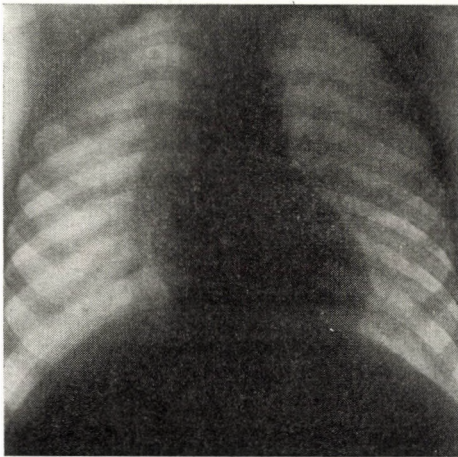


ABB. 1a und 1b: S. J. 5jähriger Knabe, akutes Rötelnexanthem. Luftarmut der Lungensfelder, verstärkte Lungenzeichnung

halten, haben wir bei sämtlichen Rötelnkranken, die zwischen dem 1. Oktober 1961 und dem 31. März 1962 in unserem Krankenhaus aufgenommen wurden zweiseitige Röntgenaufnahmen gemacht. Patienten, die gleichzeitig auch an einer anderen Krankheit litten, haben wir in diese Beobachtungen nicht einbezogen. So berichten wir hier über 57 reine Rötelnfälle. Es handelt sich um 36 Knaben und 21 Mädchen. Der jüngste Patient war 9 Monate, der älteste war 23 Jahre alt. Die Patienten kamen nicht deshalb in das Krankenhaus, weil es schwere Fälle waren, sondern nur, weil sie von Kinderheimen oder Internaten isoliert werden sollten, oder weil ihre Krankheit vom Hausarzt irrtümlich als Scharlach oder Masern diagnostiziert wurde.

Den typischen Ausschlag fanden wir bei jedem Patienten, Enanthem und Rachenkatarrh sahen wir bei der Hälfte, Konjunktivitis nur bei

10% der vorliegenden Fälle. Die okzipitalen Lymphknoten waren in jedem Fall, der zervikale in mehr als der Hälfte, die übrigen Lymphknoten bei mehr als einem Viertel vergrößert. Das Fieber stieg im allgemeinen nicht über 39°C und hielt 2–4 Tage an. Katarrhalische Symptome der Lunge fanden wir bei 5 Kranken. Die BSG war nur bei 6 Kranken über 20 mm.

Ein großer Teil der Röntgenaufnahmen zeigte auch in komplikationslosen Fällen virusbedingte Lungenveränderungen. Auf den Lungenaufnahmen, die während der Exanthemperiode gemacht worden waren, fanden wir — besonders bei kleinen Kindern — öfters diffuse Luftarmut mit verstärkter Lungenzeichnung und vergrößertem Hilusschatten (Abb. 1a und 1b). Dieses Bild ähnelt sehr der »Masernlunge« (14), die bei komplikationslosen Masern während des Exanthemstadiums auftritt.

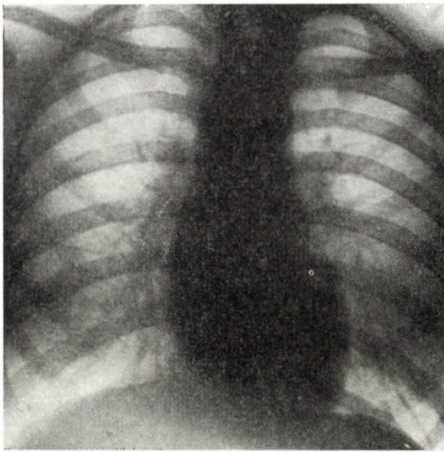


ABB. 2a und 2b: G. B. 11jähriges Mädchen. Seit 3 Tagen Röteln. Milchglasartige Trübung der basalen Lungenfelder

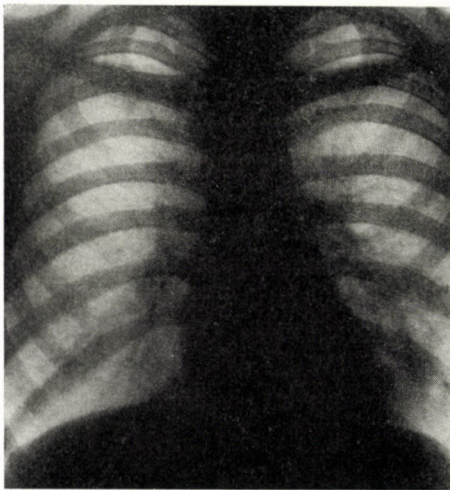


ABB. 3a und 3b: H. F. 16jähriger Junge. Seit 5 Tagen Röteln. Streifige pneumonische Verschattung links parakardial im Abklingen

Wir fanden in 40% unserer Rötelnfälle eine peribronchitische, streifige Verschattung der Lungenfelder, welche der II. Gruppe unserer Einteilung der virusbedingten Lungenveränderungen [1] entspricht. Die für die Virusprozesse typische milchglas-

artige Verschattung der basalen Lungenfelder (Gruppe III) beobachteten wir bei 5 Kranken (Abb. 2a und 2b). Eine segmentale Pneumonie — meistens im 8. und 10. Segment — ohne schwere klinische Symptome war bei 4 Fällen zu sehen (Abb. 3a und 3b).

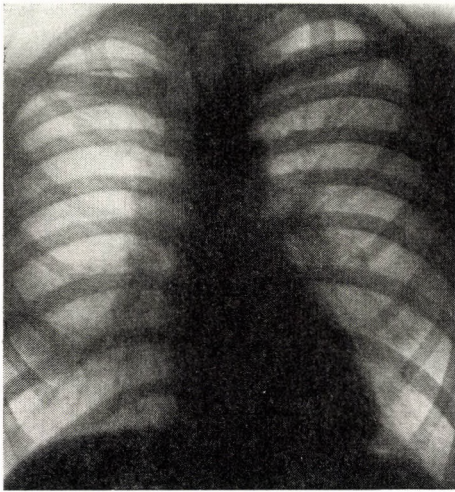


ABB. 4a und 4b: 15jähriger Knabe. Seit 3 Tagen Röteln. Peribronchitische streifige Verschattung, haselnußgroße hilare und paratracheale Lymphknoten

Eine pleurale Beteiligung war in keinem Falle vorhanden.

Den vergrößerten regionalen Lymphknoten entsprechend, waren auch die hilaren Lymphknoten in 41 Fällen geschwollen, teils erbsen-bohnengroß, teils nußgroß (Abb. 4a und 4b). In manchen Fällen waren auch die paratrachealen Lymphknoten vergrößert. Eine tuberkulöse Erkrankung konnte in jedem Fall ausgeschlossen werden. Die Lymphadeno-

pathie war nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen der Röteln in manchen Fällen nach 3—4 Wochen noch zu sehen.

In der Differentialdiagnose der Lungenveränderungen der Röteln können die morbillösen und die von anderen Viren (Adenovirus, Coxsackie, Mononucleosis infectiosa usw.) verursachten Lungenveränderungen in Frage kommen.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden bei 57 Kranken, die ausschließlich an Röteln litten Röntgenuntersuchungen durchgeführt. Im Exanthemstadium wurde — besonders bei jüngeren Patienten — eine der »Masernlunge« ähnliche diffuse, feine

Luftarmut und verstärkte Zeichnung der Lungenfelder vorgefunden. Bei 23 Patienten lag eine peribronchitische, streifige Zeichnung, bei 5 eine milchglasartige Trübung der basalen Lungenfelder, und in 4 Fällen eine seg-

mentale Viruspneumonie vor. Der regionalen Lymphknotenvergrößerung entsprechend waren bei 86% die hilaren, in manchen Fällen auch die paratrachealen Lymphknoten vergrößert.

SCHRIFTTUM

1. AUGUSTIN, V.: Virusbedingte Lungenveränderungen bei Keratoconjunctivitis epidemica Kranken. Fortschr. Röntgenstr. **98**, 21 (1963).
2. BERNHEIM, M., GILLY, R.: La Rubeole. Rev. Prat. (Paris) **10**, 1803 (1960).
3. BRADFORD, W. L.: German Measles. Practice of Pediatrics, ed. J. Brenne-man Bd. II. Prior, Hagerstown (1958).
4. BRETON, A., WALBAUM, R.: Les pneumopathies virales des maladies eruptives de l'enfant. Méd. infant. **65**, 27 (1958).
5. MACBRYDE, C. M., CHARLES, C. M.: Differential Diagnosis of Rubella. Arch. intern. Med. **56**, 935 (1935).
6. DAHL, E.: Rubella Epidemics with Complications. T. norske haegefaeren. **77**, 171 (1957).
7. DUNAN, MOLINO.: zit. Breton und Walbaum (4).
8. GREGG, N. A.: Congenital Cataract Following German Measles in the Mother. Trans. ophthal. Soc. Aust. **3**, 35 (1942).
9. HOFMANN, HUAN.: zit. Breton und Walbaum (4).
10. MARETIČ, Z., MATIJAŠIČ, M.: Eine weniger bekannte Lokalisation des Exanthems bei Rubeola. Med. Klin. **53**, 145 (1958).
11. MASCIA, A. V., CHICK, F. E., LEWY, W. E.: Effects of Rubeola on Tuberculosis. J. Pediat. **43**, 2940 (1953).
12. POTTER, O.: Severe Forms of Rubella. Brit. med. J. **2**, 1084 (1930).
13. RIVERS, TH. M.: Viral and Rickettsial Infections of Man. Lippincott, Philadelphia (1960).
14. SCHMID, F., WEBER, G.: Röntgendiagnostik im Kindesalter. Bergmann, München (1955).
15. WALKER, J. V.: Rubella. Med. Off. R. **89**, 156 (1953).

DR. V. AUGUSTIN,

Gyáli út 5.

Budapest, IX. Ungarn