

*Der besondere Fall*

# Aktinomykose der Lunge, Leber und Gallenblase

**Seltene Erkrankung** Ein 49-Jähriger wird wegen unklarer pulmonaler Raumforderungen und drastischem Gewichtsverlust in die Klinik überwiesen. Die Bildgebung legt zunächst nahe, dass es sich um ein Gallenblasenkarzinom mit Leberinfiltration und Beteiligung der Lunge handelt. Histopathologie und Biopsie ergeben jedoch einen überraschenden Befund.

Von Dr. Daniel Rückner<sup>1</sup>, Dr. Gotthard von Klinggräff<sup>1</sup>, Dr. Hanns-Olof Wintzer<sup>2</sup>, Dr. Daniel Niemeyer<sup>3</sup>, Prof. Dr. Walter Gross-Fengels<sup>1</sup>

Die Aktinomykose ist eine seltene und chronisch progredient verlaufende Infektionskrankheit, die durch ein tumorähnliches Wachstum mit der Neigung zur Abszedierung und der Ausbildung von Granulationsgewebe gekennzeichnet ist.

Meistens entsteht sie durch eine bakterielle Mischinfektion, die vor allem durch *Actinomyces israelii* (anaerobe, grampositive und Grocott-positive Erreger) hervorgerufen wird; seltener auch durch *Actinomyces naeslundii* und *Actinomyces radingae*. In den meisten Fällen (55 Prozent) ist die Aktinomykose zervikofazial lokalisiert. Ein pulmonaler (30 Prozent) und abdominaler Befall (15 Prozent) tritt wenig häufig auf (1). Eine Aktinomykose der Gallenblase ist extrem selten. Bisher wurden weniger als 30 Fälle in der Fachliteratur beschrieben (2). Der hier vorgestellte Fall zeigt, wie die Aktinomykose ein metastasiertes Gallenblasenkarzinom nachahmt.

Ein 49-Jähriger stellt sich zur Abklärung pulmonaler Raumforderungen unklarer Dignität, die im Rahmen einer auswärtigen Routine-

diagnostik aufgefallen waren, in unserer Klinik vor. Der Patient gibt einen Gewichtsverlust von 20 kg und einen leichten Leistungsknick innerhalb der letzten 6 Monate an. Husten oder Luftnot werden verneint. Die körperliche Untersuchung ist bis auf einem leicht reduzierten Allgemeinzustand unauffällig. Als Vorerkrankungen sind ein insulinpflichtiger Diabetes Typ I, ein arterieller Hypertonus, eine pAVK und chronischer Nikotinabusus bekannt. Im Aufnahmelabor sind erhöhte Entzündungsparameter (Leukozyten 20.000/μl, C-reaktives Protein 240 mg/L und eine BSG nach einer Stunde von 105 mm) nachweisbar, außerdem besteht eine hypochrome mikrozytäre Anämie (Hb 8,3 g/dl) und eine Thrombozytose von 725/l. Die übrigen Laborparameter sind bis auf eine leicht erhöhte alkalische Phosphatase (165 U/L) im Normbereich.

## Differenzialdiagnostik gibt Aufschluss

CT-morphologisch wird der hochgradige Verdacht auf synchrone bronchiale Neoplasien in beiden Unterlappen mit Zwerchfell- und pleuraler Beteiligung gestellt (Abb. 1). Dazu zeigen sich pathologisch vergrößerte mediastinale Lymphknoten und eine ausgedehnte hepatische Metastasierung.

Die im Rahmen des Stagings durchgeführte Oberbauchsonografie (Abb. 2) zeigt multiple flau und unregelmäßig begrenzte Hypodensitäten der Leber (Abb. 2a) mit positivem Auswachsphänomen in der kontrastverstärkten Ultraschalluntersuchung (CEUS) (Abb. 2b) und darüber hinaus eine exzentrische breitbasige Gallenblasenwandverdickung mit fingerförmiger, organüberschreitender Infiltration der Leber. Es ergibt sich der dringende Verdacht auf ein Gallenblasenkarzinom mit Leberinfiltration sowie hepatischer und pulmonaler Metastasierung.

Zur weiteren Abklärung erfolgt eine ultraschallgesteuerte Punktion der Gallenblase und eines pathologisch vergrößerten Lymphknotens am Leberhilus. Die histopathologische Untersuchung der Biopsiezylinder ergibt zunächst eine stark aktive, einschmelzende und chronisch granulierende Entzündung unter Einschluss eines pseu-

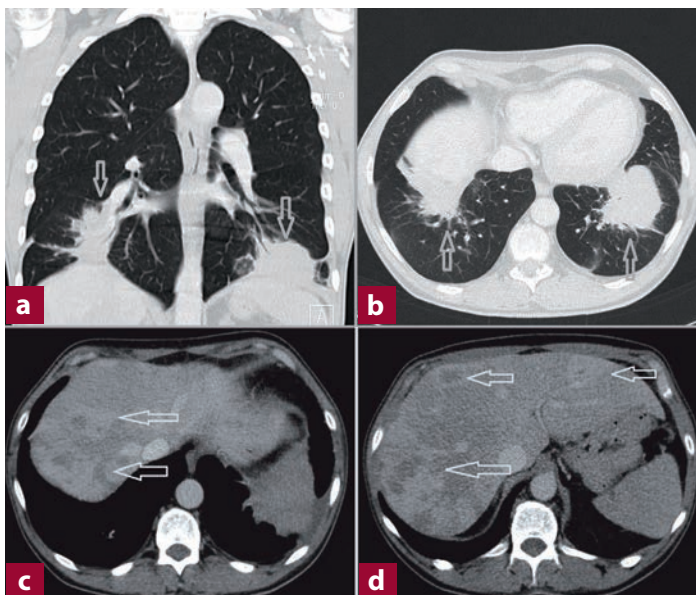


Abb. 1: CT-Thorax: Markierte spikulierte, dem Zwerchfell aufliegende Raumforderungen in den basalen Lungenunterlappen beidseitig (a und b). Inhomogene, zum Teil konfluierende Absiedlungen der Leber (c und d)

Asklepios Klinikum Harburg

<sup>1</sup> Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

<sup>2</sup> Allgemeine Pathologie, Hanse Histologikum

<sup>3</sup> Klinik für Atemwegs-, Lungen- und Thoraxmedizin

doaktinomykotischen Granuloms. Des Weiteren wird in der interdisziplinären Tumorkonferenz vereinbart, mittels videoassistierter Thorakoskopie (VATS) Probematerial aus den pulmonalen Raumforderungen zu entnehmen. Die unkomplizierte Lungenbiopsie mit intraoperativer Schnellschnittuntersuchung bestätigt die histopathologische Verdachtsdiagnose eines aktiven, teils einschmelzenden Entzündungsprozesses mit pseudoaktinomykotischen Granula. Der Verdacht eines Tumors bzw. Malignoms kann nicht bestätigt werden. Aufgrund der vorliegenden Befunde wird die unerwartete Diagnose einer Aktinomykose mit Beteiligung der Gallenblase, der Leber und beider Lungenunterlappen gestellt. Es erfolgt eine dreiwöchige hochdosierte intravenöse antibiotische Therapie mit Ampicillin/Sulbactam und die anschließende Umstellung auf Amoxicillin/Clavulansäure oral für 3 Monate. Im Rahmen der Kontrolluntersuchungen (nach 4 Wochen, 8 Wochen und 5 Monaten) fühlt sich der Patient zunehmend beschwerdefrei, seine Blutwerte normalisieren sich, er nimmt an Gewicht zu. Im CT sind die beidseitigen basalen Infiltrate deutlich regredient (Abb. 3) und sonografisch die inhomogenen Leberparenchymveränderungen sowie die entzündliche Gallenblasenwandverdickung vollständig zurückgegangen (Abb. 4).

## Nachweis eines Entzündungsprozesses

Die Aktinomykose der Gallenblase ist eine äußerst seltene Erkrankung (2). Die Krankheit ist sowohl klinisch als auch bildgebend einem Gallenblasenkarzinom sehr ähnlich (wie in unserem Fall) und bei multifokalem Auftreten kaum von einem metastasierten Tumor zu unterscheiden. In fast allen bisher beschriebenen Fällen wurde die Diagnose erst nach Gallenblasenbiopsie bzw. Cholezystektomie und histopathologischer Begutachtung gestellt (3). In unserem Fall wurde zur endgültigen Diagnosesicherung sowohl eine ultraschallgesteuerte Punktion der Gallenblase als auch eine VATS-gesteuerte Probeexzision der Lunge durchgeführt. In beiden Fällen konnte ein einschmelzender und chronisch granulierender Entzündungsprozess nachgewiesen werden.

Grundsätzlich manifestiert sich die abdominopelvine Aktinomykose am häufigsten in der Ileozökalregion mit Beteiligung des Appendix (4). Auch Eierstöcke, Leber, Bauchspeicheldrüse und Nieren können beteiligt sein. Insgesamt werden weniger als 10 Prozent aller abdominalen Aktinomykose-Fälle präoperativ bzw. ohne Biopsie erkannt. Typischerweise stellen sich die Patienten mit Fieber, rezidivierenden Bauchschmerzen, Abgeschlagenheit und allgemeinem Unwohlsein vor. Nach häufig erschwerter (invasiver) Diagnosesicherung sollte eine hochdosierte intravenöse Antibiotikatherapie mit einem Aminopenicillin (über 2 bis 6 Wochen) und anschließender oraler Weiterbehandlung (für mehrere Monate) erfolgen. Alternativ können auch Tetracycline oder Cephalosporine verwendet werden. Dies sollte zum Nachweis eines Therapieansprechens unter regelmäßiger Kontrolle geeigneter bildgebender Verfahren (Sonografie, Röntgen, Computertomografie und gegebenenfalls Kernspintomografie) erfolgen.

Die Aktinomykose der Gallenblase mit Leberbeteiligung stellt sowohl Kliniker als auch Radiologen vor schwierige diagnostische Herausforderungen. Trotz des seltenen Vorkommens sollte bei Verdacht auf ein Gallenblasenkarzinom differenzialdiagnostisch an eine Gallenblasenaktinomykose gedacht werden. Um eine pulmonale Beteiligung auszuschließen, sollte eine ergänzende radiologische Diagnostik der Lunge erfolgen.

Literaturverzeichnis im Internet unter [www.aekhh.de/haeb-lv.html](http://www.aekhh.de/haeb-lv.html)

**Dr. Daniel Rückner**

Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie  
Asklepios Klinikum Harburg  
E-Mail: [da.rueckner@asklepios.com](mailto:da.rueckner@asklepios.com)

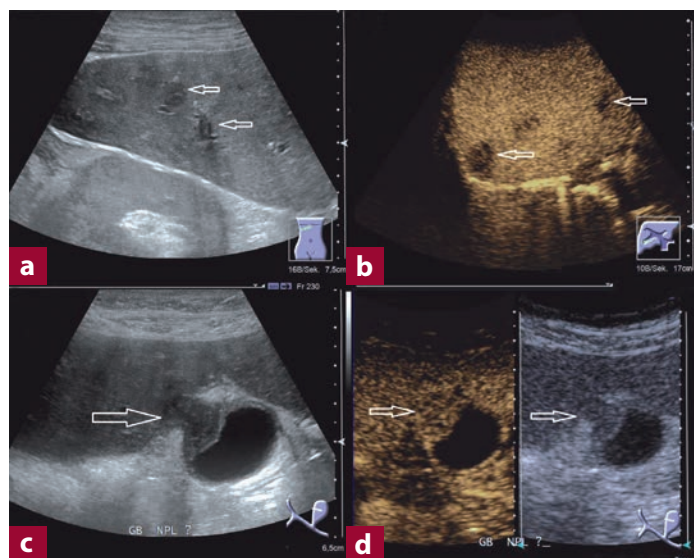


Abb. 2: Multiple echoarme, verwaschene Leberläsionen mit positivem Washout in der CEUS (a und b). Exzentrische breitbasige Gallenblasenwandverdickung lateralseitig mit einer fingerförmigen, organüberschreitenden und die Leber infiltrierenden Gewebsvermehrung (c und d)

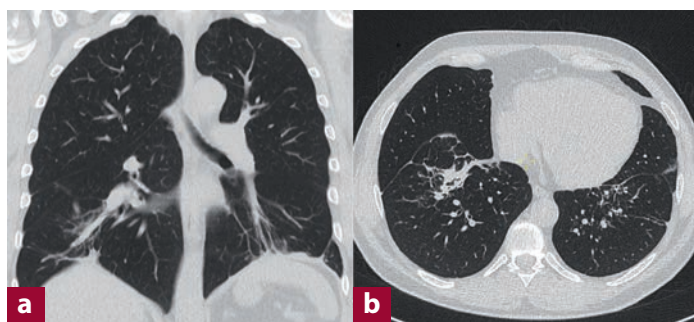


Abb. 3: Thorax-CT-Verlaufskontrolle; koronare (a) und axiale Schnittführung (b). 5 Monate nach Therapiebeginn sind die Unterlappeninfiltrate weitestgehend rückläufig. Es bleiben postentzündliche und narbige Veränderungen in den basalen Unterlappen beidseitig

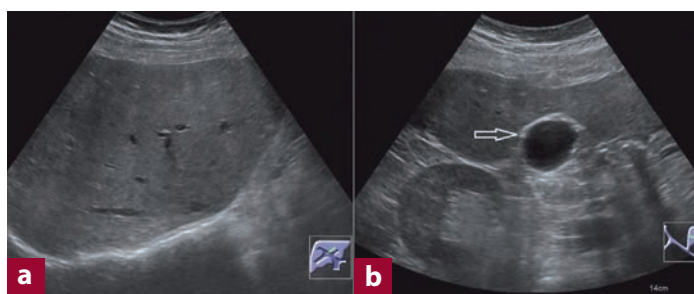


Abb. 4: Oberbauchsonografie 5 Monate nach Therapiebeginn: Homogene Echotextur der Leber ohne Nachweis intrahepatischer Raumforderungen oder entzündlicher Veränderungen (a). Dünnwandige Gallenblase mit vollständiger Rückbildung der umschriebenen Wandverdickung (b)

## Der besondere Fall

Sie haben in Ihrer Praxis oder im Krankenhaus auch einen medizinischen Fall behandelt, der Ihnen berichtenswert erscheint?

Wenden Sie sich an die Redaktion des Hamburger Ärzteblatts,  
E-Mail: [verlag@aekhh.de](mailto:verlag@aekhh.de) oder  
Tel. 20 22 99-205.