

Testen Sie Ihr Fachwissen

Test Your Knowledge



Abb. 1 Röntgenaufnahme bei Atemmittellage. (Bild zur Verfügung gestellt vom Institut für Röntgendiagnostik des Otto-Wagner-Spitals, Wien.)



Abb. 2 Röntgenaufnahmen bei tiefer Inspiration. (Bild zur Verfügung gestellt vom Institut für Röntgendiagnostik des Otto-Wagner-Spitals, Wien.)

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1344898>
 Pneumologie 2013; 67: 657–658
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse

PD Dr. Arschang Valipour
 I. Interne Lungenabteilung
 mit Intensivstation
 Ludwig-Boltzmann-Institut für
 COPD und Pneumologische
 Epidemiologie
 Otto-Wagner-Spital
 Sanatoriumstr. 2, 1140 Wien
 Österreich
 arschang.valipour@wienkav.at

Fallbeschreibung

▼
 Männlicher Patient, 29 Jahre alt. Stationäre Aufnahme wegen rezidivierenden Atemnotattacken, kein Husten, kein Auswurf; seit knapp 2 Jahren mit wechselndem Erfolg bei V.a. Asthma bronchiale mit inhalativer Therapie (LABA/ICS) behandelt. Sozialanamnese: Student, ledig. Frühere Krankheiten: Morbus Hodgkin in der Kindheit, keine Allergien bekannt, bis vor einem Jahr gelegentlich geraucht. Körpergröße: 175 cm, Gewicht: 72 kg, unauffälliger Status. Art. Blutgasanalyse: pH 7,445, pCO₂ 36 mmHg, pO₂ 62 mmHg, O₂-Sättigung 93%. Lungenfunktion: FEV₁ 3,65 L = 70% Soll, FVC 5,8 L = 108% Soll, FEV₁/FVC Ratio: 63%, TLC

8,4 L = 121%; RV 2,6 L = 155%. Laborbefunde im Wesentlichen unauffällig.

Wie lautet Ihre Verdachtsdiagnose?

- ▼
1. Holzknecht-Jacobson-Phänomen
 2. Churg-Strauss-Syndrom
 3. Pneumothorax
 4. Lungenemphysem
 5. Pulmonale Hypertonie

Die Auflösung finden Sie auf der nächsten Seite.



Abb. 3 In der Computertomografie zeigte sich eine intrabronchiale Raumforderung im linken Hauptbronchus ursächlich für das Holzknecht-Jacobson-Phänomen. (Bild zur Verfügung gestellt vom Institut für Röntgendiagnostik des Otto-Wagner-Spitals, Wien.)

Auflösung



Diagnose: Holzknecht-Jacobson-Phänomen

Erläuterung: Das Holzknecht-Jacobson-Phänomen, auch Pendelmediastinum genannt, entsteht durch eine Druckdifferenz zwischen den Brustkorbhälften bedingte und atmungsabhängige, seitliche Mittelfellverschiebung, und zwar inspiratorisch stets zur Seite des geringeren Drucks, d.h. zur erkrankten Lungenseite hin, z.B. bei Bronchusstenose durch FK-Aspiration (häufig bei Kindern) oder intraluminalen Bronchusverschluss (z.B. Karzinoid), Pneumothorax, Pleuraerguss. Mitverantwortlich dafür ist das bei jünge-

ren Patienten „mobilere“ Mediastinum. Nachweisbar oft erst im Schnupf- u. Hustenversuch, bzw. bei tiefer Inspiration im Vergleich zur maximalen Expiration.

Als Ursache des Holzknecht-Jacobson-Phänomens im beschriebenen klinischen Fall fand sich in der Computertomografie (🔗 **Abb. 3**) eine intrabronchiale Raumforderung im linken Hauptbronchus, die mittels Bronchoskopie komplett rekanalisiert wurde und histologisch einem Karzinoid entsprochen hat. Der Patient erhielt in weiterer Folge eine Hauptbronchus-Manschettenresektion als finale Therapie, weitere Nachbeobachtungen zeigten eine komplette Heilung.