Schlußwort und Zusammenfassung

M.

Scherrer

Bern

Es war das Ziel des Kolloquiums, eine für den Kliniker brauchbare Einteilung des vesikulären Lungenemphysems festzulegen. Es wurden einerseits die klinischen Untersuchungsmöglichkeiten in Betracht gezogen wie Anamnese, klinischer und radiologischer Befund, Sputumuntersuchung, andererseits wurden die Resultate der Lungenfunktionsprüfung berücksichtigt, welche nicht nur eine quantitative Analyse des Krankheitsbildes gestatten, sondern zugleich auch die Grundlagen zur Definition der verschiedenen Begriffe schaffen. Unter vesikulärem Lungenemphysem ist ein krankhaft vermehrter Luftgehalt des Alveolarraumes oder eines Teils des Alveolarraumes zu verstehen. Sämtliche Untergruppen des vesikulären Lungenemphysems lassen sich in generalisiertes und lokalisiertes Emphysem unterteilen.

Weiter ist für die Klinik eine Unterteilung in nicht obstruktives und obstruktives Lungenemphysem wesentlich. Beim nicht obstruktiven Lungenemphysem ist der Luftgehalt der Alveolen vermehrt, ohne daß der maximal forcierte Expirationsstoß behindert ist. Bei hohem Intrathorakaldruck treten somit keine pathologisch erhöhten Strömungswiderstände im Bronchialsystem auf. Die mechanischen Eigenschaften des Lungengewebes sind normal. Das nicht obstruktive Lungenemphysem führt weder zu Dyspnoe noch zu Zyanose. Respiratorische oder kardiale Insuffizienz treten nicht in Erscheinung. Es handelt sich im wesentlichen um das vikariierende Lungenemphysem bei Thoraxdeformitäten, bei narbiger Schrumpfung oder nach Lungenresektionen. Das sogenannte Altersemphysem darf nur als nicht obstruktiv bezeichnet werden, wenn die erwähnten Kriterien erfüllt sind, d.h. wenn ein vikariierendes Emphysem bei altersbedingter Thoraxdeformität vorliegt und ein unbehinderter Expirationsstoß festgestellt wird.

Dem nicht obstruktiven Emphysem steht die große Gruppe der klinisch viel bedeutsameren Obstruktivemphyseme gegenüber:

Schlußwort und Zusammenfassung

185

Der vermehrte Luftgehalt der Alveolen ist verbunden mit einer Erhöhung des expiratorischen Strömungswiderstandes in den Luftwegen bei hohem Intrathorakaldruck. Das Obstruktivemphysem ist gekennzeichnet durch eine Behinderung des maximal forcierten Expirationsstoßes. Intakte Kraft der Expirationsmuskeln und gute aktive Mitarbeit der Versuchsperson sind Voraussetzungen. Als unterste Grenze der Norm ist ein maximales Expirationsvolumen der ersten Sekunde von 60% der Vitalkapazität zu bezeichnen. Über die Pathogenese des erhöhten Strömungswiderstandes in den Luftwegen bei Obstruktivemphysem kann nichts Sicheres ausgesagt werden. Als primäre Veränderung kann eine Erschlaffung des elastischen Aufhängeapparates der Bronchien bestehen. Viel häufiger dürfte es sich aber um eine primäre Verengung des Bronchialkalibers handeln. Ein Altersemphysem mit

Funktionsverlust des elastischen Fasersystems der Lunge gehört in den Kreis der Obstruktivemphyseme, sofern der erste Sekundenwert auf weniger als 60% der Vitalkapazität erniedrigt ist.

Eine klinisch wichtige Unterteilung ist ferner in der Unterscheidung des reversiblen vom irreversiblen Obstruktivemphysem zu sehen, zwei Formen, die fließend ineinander übergehen können. Beim reversiblen Obstruktivemphysem ist der Grad der obstruktiven Ventilationsstörung einem dauernden Wechsel unterworfen. Die Schwankungen können spontan oder unter dem Einfluß von Bronchospasmolytika oder Corticosteroiden auftreten. Das maximale Expirationsvolumen der ersten Sekunde nimmt nach Inhalation von 1%igem Isopropylnoradrenalinspray um mehr als 20% zu. In der Regel liegt dem reversiblen Obstruktivemphysem ein Asthma bronchiale zugrunde. Beim irreversiblen Obstruktivemphysem bleibt die obstruktive Ventilationsstörung über Jahre hinweg bestehen. Sie läßt sich durch Bronchospasmolytika oder Corticosteroide nicht wesentlich beeinflussen. Dem irreversiblen Obstruktivemphysem liegt mehrheitlich eine chronische oft bakterielle – Asthmabronchitis zugrunde.

Reversibles und irreversibles Obstruktivemphysem gehen häufig mit Störungen des Gasaustausches, mit respiratorischer, später mit kardialer Insuffizienz einher. Als wichtige Untergruppe ist jene Form von Obstruktivemphysem zu bezeichnen, bei welcher durch stark erhöhte Strömungswiderstände im Bronchialsystem die Atemarbeit so erschwert ist, daß globale Mangelbelüftung auftritt: Das Bild ist gekennzeichnet durch arterielle Hypoxämie und Hyper-

Schlußwort und Zusammenfassung

kapnie (bzw. respiratorische Azidose) sowie reversible pulmonale Hypertonie.