

Karoly Lakatos

Lungensequester

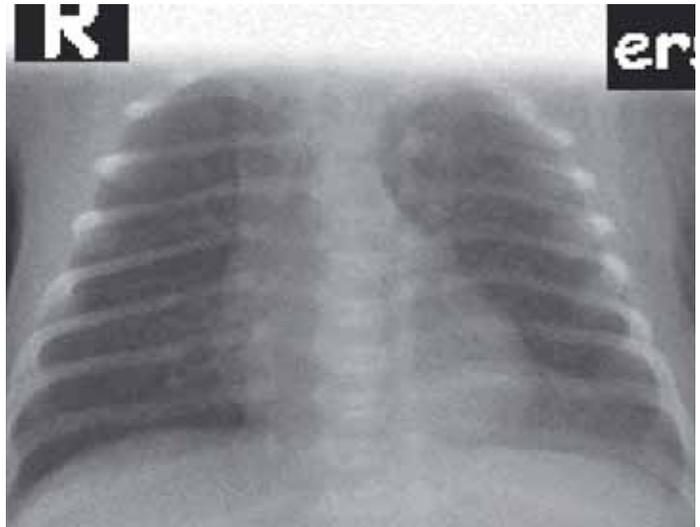
Bei einem Frühgeborenen aus der 34-sten Schwangerschaftswoche nach bis dahin unauffälliger Schwangerschaft, wurde am Tag der Geburt wegen einer Anpassungsstörung und Stöhnen am Tag der Geburt eine Röntgenaufnahme des Thorax angefertigt (Abb. 1).

Die sonographische Untersuchung des Thorax und Abdomens ergab eine epiphrenische solide Struktur links mit Nachweis der arteriellen Versorgung aus der abdominalen Aorta.

Dieser Befund ließ auf einen Lungensequester schließen. Die Ultraschalluntersuchung wurde auf der Intensivstation durchgeführt. Die weitere Abklärung nach 2 Wochen erfolgte mittels MRT zwecks besserer Darstellung der versorgenden Gefäße.

Hier fand sich eine aus der Aorta entspringende Arterie mit Versorgung des verdichteten Lungenabschnittes links basal im Sinne eines Lungensequesters, einer primären Lungenfehlbildung.

Typischerweise ist die Lokalisation links basal retrokardial. Ein Lungensequester entsteht als zusätzliche Ausknospung des Vorderdarmes. Es fehlt jedoch eine Verbindung zum Tracheobronchialsystem. Die arterielle Versorgung erfolgt direkt aus der abdominalen Aorta.



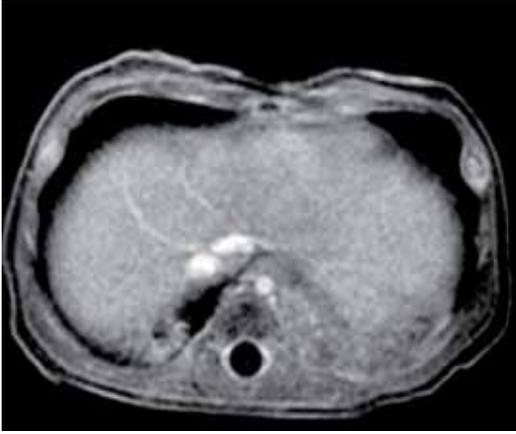
■ Abb. 1: Röntgenaufnahme des Thorax am Tag der Geburt. Über beiden Lungen geringe interstitielle Zeichnungsvermehrung. Links basal flauere Verdichtung mit abgrenzbaren Herzkonturen

Die Differentialdiagnose einer basal im Thorax gelegenen Raumforderung beim Neugeborenen umfasst grundsätzlich die congenitale adenomatoide cystische Malformation der Lunge, eine Ösophagusduplikatur, eine Hiatushernie, weniger einen Lungenabszess und eine Pneumonie. Die DD konnte schon aufgrund der klinischen Zeichen eingeschränkt werden. Die Diagnosestellung gelang elegant zunächst mittels Ultraschall durch

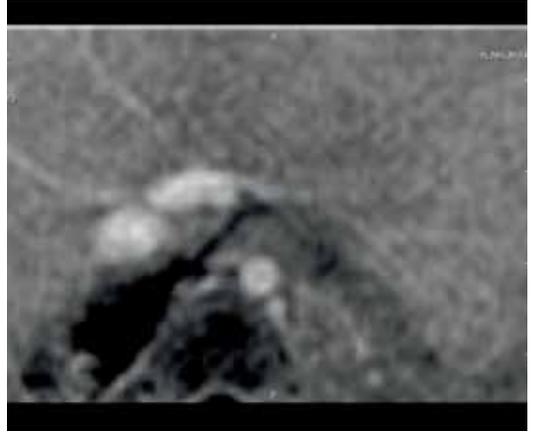
den Nachweis der infradiaphragmal entspringenden Gefäßversorgung. Die bildgebende Diagnostik konnte für den Chirurgen mittels MRT noch innerhalb der Neonatalzeit komplettiert werden.

Die Abgrenzung des Lungensequesters erfolgt durch den Nachweis der Gefäßversorgung aus der Aorta.

Abbildungen siehe Folgeseite.



■ Abb. 2a: T1 vibe Sequenz nach bolusgetriggerteter intravenöser Kontrastmittelgabe (Dotarem 0,2 mmol/kg/KG)



■ Abb. 2b: Ausschnittvergrößerung T1 vibe mit Versorgung des Sequesters aus der abdominalen Aorta



■ Abb. 2c: MIP-Sequenz mit Gefäßdarstellung

▶ Chefarzt Dr. med. Karoly Lakatos
Klinikum Kassel GmbH
Kinderkrankenhaus Park Schönfeld
Zentrum für Radiologie
Abt. Kinderradiologie
Frankfurter Straße 167
D-34121 KASSEL