

https://www.univadis.de/viewarticle/2e76af23-a489-4e5f-8567-e56670763570?uuid=2e76af23-a489-4e5f-8567-e56670763570&uac=278470BG&u=g7Nnk16ewgsDLTtfI6wUZMa%2BeH02jdzTavez1CbfDQk%2FK9ehoTRONaWiCeSIenGv&ecd=wnl_all_251111_uniday_MUDEDE_5585862&utm_source=automated&utm_medium=email&utm_campaign=auto_de_daily_medupdates&utm_content=5585862&utm_term=&sso=true

Interstitielle Lungenerkrankung durch Salbeiräuchern

Julia Senn | Veröffentlicht 10.11.2025

Kernbotschaften

Zigarettenrauchen bleibt der häufigste Verursacher der COPD und der mit der respiratorischen Bronchiolitis assoziierten interstitiellen Lungenerkrankung. Die Verbrennung von Biomasse, wie beim Räuchern, stellt jedoch ein nicht zu vernachlässigendes Risiko für die Entstehung von Atemwegserkrankungen dar.

Patientin und Vorgeschichte

Eine 41-jährige Frau afro-karibischer Herkunft stellte sich mit einer seit 4 Monaten progredienten Kurzatmigkeit und Lethargie in der Notaufnahme des Universitätskrankenhauses Cardiff, UK, vor. Die Atemnot schränkte ihre Alltagsaktivitäten ein und ging mit einem unproduktiven Husten einher, jedoch ohne kardiovaskuläre Symptome.

Sie war Nichtraucherin, war jedoch im familiären und beruflichen Umfeld erheblich dem Passivrauch anderer ausgesetzt. Allerdings führte sie aus spirituellen Gründen Räucherungen mit Räucherstäbchen, ätherischen Ölen und mittels Verbrennung von Salbei durch. Es bestand keine Exposition gegenüber Tuberkulose, Vögeln, Feuchtigkeit oder Schimmel in der Vergangenheit.

ANZEIGE

Zu den Vorerkrankungen gehörten eine antikörper-positive limbische Enzephalitis ohne aktuellen Behandlungsbedarf, Migräne, Angststörung, sowie ein Vitamin B12-Mangel.

Medikamentenanamnese: Vitamin D3, Pregabalin, Amitriptylin, Fluoxetin und Sumatriptan.

Befunde

- Klinische Untersuchung: leichte zervikale Lymphadenopathie, pfeifendes Atemnebengeräusch thorakal oben rechts, sowie leichte Ekchymosen der Beine, jedoch kein Erythema nodosum.
- Labor: negative Testergebnisse für HIV, aviäre Präzipitine, Aspergillus Serologie, ACE im Serum, ANCA, ANA und Rheumafaktor. Unauffälliges großes Blutbild. CRP 1 mg/l. Gesamt-IgE 136 kU/l.
- EKG und Röntgen Thorax unauffällig.
- CT von Thorax, Abdomen und Becken: reaktive mediastinale Lymphknotenvergrößerungen <1 cm, leichte peribronchovaskuläre Milchglastrübung vorwiegend der Oberlappen, sowie ein leichtes zentrilobuläres Emphysem vorwiegend des Oberlappens.
- Lungenfunktion: FEV1 3.05 L (102 %), FVC 4.34 (119 %), FEV1/FVC-Verhältnis 68 %, TLCO 73 %, KCO 69 %, entsprechend einer mittelgradigen Obstruktion, leichten Überblähung und Diffusionsstörung.
- Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage (BAL) : makroskopisches Erscheinungsbild unauffällig, jedoch kultureller *Haemophilus influenzae*- und *Staphylococcus aureus*-Nachweis. 90 % grün pigmentierte alveoläre Makrophagen, 10 % Lymphozyten in der BAL mit Papanicolaou-Färbung, keine malignen Zellen.

Therapie

Differenzialdiagnostisch kam es an eine Sarkoidose, Inhalationsverletzung, Hypersensitivitäts-Pneumonitis, sowie eine raucherbezogene interstitielle Lungenerkrankung durch Passivrauchen in Frage.

Die Infektion mit *H. influenzae* und *S. aureus* wurde antibiotisch behandelt.

Nach Fallbesprechung innerhalb des multidisziplinären Teams für interstitielle Lungenerkrankungen wurde die Diagnose einer Bronchiolitis-assoziierten interstitiellen Lungenerkrankung (RB-ILD) mit assoziierter Inhalationsverletzung durch Verbrennung organischer Stoffe, naheliegend Salbei (*Salvia off.*), gestellt. Ein vollständiger Verzicht auf Rauchexpositionen wurde der Patientin empfohlen.

Bei der ambulanten Nachkontrolle 6 Monate später zeigte sich eine Verbesserung der Atembeschwerden seit Beendigung des Räucherns.

Diskussion

Weltweit bleiben Feuerstellen und Kochen am offenen Feuer die Hauptursache für die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Rauchen kommt jedoch im Vereinigten Königreich häufiger vor und wird anamnestisch routinemäßig erfasst. Trotzdem sollten auch andere, seltene Ursachen von Rauchinhalation erfragt werden. Auch berufsbedingte Erkrankungen sind detailliert zu eruieren, um Risikopersonen ausfindig zu machen. In diesem Fall konnte die spirituelle Räucherpraxis der Patientin lediglich über eine umfassende Sozial- und Arbeitsanamnese in Erfahrung gebracht werden, die durch Screeningfragen übersehen worden wäre.

ANZEIGE

Ein Kernbefund der respiratorischen Bronchiolitis (RB), der auch bei anderweitig gesunden Rauchern zu finden ist, ist der Nachweis braungefärbter Makrophagen in der bronchoalveolären Lavage (BAL), die differenzialdiagnostisch zum Ausschluss einer exogen allergischen Alveolitis indiziert ist. Zu einer grünen Pigmentierung ließen sich keine Berichte finden. Diese sei durch die Phagozytose von Chlorophyllmolekülen aus einer unvollständigen Salbeiverbrennung erklärbar.

Sind die ausgeprägten Veränderungen zusätzlich zur Histologie auch in der Bildgebung nachweisbar, handelt es sich um die RB-interstitielle Lungenerkrankung. Häufig wird diese durch eine Raucherbronchitis oder ein Lungenemphysem überdeckt, stellt einen Zufallsbefund dar und geht mit produktivem Husten einher.

Zur Behandlung der RB-ILD ist, neben supportiven Maßnahmen wie Lungenrehabilitation, Impfungen, sowie Sauerstoffversorgung, der Rauchstopp wesentlich, da sich die interstitiellen Lungenveränderungen zurückbilden können und die Krankheit nicht mehr voranschreitet. Der Einsatz von Glucocorticoiden ist aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse kontrovers.

Referenzen

- Ayling-Smith J. et al. Some sage advice: A case report of sage burning causing interstitial lung disease. *Clinical Medicine* 25 (2025) 100337 <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2025.100337>
- Costabel U, Wessendorf T. Respiratorische Bronchiolitis mit interstitieller Lungenerkrankung (RB-ILD). In: Kroegel C, Costabel U, Bals R, Taube C, Hrsg. *Referenz Pneumologie*. 1. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2024. doi:10.1055/f-0008-0005-b-006-163265