

Klinisch-Pathologische Konferenz

14.1.2009, 12.15 Uhr

Hörsaal D, Hörsaalzentrum im Innenhof zwischen Chir. Univ.-Klinik und Univ.-Klinik f. Inn. Medizin

Fall 136: 61-jähriger Mann mit rasch progredientem Ikterus und Leberversagen

Der pensionierte Berufsschullehrer präsentierte sich erstmals 2 Monate vor der Aufnahme in einem auswärtigen Spital wegen Ikterus. Eine Lebererkrankung war zuvor nicht sicher bekannt. Obwohl der Patient angab, er hätte schon seit 3 Jahren etwas Ascites, lag eine diesbezügliche ärztliche Verifikation nicht vor. Mit Verdacht auf Hepatitis wurde er im auswärtigen Spital aufgenommen. Dabei erhobene Laborbefunde: Gesamtbilirubin 4,8, direktes Bilirubin 3,08, AST 2387, ALT 650, Gamma-GT 356, alk. Phosphatase 229, CHE 3554, Blutbild: Ery 3,6, Hb 12,8, Hämatocrit 37, MCV 103, Thrombozyten 157 000, Prothrombinzeit 67%, CRP 115, Albumin 2,6, Ascitespunktat: ges. Eiweiß 3,7 g/dL, Zellzahl 1250/ul, davon 16% Segmentkernige, 73% Lymphozyten, 8% Monozyten, 2% Eosinophile, 1% Basophile, Amylase 13 U/l, Cholesterin 73 mg/dl; Serum: CDT 2,8% (0 – 2,5), Coeruloplasmin 0,5 g/l (0,2 – 0,6). Hepatitisserologie (B&C) negativ, Ferritin normal. Anamnestisch ist weiterhin bekannt, dass der Berufsschullehrer nach eigenen Angaben 5 Flaschen Bier und 30 Zigaretten pro Tag konsumierte. Weiters wurde in Erfahrung gebracht, dass er 8 Monate vor Präsentation im auswärtigen Spital, eine Segeltournee vor Kroatien unternahm. Vor dem Einschiffen musste das verschmutzte Schiff zuerst gesäubert werden, wobei viel Nagerkot auffiel. Eine zweite solche Segelreise mit ähnlicher vorheriger Schiffsreinigung erfolgte 3 Woche vor der Erstvorstellung im auswärtigem Spital. Ein Leptospirose-IgM-Schnelltest war positiv. Bei fortschreitendem Ikterus wurde der Patient mit Rocephin® (Ceftriaxon) behandelt, daraufhin besserten sich die Leberwerte und er wurde entlassen. Ein später eingelangte Bestätigungstest vom Referenzzentrum für Leptospiren in Mödling war negativ. Wegen der hohen Zellzahl im Ascitespunktat wurde der Patient mit Augmentin und dann Ceftriaxon behandelt. Bei Ausschwemmung (11 kg Gewichtsabnahme) gab es eine Besserung des AZ und der Leberparameter und der Patient konnte entlassen werden. Bereits 4 Wochen später wieder Aufnahme wegen abermaligem Ascites, Ikterus und Pruritus. Eine MRCP zeigte keine Veränderung oder Obstruktion im Gallengangsystem. Zweimal Blut im Stuhl bei bekannten Hämorrhoiden I. Grades. Sonographie: die Leber vergrößert und inhomogen mit abgerundetem Leberrand, Ductus choledochus 7 mm Durchmesser, Milzgröße 12x6cm. Labor: Gesamtbilirubin 9,6, AST 198, ALT 62, Gamma-GT 244, AP 197. Albumin 2,5, CRP 30, Prothrombinzeit 70%, sukzessive Bilirubin Anstieg auf 29, AST 730, ALT 190, alkalkalische Phosphatase 253, Gamma-GT 231. Der Patient wurde zu Evaluierung zu Lebertransplantation an das universitäre Zentrum überstellt. Ein diagnostischer Test wurde durchgeführt.

Lösung Fall 136

Diskutant: Prim. Doz. Dr. M. Gschwantler

Diagnose: Hepatozelluläres Karzinom

Diagnostische Tests: Leberbiopsie