

# KLINISCH-PATHOLOGISCHE KONFERENZ

02.02.2011, 12.15 Uhr

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

## Fall 141: 37-jähriger untergewichtiger Mann mit schwerer hypochromer Anaemie

Der 37-jährige Masseur suchte wegen Müdigkeit und Schwäche eine niedergelassene Internistin auf, die ein Hämoglobin von 3,8 g/dl feststellte und den Patienten an die Notfallstation (EBA) unserer Klinik schickte. Von dort wurde er mit der Erstbeurteilung "chronische Blutungsanaemie bei Verdacht auf chronische Colitis" auf die Bettenstation der Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie aufgenommen.

Der Patient ist seit dem 22. Lebensjahr Vegetarier, sein Gewicht sei über Jahre konstant (BMI 18,2). Seit dem 23. Lebensjahr sei er viel in Thailand, Malaysia und Indien gewesen; er habe sich dort jeweils über Monate aufgehalten, zuletzt vor 18 Monaten. In letzter Zeit zunehmend Schwäche, Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Jeden 2. Tag hätte er weichen Stuhl mit seit Jahren Auflagen von hellem Blut, Hämorrhoiden seien seit 15 Jahren bekannt. Außerdem klagt er über Juckreiz an Armen und Beinen. Keine Kurzatmigkeit, kein Fieber, kein Thoraxschmerz.

Bei Aufnahme 57 kg bei 177 cm Körpergröße. Puls 68/ min, es findet sich ein Systolikum bis in die Carotis fortgeleitet. Lebhaftes Darmgeräusche, leichter Druckschmerz im Unterbauch, 2-3 cm große erythematöse Hautläsionen an Armen, Rücken und Beinen mit deutlichen Kratzspuren.

Laborbefunde: Ec 2,8 T/l (4,5-5,9), Hb 3,6 g/dl (13,0-17,5), Hkt 16% (40-50), MCV 57 fl (80-98), MCH 13 pg (28-33), MCHC 23 g/dl (33-36), Leuco 5,0 G/l (4,4-11,3), Thrombo 287 G/l (140-440), Neutro 61%, Ly 29%, Mono 8%, Eo 1 %; Retikulozyten 3‰ (5-20), ausgeprägte Anisozytose und Poikilozytose mit Auftreten von Anulozyten.

Im Normbereich: Gerinnung, Nieren- u. Leberwerte, Glucose, CK, LDH, Lipase, Amylase, Electrolyte, Ges. EW., Albumin, CRP, Cholesterin (125). ABGA unauffällig, Laktat 0,8 mmol/l (< 2,2).

Serumeisen: 13 µg/dl (50-160), Ferritin 4 ng/ml (34-310), Transferrin 2,7 g/l (2,0-3,6), Trf-Sättigung 3% (16-45). Erythropoietin > 300 mE/ml (8-20), Vit B12 154 pg/ml (160-800), Folsäure 4,2 ng/ml (3-17), Harn chem. u. Sed. unauffällig.

Der Patient erhielt 2 von 3 bereits in der EBA bestellten Blutkonserven, danach Hb 5,6, Ery 3,2 und Hkt 21. Nachstehende Befunde wurden erhoben: Thorax Röntgen unauffällig, Abdomen- leer Bild: unauffällig, Abdom. Snogr. unauffällig, Gastroskopie: Oesophagus, Magen und Duodenum unauffällig, Coloskopie: Rektum bis Ileum: unauffällig, keine Hämorrhoiden, "Stufenbiopsien": Ileum bis Rektum ohne pathologischen Befund. Dünndarm MR unauffällig (kein Meckel'sches Divertikel), Meckel'sches Divertikelszintigramm: kein Hinweis auf Divertikel oder ektopes Magenschleimhaut. Eine angeforderte Knochenmarksbiopsie wurde vom haematolog. Konsiliarium abgelehnt, da eine klare "hypochrome microzytäre Anaemie" vorläge. Empfehlung: BB-Kontrolle + Retikulozyten nach 4 Tagen

Eisensubstitution (Retikulozytenanstieg von 3 auf 16 ‰, Hb von 5,6 auf 6,7).

Weitere Befunde: Stuhlkultur auf Salmonellen, Campylobacter, Shigellen, Yersinien und E.coli 0 157 negativ. Clostr. diff. Tox neg., "Parasiten-Screening" im Stuhl negativ, Gliadin-IgG Ak mit 87 U/ml erhöht (< 10), negativ waren Gliadin IgA Ak, und Transglutaminase und endomysiale Ak. Amoebien Antikörper im Serum 1: < 16 (negativ), Parvo B19 IgG positiv, IgM negativ. Haemoccult im Stuhl an drei Tagen negativ, HIV negativ

Ein diagnostischer Test wurde durchgeführt.

## Lösung CPC 141

**Diagnose:** Hochgradige Eisenmangelanaemie bei Infestation mit Hakenwurm (*Ankylostoma duodenale*) und Achlorhydrie bei atropher Corpusgastritis (A-Gastritis oder Autoimmun-Gastritis). Dadurch Resorptionsstörung bei adäquater Eisenaufnahme (20 mg Fe trotz vegetarischer Kost).

**Diagnost. Tests:** Parasitologische Stuhluntersuchung positiv auf Larven und Eier von *Ankylostoma duodenale*; Magenbiopsie (Duodenalbiopsie unauffällig)

**Therapie:** Albendazol, Eisen i.v.

**Diskutant:** ao.Univ.-Prof. Dr. Albert Wölfler