

# KLINISCH-PATHOLOGISCHE KONFERENZ

15.06.2011, 12.15 Uhr

Hörsaal E1, Hörsaalzentrum

(im Innenhof zwischen Chir. Univ.-Klinik und Univ.-Klinik f. Inn. Medizin)

## Fall 143: 56jähriger Patient mit sero-negativer Polyarthritits, Hemiparese und Endocarditis

Der 56jährige steirische Versicherungsmakler suchte einen Monat vor Aufnahme einen niedergelassenen Rheumatologen wegen Arthralgien (Fingergrund- und Mittelgelenke, Handgelenke, Vorfüsse und Sprunggelenke) auf. Subfebrile Temperaturen waren auch aufgefallen. Die Gelenke waren geschwollen und druckschmerzhaft. Die BSG war 35mm in der ersten Stunde (-12), CRP 25 mg/dl (- 8), RF, ANA, ANCA und ACCP negativ. Mit der Diagnose seronegative chronische Polyarthritits wurde eine Corticosteroidtherapie begonnen, der Beginn einer Methotrexatgabe wurde vom Patienten bis nach seinem Sommerurlaub in Italien verschoben. In Italien bemerkte der Patient bei nächtlichem Aufsuchen der Toilette einen plötzlichen Schwindel und erwachte am nächsten Morgen mit einer linksseitigen Hemiparese. Ein Schädel CT zeigte einen "Anteriorinfarkt" rechts, nach einwöchiger Hospitalisation mit Abnahme der linksseitigen Schwäche wurde er von Italien nach Graz an eine neurologische Abteilung überstellt. Am Tag nach der Aufnahme erfolgte eine transthorakale und transösophageale Echokardiographie, die bei einer EF von 60% eine hochgradige Aorteninsuffizienz mit einer Vegetation 8x12 mm am akoronaren Segel zeigte, zusätzlich ein PFO. Es wurde eine Therapie mit Vancomycin und Gentamycin eingeleitet und am nächsten Tag ein operativer Ersatz mit einer mechanischen Aortenklappenprothese durchgeführt. Das PFO wurde mittels direkter Naht verschlossen. Der Patient wurde in der Folge antikoaguliert. Zahlreiche Blutkulturen blieben negativ, ein Abstrich von der Klappe, sowie die Kultur der entfernten Klappe zeigten ebenfalls kein Keimwachstum. Auf Empfehlung des Infektiologie-Dienstes wurden serologische Untersuchungen auf Bartonella, Coxiella burnetti und Mykoplasmen durchgeführt, wobei sich keine Titererhöhungen fanden. Ein Follow-up der bildgebenden Verfahren des Schädels zeigte in der MRAngiographie eine entzündliche aneurysmatische Veränderung der Arteria cerebri media links und multiple entzündliche Kaliberschwankungen der übrigen großen Gehirnarterien.

Ein diagnostischer Test wurde durchgeführt.

## Lösung CPC 143

**Diagnose:** Blutkulturen-negative Endocarditis durch Tropheryma Whipplei (Morbus Whipple)

**Diagnost. Tests:** Histologie der entfernten Aortenklappe (PAS-positive Makrophagen, 16 s-Analyse und PCR-pos. auf Tropheryma Whipplei)

**Therapie:** Langzeit Antibiotika

**Diskutant:** ao. Univ.Prof. Dr. Florian Thalhammer