

# KLINISCH-PATHOLOGISCHE KONFERENZ

14.03.2012, 12.15 Uhr

Hörsaal E1, Hörsaalzentrum

(im Innenhof zwischen Chir. Univ.-Klinik und Univ.-Klinik für Innere Medizin)

**Diskutant:** Prim. Univ.Prof. Dr. Ludwig Kramer, 1. Medizinische Abteilung, Krankenhaus Hietzing, Wien

## Fall 147 48-jährige Frau mit schwerer Azidose und neurologischer Symptomatik

Bei der jetzt 48-jährigen Landwirtin bestand früher eine „morbid obesity“ mit einem BMI von über 40 kg/m<sup>2</sup> und einem Körpergewicht von 130 kg. Vier Jahr vor der gegenwärtigen Aufnahme wurde laparoskopisch ein Magenbypass angelegt und die Patientin begann Gewicht zu verlieren. Sieben Monate nach dem Eingriff kam es zu einem akuten Abdomen. Bei der chirurgischen Exploration fand sich eine Dünndarmperforation, die verschlossen wurde. Nach weiteren 7 Monaten kam es zu einem Dünndarmvolvulus, der eine ausgedehnte Resektion notwendig machte. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Patientin noch 70 kg bei 163 cm Körpergröße. In den nächsten Monaten kam es zu zahlreichen Komplikationen und Problemen wie Magenstenose, abermalige Dünndarmperforation, Fistelbildung und zu einer weiteren Darmnekrose. Nach mehreren Operationen war das anatomische Endergebnis: ein Magenstumpf, Gastrojejunostomie mit 40 cm verbleibendem Jejunum und eine Jejunotransversostomie. In den nächsten 2 Jahren waren zahlreiche Hospitationen zur Substitution von Flüssigkeit, Elektrolyten, Spurenelementen und Vitaminen notwendig. Zweimal kam es zu einer Port-a-cath Sepsis mit Entfernung des infizierten Fremdmaterials. Das Stuhlgewicht lag um 1000g pro Tag, die Patientin klagte aber nicht über Diarrhoe.

Die jetzige Aufnahme erfolgte wegen 2 Wochen Diarrhoe und Schwäche. Das Körpergewicht betrug 43 kg. Es konnte keine infektiöse Ursache dieser Diarrhoe

gefunden werden (Stuhlkulturen auf Salmonella, Shigella sp, Campylobacter coli/jejuni, Yersinia enterocolitica und Clostridium difficile neg.; Noro-Virus-RNA neg., Leukozyten im Stuhl neg.)

Laborbefunde bei Aufnahme: Leuko 4.39 G/l, Ery 3.62 T/l, Hb 12.0 g/dl, Thrombo 133 G/l, Na<sup>+</sup> 144 mmol/l, K<sup>+</sup> 3.6 mmol/l, Chlorid 112 mmol/l, Kreatinin 0.62 mg/dl,

GGT 74 U/l (-38), ALT 56 U/l (-45), PZ 61%, Glucose 122 mg/ml, Albumin 4.2 g/dl, Ges.Eiweiß 6.1 g/dl, CRP < 0.6 mg/l (-5), Laktat 4.1 mmol/l (0.5-2.2); arteriell: pH 7.33; HCO<sub>3</sub> 19.5 mmol/l, BE -5.5 mmol/l.

Nach parenteraler Flüssigkeitszufuhr ging es der Patientin deutlich besser, sie erhielt auch täglich 3x2 mg Loperamid (Imodium®). Sie begann dann mehr zu essen, wobei ihre Vorliebe für süße Speisen wieder deutlich wurde. Am 9. Tag der Hospitation wurde die Patientin desorientiert, schläfrig und „obtunded“, hatte eine Gangunsicherheit, klagte über Doppelbilder und zeigte eine rechtsseitige Ptose. Die Ergebnisse der vom diensthabenden Arzt angeordneten Blut-Analyse sind in der Tabelle angeführt. Ein diagnostischer Test erlaubte eine Erklärung des Zustandsbildes.

## Lösung CPC 147

**Diagnose:** D-Laktatazidose durch Laktobazillen, die malabsorbierte Kohlenhydrate im Restcolon verstoffwechseln (die üblichen Laktatazidosen sind L-Laktatazidosen)

**Diagnost. Tests:** D-Laktat im Harn 66 mmol/l (normal unter 0.25), im Serum 56 mmol/l (normal nicht messbar)

Methode: Gaschromatographie-Massenspektroskopie

**Therapie:** Bicarbonat i.v., Nahrungskarenz, Rifaximin

**Diskutant:** Prim. Univ.Prof. Dr. Ludwig Kramer, 1. Medizinische Abteilung, Krankenhaus Hietzing, Wien