

Klinisch-Pathologische Konferenz

25.03.2015

Zeit: 25.03.2015, 12.15 Uhr

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

Diskutant: Univ.Do. Dr. Heimo Wenzl, Univ.-Klinik für Innere Medizin, Klin. Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Medizinische Universität Graz

Moderation: o.Univ.Prof. Dr. Günter J. Krejs

Fall 156 82-jährige Frau mit chronischer Diarrhoe und Gewichtsverlust von 20 kg

Eine 82-jährige Frau wurde wegen anhaltender Diarrhoe und einem Gewichtsverlust von 20 kg erneut stationär aufgenommen, da sie sich infolge allgemeiner Schwäche nicht mehr alleine zuhause versorgen konnte. Acht Monate zuvor hatten wässrige Durchfälle begonnen, nachts manchmal ausgeprägter als tagsüber, mit bis zu 12 Darmentleerungen pro 24 h, wobei keine wesentlichen abdominalen Schmerzen zu verzeichnen waren, der Appetit jedoch etwas zurück ging. Seit Krankheitsbeginn wurde die Patientin zweimal hospitalisiert, wobei Duodenalbiopsien eine subtotale Zottenatrophie mit Kryptenhyperplasie und eine Vermehrung intraepithelialer Lymphozyten von 40/100 Enterozyten erbrachten. Anti-Transglutaminase Antikörper und anti-endomysiale Antikörper waren negativ. Die Serumimmunglobuline IgG, IgA, IgM, TSH, Differentialblutbild, HIV-Serologie, dreimalige Stuhluntersuchungen auf Parasiten und Wurmeier, Ileokoloskopie mit Stufenbiopsien, Dünndarmkapselendoskopie und Abdomen-CT erbrachten unauffällige Ergebnisse. Der HLA DQ2+ und DQ8-Genotyp war vereinbar mit einer Zöliakie. Es fand sich kein T-Zell-Rezeptor Rearrangement intestinaler Lymphozyten.

Eine streng glutenfreie Kost führte zu keinem Rückgang der Diarrhoe. Nachdem ein Therapieversuch mit Budesonid zu einer leichten Besserung geführt hatte, wurde die Patientin mit der Diagnose „therapieresistente seronegative Zöliakie“ entlassen.

An sonstigen Erkrankungen wurde paroxysmales Vorhofflimmern, Hypertonie, Hypothyreose infolge einer Autoimmunthyreoiditis und eine Depression angegeben. Fragen nach früherer gastrointestinaler Symptomatik, Auslandsreisen, Fieber und besonderen Erkrankungen in der Familie wurden verneint. Die laufende Medikation umfasste *Budesonid*, *Sedacoron*, *Mencord*, *Amlodipin*, *Combithyreforte*, *Trittico*, *Risperidon* und *Temesta*.

Bei Aufnahme befand sich die afebrile Patientin (162 cm groß und 45 kg schwer) in einem deutlich reduzierten Allgemein- und Ernährungszustand. Der Blutdruck betrug 135/90 mm Hg. Die Darmgeräusche waren lebhaft und es bestand mäßiger Meteorismus. Die Untersuchung von Haut und Schleimhäuten zeigte eine geringgradige Exsikkose. Der restliche physikalische Status war unauffällig.

An pathologischen Laborbefunden wurden erhoben: K 3,13 mmol/l (3,6-4,8), CRP 1,5 mg/l (< 0,5) und Hb 11,1 g/dl (13,0-17,5). Die übrigen Parameter eines ausführlichen internen Basislabors lagen inklusive Harnteststreifen und Calprotectin im Stuhl im Normbereich. Eine diagnostische Erkenntnis erlaubte die Klärung der Ätiologie der schweren Diarrhoe.

Lösung CPC 156

Diagnose: Sprue-ähnliche subtotale Zottenatrophie der Dünndarmschleimhaut durch *Olmestartan* (bisher 90 berichtete Fälle)

Diagnost. Test und Therapie: Absetzen von *Olmesartan*, daraufhin promptes Sistieren der Diarrhoe und normale Dünndarmzotten bei folgender Biopsie

Diskutant: Univ.Doz. Dr. Heimo Wenzl, Univ.-Klinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz