

Klinisch-Pathologische Konferenz

06.05.2015

Zeit: 06.05.2015, 13.00 Uhr

Ort: Hörsaal E2, Hörsaalzentrum (im Innenhof zwischen Chir. Univ.-Klinik und Univ.-Klinik f. Innere Medizin)

Diskutant: Prim. Univ.Doz. Dr. Karl Lhotta, Landeskrankenhaus Feldkirch

Moderation: Univ.Prof. Dr. Alexander Rosenkranz

Fall 157 30-jähriger Mann mit Fieber unklarer Genese und akutem Koronarsyndrom

Der 30-jährige Patient wurde aufgrund eines großen Abszesses im Nacken mit einer Ausdehnung von 5x8x5 cm und Fieber bis zu 39°C aufgenommen. Der Abszess wurde chirurgisch saniert, wobei Abstriche entnommen wurden, welche ohne mikrobielles Wachstum blieben. Der Patient wurde schließlich mit einer Antibiose mit Unasyn entlassen. Allerdings musste er nach 2 Wochen erneut stationär aufgenommen werden, da sich weiterhin rezidivierende Fieberzacken bis 39°C zeigten. Während des stationären Aufenthalts wurde das antibiotische Regime mehrfach geändert (u.a. Tazonam, Dalacin, Optinem), allerdings ohne wesentliche Besserung des Fiebers und des schlechten Allgemeinzustandes. Im weiteren Verlauf entwickelte er einen unproduktiven Husten sowie Taubheitsgefühl in beiden Beinen und makulöse, schmerzhafte Läsionen im Bereich der Finger und beider Unterschenkel sowie der Zehen. Im durchgeführten CT zeigte sich eine Splenomegalie mit Kontrastmitteleinlagerungen im Bereich der Milz verdächtig auf Abszessbildungen. In den Nasennebenhöhlen zeigte sich eine minimale Sinusitis. Die Lunge präsentierte sich im CT unauffällig.

Bei dem Patienten wurde im Säuglingsalter eine Zöliakie diagnostiziert, eine glutenfreie Diät wurde von ihm aber nur sehr locker oder gar nicht eingehalten. Sein Körpergewicht betrug 100 kg bei einer Körpergröße von 180 cm. Seit vielen Jahren plagten ihn rezidivierende Abszesse. Plötzlich entwickelte der Patient im Rahmen des stationären Aufenthalts präkardiale Beschwerden. An Laborbefunden wurde folgende Parameter erhoben: CRP 318 mg/l (<5), Procalcitonin im Normbereich, Leukozyten 22 G/l (4,4-11,3), Hb 10 g/dl (12,0-15,3), Erythrozyten mikrozytär, hypochrom, Serum-Kreatinin 1.03 mg/dl (<1,0), Harnstix Protein >300 mg/dl (normal nicht messbar), Ery >250/µl (normal nicht vorhanden); Creatinkinase 170 U/l (<170), Troponin T 400 pg/ml (<14), proBNP 7280 pg/ml (<100).

Diverse andere bildgebende Verfahren des Herzens sowie spezielle Laboruntersuchungen und die Aufarbeitung von Gewebeexzisionen der Abszesswand und der Niere erlaubten eine Diagnose.

Lösung CPC 157

Diagnose: Wegener'sche Granulomatose

Diagnost. Test: Nierenbiopsie: pauci-immune rapid-progressive Glomerulonephritis mit vorwiegend frischen, zellulären Halbmonden in ca. 50% der Glomerula, fokale ischämische Parenchymnekrosen sowie sehr diskrete Vaskulitiszeichen; Pr3-ANCA > 200 U/ml (normal: 0-10)

Therapie: Cyclophosphamid (Endoxan®), Rituximab

Diskutant: Prim. Univ.Doz. Dr. Karl Lhotta, LKH Feldkirch