

# Klinisch-Pathologische Konferenz

## 17.06.2015

**Zeit:** 17.06.2015, 12.15 Uhr

**Ort:** Hörsaal D, Hörsaalzentrum (im Innenhof zwischen den Univ.-Kliniken für Chirurgie und Univ.-Klinik f. Innere Medizin)

**Diskutant:** a.o.Univ.Prof. Dr. Sabine Horn, Klinische Abteilung für Nephrologie, Medizinische Universität Graz

**Moderation:** Univ.Prof. Dr. Winfried Graninger

## Fall 158 52-jährige Pflegehelferin mit Hypokaliämie

Eine 52-jährige Pflegehelferin kommt mit starkem Erbrechen und Übelkeit sowie Diarrhoe und einer ausgeprägten Muskelschwäche ins Krankenhaus. Sie wird bei einem Serum-Kalium von 1,6 meq/l auf die Intensivstation übernommen und dort abgeklärt.

In der früheren Anamnese wird rheumatisches Fieber im 40. Lebensjahr angegeben. Fünf Jahre vor der jetzigen Aufnahme wurde die Patientin unter der Diagnose chronische Polyarthritis durch 6 Monate mit Resochin behandelt. Drei Monate vor der Aufnahme an der Univ.-Klinik für Innere Medizin wurde an der Univ.-Klinik für Urologie eine extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL; Nierenbeckenausgussstein, Struvit) durchgeführt.

Bei der Aufnahme ist der Blutdruck 140/80 mmHg, Körpergröße 180 cm, Gewicht 90 kg, BMI 27,8 kg/m<sup>2</sup>, 2,9 l Harn/Tag, Kreatinin 1,2 mg/dl, Kreatinin-Clearance 66 ml/min, Eiweiß im Harn 463 mg/l, Beta2-Mikroglobulin im Harn 30,7 mg/l (normal: <0,3), Harn-pH 7,5, Kalium im 24-Stundenharn erhöht, Kalzium im 24-Stundenharn erniedrigt, Ausscheidung von Citrat 48 µmol/l. In den Vorbefunden waren die Werte normal für Cortisol, Aldosteron, Renin, LH (luteinisierendes Hormon), FHS (Follikel-stimulierendes Hormon), E2 (Östradiol), DHEA (Dehydroepiandrosteron), Testosteron, SHBG (Sexualhormon-bindendes Globulin), MR hinsichtlich NNR-Adenom sowie MR-Schädel betreffend eines Hypophysenadenoms. Bei der klinischen Untersuchung bestand eine derbe Auftreibung der distalen und proximalen Interphalangealgelenke beider Hände, keine synovitische Schwellung, indolente Lymphknoten von 3-5 mm Größe zervikal und axillär. Es wird die Diagnose einer renalen tubulären Azidose Typ 1 gestellt.

Nach weiterer Anamnese wird ein diagnostischer Test durchgeführt.

## Lösung CPC 158

**Diagnose:** Sjögren Syndrom

**Diagnost. Test:** Immunolog.: ANA 1:640 (normal bis 1:160), Ro-Antikörper >240 U/ml, La-Antikörper 7320 U/ml; Biopsie der Lippenspeicheldrüsen: massive Infiltration durch CD3+, CD4+ und CD8+ Lymphozyten, Focus-Score 3 (Maximalwert)

**Diskutant:** a.o.Univ.Prof. Dr. Sabine Horn, Klinische Abteilung für Nephrologie, Medizinische Universität Graz