

Klinisch-Pathologische Konferenz

12.10.2016

Zeit: 12.10.2016, 12.15 Uhr

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

Diskutant: Dr. Martin Trinker, Graz, ehem. Primarius des Klinikum Bad Gleichenberg für Lungen- und Stoffwechselerkrankungen

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

Fall 163 27-Jährige mit Pleuraerguss in der 17. Schwangerschaftswoche

Die zum zweiten Mal gravide Patientin (gesunde zweijährige Tochter) kam in der 17. Schwangerschaftswoche erstmals in die Ambulanz der Universitätsfrauenklinik. Alles war dem Gestationsalter entsprechend. Wegen subfebriler Temperatur (37,7°C), Husten seit zwei Tagen und linksseitigem Thoraxschmerz seit zwei Wochen wurde sie wegen Verdacht auf Muskelschmerzen oder Neuralgie an die Internistische Notfallstation (EBA) geschickt. Dort wurde sie kurz untersucht und als kardiorespiratorisch unauffällig nach Hause geschickt.

Zehn Tage später wurde die Patienten wiederum von der Geburtshilflichen Ambulanz an die Internistische EBA zugewiesen, nachdem der niedergelassene Internist auf der linken Seite einen „hochgradigen Pleuraerguss“ festgestellt hatte. Die Patienten berichtete weiterhin über Husten, zuletzt kein Fieber aber zunehmendes Krankheitsgefühl und Dyspnoe. Schlafen in der Nacht war nur noch im Sitzen möglich. Die Seitenlage links war schmerzhaft und nicht möglich. Außer 1-2 Mexalen tgl. keine Medikation. Das Atemgeräusch war links fehlend, Sinusrhythmus 100 pro Minute, Blutdruck 100/70 mmHg. Die Echokardiographie zeigte normale Wandstärken und Durchmesser, keine Vegetationen, dichte Klappen und keine Kontraktionseinschränkung. Die Pleurasonographie zeigte einen bis in den Apex reichenden Pleuraerguss. Die Oberbauchsonographie war unauffällig. Schnelltests auf Influenza, Pneumokokken und Legionellen waren negativ. Es wurde in der EBA unverzüglich eine Pleuradrainage angelegt, primär 1000 ml Erguss abpunktiert und eine Therapie mit Rocephin 2 g begonnen; daneben Thromboseprophylaxe. Von der EBA Aufnahme auf die pulmonologische Bettenstation. Die Patientin stammt ursprünglich aus Bosnien, kam als Zweijährige während des Jugoslawienkrieges nach Österreich und arbeitet in der Feinkostabteilung einer großen Lebensmittelkette.

Pleurapunktat-Analyse: Eiweiß 4,7 g/dl, Glukose 58 mg/dl, LDH 349 U/l, Leukozyten 6090/µl (80% Lymphozyten, 20% andere Zellen), Erythrozyten 10.000/µl, Adenosindesaminase 51,2 U/l (normal: 0,0-18,0 U/l), Amylase 22 U/l, Bilirubin gesamt 0,62 mg/dl, Laktat 3,96 mmol/l, Cholesterin 54 mg/dl, pH 7,39; Ziehl-Neelsen negativ, Zytologie: morphologisch insuspekte reaktive Lymphozyten, im Zellblock kein Hinweis auf eine neoplastische Zellinfiltration. Eine FACS-Analyse ergab keinen Hinweis auf eine klonale Zellpopulation oder Zellen mit einer aberranten Markerexpression an Leukozyten im peripheren Blut. Molekularbiologische Untersuchung des Pleurapunktates: M. tuberc. compl.-DNA RT-PCR, M. avium ssp.-DNA RT-PCR und M. intracellulare-DNA RT-PCR alle negativ.

Blutbild und Blutchemie: Leukozyten 6,47 x 10⁹/l (normal: 4,4-11,3 x 10⁹/l), Erythrozyten 3,25 x 10¹²/l (normal: 4,10-5,10 x 10¹²/l), Hämoglobin 9,5 g/dl (normal: 12,0-15,3 g/dl), Hämatokrit 27,5% (normal: 35,0-45,0%), MCV 84,6 fl (normal: 80,0-98,0 fl), Thrombozyten 300 x 10⁹/l (normal: 140-440 x 10⁹/l), Differenzialblutbild: Neutrophile 74% (normal: 50,0-75,0%), Lymphozyten 15% (normal: 20,0-40,0%); GFR CKD-EPI Kreatinin 136,44 ml/min (normal: 90,00-120,00 ml/min), Fibrinogen 577 mg/dl (normal: 210-400

mg/dl), D-Dimere 9,17 mg/l (normal: $-0,50\text{ mg/l}$), C-reaktives Protein (CRP) 100,6 mg/l (normal: $-5,0\text{ mg/l}$), Ges.Eiweiß 6,9 g/dl (normal: 6,6-8,3 g/dl), Albumin 3,1 g/dl (normal: 3,5-5,3 g/dl). Unter der Rocephin-Therapie fiel der Serum-CRP-Wert innerhalb von zwei Wochen sukzessive von 100,6 mg/l auf 26,1 mg/l ab.

Durch den UNICO-Pleurakatheter werden an nachfolgenden Tagen erneut 1000 ml und dann 600 ml entleert. Danach kann wegen vermeintlicher Kammerung nichts mehr aspiriert werden. In der Sonographie zeigte sich nur noch ein geringgradiger Pleuraerguss mit 4 cm subpleuraler Ausdehnung und im Thoraxröntgen die Pleuradrainage bei bekanntem gekammerten Pleuraerguss links, eine streifige Verschattung in Projektion auf das apikale Lungenunterfeld, eine Pleuraspitzenschwiele links aber keine Konsolidierungen, keine Raumforderungen, keine Kavernen und keine mediastinale Lymphadenopathie. Die rechte Lunge stellte sich radiologisch unauffällig dar. Der erstmals 21 Tage nach Aufnahme durchgeführte Quantiferontest (IGRA) war positiv.

Ein diagnostischer Test wurde durchgeführt.

Lösung CPC 163

Diagnose: Tuberkulose (offene Lungentuberkulose mit Pleuraerguss)

Diagnost. Test: Forciertes Sputum: Kultur positiv auf *Mycobacterium tuberculosis*

Verlauf: Unkomplizierter Schwangerschaftsverlauf unter antituberkulöser Therapie mit Beschwerdefreiheit und Verschwinden des Pleuraergusses

Diskutant: Dr. Martin Trinker, Graz, ehem. Primarius des Klinikum Bad Gleichenberg für Lungen- und Stoffwechselerkrankungen