

Klinisch-Pathologische Konferenz

11.10.2017

Zeit: 11.10.2017, 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: Univ.Prof.Dr. Barbara Obermayer-Pietsch, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz

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

Fall 167 49-jähriger Patient mit Belastungsdyspnoe, allgemeiner Schwäche und agitierter Depression

Der Patient wurde wegen Belastungsdyspnoe, Beinödemen und Palpitationen nach Rückkehr von einem Ägyptenurlaub stationär aufgenommen.

Abgesehen von einer 5 Jahre zuvor konservativ behandelten Episode einer Sigmadivertikulitis und einer „Neigung zu Hypertonie“ war der Heizungstechniker und Vater zweier Kinder immer gesund gewesen. Er nahm keinerlei Medikamente. Der Alkoholkonsum wurde mit durchschnittlich 0,5 l Bier täglich angegeben.

In den letzten 6 Monaten vor Aufnahme kam es trotz gesteigerter sportlicher Tätigkeit (Radfahren) zu einer Gewichtszunahme von 8-10 kg ohne dass sich die Essgewohnheiten geändert hätten. In dieser Zeit entwickelten sich laut Gattin des Patienten besondere Ge-reiztheit und Tatendrang mit einer gleichzeitigen Reduktion des Schlafbedürfnisses. An manchen Tagen konnte der Patient höchstens nur mehr 2 Stunden durchschlafen. Überdies sei der Gattin neben der Zunahme des Bauchumfangs ein Schwund der Oberschenkelmuskulatur aufgefallen.

Während des Urlaubs, 6 Tage vor Aufnahme, hatte der Patient neben Übelkeit und geringgradigen Bauchkrämpfen 2 Tage hindurch wässrige nichtblutige Durchfälle mit anschließender spontaner Besserung.

In der physikalischen Untersuchung bei Aufnahme betrug der Blutdruck 160/100 mm Hg, Puls 60/min rhythmisch. Die Körpertemperatur lag bei 36,8°C. Größe 1,82 m, Gewicht 95 kg, BMI 28,6 kg/m². Es konnten eine Adipositas mit beidseitiger Lipomastie sowie symmetrische eindrückbare Ödeme, von den Fußrücken bis Mitte der Unterschenkel hochreichend, festgestellt werden. Der kardiopulmonale Befund und der Hautstatus waren unauffällig ohne eindeutige Stigmata einer Leberzirrhose. Der Patient imponierte weinerlich, beschrieb sich als „völlig fertig“, war andererseits jedoch agitiert und zeitweise aggressiv.

An pathologischen Laborbefunden fanden sich: Leukozyten 18.300/μl (86 % neutrophile Granulozyten, 9% Lymphozyten, 5% Monozyten), Kalium 2,9 mmol/l (3,5-5,3), GOT 47 U/l (15-37), GPT 145 U/l (12-45), GGT 105 U/l (12-55), Albumin 3,25 g/l (3,7-5,3). Unauffällige Befunde lieferten der Harnteststreifen, TSH, fT₄, Serologien auf HBV, HCV und HIV, Fe, Eisenbindungskapazität, Ferritin, EKG, Echokardiographie und die Lungenszintigraphie.

In der Ösophagogastroskopie ergab sich außer einer Soorösophagitis ein unauffälliger Befund.

Thorax-CT: Oval konfigurierte, scharf begrenzte Raumforderung im vorderen oberen Mediastinum auf Höhe des Überganges Aorta ascendens/Aortenbogen mit einer Größe von ca. 3 cm und homogener Dichte von nativ etwa 30 bis 35 HU (Weichteil-Bereich). Geringe Pleuraergüsse beidseits. Keine Lymphadenopathie. Beide Lungen unauffällig. Abdomen-CT: Ödematöse Gallenblasenwand, geringe Mengen freier abdominaler Flüssigkeit, plumpe Nebennieren beidseits. Ansonsten unauffälliger Befund an den Abdominalorganen.

Im Verlaufe der ersten vier Tage des stationären Aufenthaltes verschlimmerte sich der psychische Zustand des Patienten. Zuletzt konnte er nicht mehr ruhig sitzen oder Erklärungen des medizinischen Personals folgen.

Diagnostische Tests wurden durchgeführt.

Lösung CPC 167

Diagnose: Steroidpsychose bei Hypercortisolismus (Cushing) durch ektope ACTH-Produktion in einem neuroendokrinen Karzinom des Thymus

Diagnost. Test: Extrem hohes Cortisol und ACTH im Serum durch Dexamethason-Hemmtest nicht unterdrückbar

Verlauf: Minimal invasive thoraxchirurgische Entfernung des Thymus 4 Tage nach Spitalsaufnahme, vorher Cortisol-Suppression durch Etomidat-Infusion, adjuvante Radio-Chemotherapie

Diskutant: Univ.Prof.Dr. Barbara Obermayer-Pietsch, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz