

Klinisch-Pathologische Konferenz

6.12.2017

Zeit: 6.12.2017, 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. Herbert Auer, Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin, Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie, Medizinische Universität Wien

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

Fall 168 28-jähriger Flüchtling aus Syrien mit starken Bauchschmerzen und Eosinophilie

Der Patient spricht nur wenig Deutsch und die Anamneseerhebung gestaltete sich entsprechend schwierig. Er sei aber schon seit 2½ Jahren in Österreich. Drei Tage vor der Aufnahme war er wegen seit etwa 2 Wochen bestehender Bauchschmerzen, die verstärkt nach dem Essen auftraten, in einem anderen Spital vorstellig. Er erhielt dort Pantoloc® und Sucralan®, was keine Besserung brachte. Einen Tag vor der Aufnahme kam er wegen starker Bauchschmerzen in die Notfallstation (EBA) unseres Universitätsklinikums. Bei der physikalischen Untersuchung: Thorax unauffällig, Blutdruck 125/81 mmHg, Puls 60/min reglm., Temp. 35°C, Bauchdecke weich, Druckschmerz im Epigastrium, keine Abwehrspannung, kein Loslasseschmerz. Labor: Rotes und weißes Blutbild normal außer Eosinophile 7% (-5,0), absolut $0,7 \cdot 10^9/L$ (-0,7), CRP 1,2 mg/L (-5,0), LDH 287 U/L (120-240). Eine Sonographie zeigte eine normale Struktur und Echodichte der Leber, normale Gallenwege, Pankreas nicht beurteilbar, Milz normal groß (12 cm) und unauffällige Nieren. Bei der Gastroskopie zeigte sich eine fleckige Rötung im Antrum, histologisch minimale chronische inaktive Gastritis, keine floriden Entzündungszeichen, Helicobacter pylori in Antrum- und Corpusbiopsien negativ. Ab der Pars descendens duodeni findet sich ein inhomogenes Faltenrelief, „die Villi stellenweise vermindert erscheinend“. Wegen Unruhe des Patienten und mangelnder Kooperation kam es nicht mehr zu Biopsien des Duodenums. Die angeordnete Bestimmung des anti-Transglutaminase-Antikörpers im Serum brachte ein negatives Resultat. Der Patient wurde entlassen und es wurde die Fortführung der Einnahme des Protonenpumpenhemmers in doppelter Standarddosis und bei Bedarf Buscopan empfohlen. Am nächsten Tag klagte der Patient nach dem Essen einer Banane wiederum über starke Bauchschmerzen und kehrte an die EBA zurück. Bei der physikalischen Untersuchung fanden sich sehr lebhaftes Darmgeräusche, aber sonst keine neuen Befunde. Labor: Leukozyten $13,41 \cdot 10^9/L$ (4,4-11,3), Eosinophile 9% (-5) absolut $1,2 \cdot 10^9/L$ (-0,7), CRP 6,0 mg/L (-5,0). Es wurde intravenös Esomeprazol, Novalgin, Buscopan mit Elomel isoton gegeben. Bei weiterbestehenden Bauchschmerzen erfolgte die stationäre Aufnahme.

Die Bauchschmerzen verlagerten sich vom Epigastrium in den Unterbauch, die gastroenterologische Konsiliaria fand einen positiven McBurney und einen kontralateralen Loslasseschmerz, daneben deutlicher Meteorismus. In der daraufhin durchgeführten Computertomographie des Abdomens ergab unauffällige parenchymatöse Oberbauchorgane, einzelne Luft-Flüssigkeitsspiegel im Quercolon, vermehrte mesenterielle Lymphknoten (bis 1 cm) im linken Oberbauch, in erster Linie entzündlicher Genese, unauffällige Appendix, keine Sigmadivertikulitis. Der konsiliarisch zugezogene Chirurg sah keinen Grund für eine operative Intervention.

Weitere Untersuchungsergebnisse: Stuhl auf Clostridium difficile Antigen und Toxin A/B sowie auf Cryptosporidium spp. und Amöben negativ, antinukleäre Antikörper (ANA): nuc180 („nicht signifikanter ANA-Titer“), negativ: cytoplasmatische Antikörper, ENA-Screening, Antikörper gegen Doppelstrang-DNA, mpo-ANCA, pr3-ANCA, p-ANCA, c-ANCA; IgA im Serum 0,83 g/L (0,7-4,0).

Bei unveränderten Bauchbeschwerden und zumindest dreimal täglich breiigem Stuhlgang kommt es in den nächsten drei Tagen zu einem Anstieg der Leukozyten auf letztlich $16,00 \cdot 10^9/L$ und der Eosinophilen auf respektive 12, 29 und 37%, absolut zuletzt $6.0 \cdot 10^9/L$ (-0.7).

Ein diagnostisches Testresultat erreichte die behandelnden Ärzte.

Lösung CPC 168

Diagnose: Strongyloidiasis

Diagnost. Test: Stuhlparasitologie: Larven von *Strongyloides stercoralis* (Zwergfadenwurm)

Therapie: Ivermectin, danach beschwerdefrei

Diskutant: Univ.Prof.Dr. Herbert Auer, Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin, Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie, Medizinische Universität Wien