

# Klinisch-Pathologische Konferenz

## 20.03.2019

**Zeit:** 20.03.2019, 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. Robert Krause, Sektion Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz

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

### Fall 172 45-jähriger Lastkraftwagenlenker mit Fieber, Erbrechen, Thrombozytopenie und Nierenversagen

Der Patient, bislang völlig gesund, stellte sich kurz vor Weihnachten mit seit drei Tagen bestehendem Fieber bis 39,0°C, epigastrischen Schmerzen und Erbrechen vor. Verneint wurden Fragen nach Myalgien, Kopfschmerzen, Schwindel, Hämatochezie, Meläna, rotem Harn, Dyspnoe, Hämoptysen, Thoraxschmerzen, Einnahme von Drogen, Auslandsreisen und ähnlichen Erkrankungen bei Menschen seiner Umgebung. Bei Aufnahme fand sich eine Temperatur von 38,5°C, ein Blutdruck von 100/50 mmHg, 95% Sättigung in der Fingerpulsoxymetrie unter Raumluft und ein mäßiger Druckschmerz im Epigastrium. Die übrige physikalische Untersuchung war unauffällig, insbesondere auch den neurologischen Status und die Untersuchung von Haut und Schleimhäuten betreffend.

Labor: Hb 21,5 g/dl (12,0-15,3), Leukozyten 23,95 G/l (4,4-11,3) mit Linksverschiebung, Thrombozyten 31 G/l (140-440), CRP 10,7 mg/dl (< 0,5), D-Dimer 5,26 µg/ml (<0,50), Natrium 125 mmol/l (135-145), GOT 55 U/l (5-34), GPT 66 U/l (<55), GGT 125 U/l (12-64), LDH 369 U/l (125-220), Kreatinin 2,09 mg/dl (0,73-1,18), Laktat 7,02 mmol/l (0,50-2,20). Im Harn fanden sich 250 Erythrozyten/µl und 75 mg Protein/dl. Im Normbereich lagen Glukose, Amylase, Lipase, TSH, Kalium, Bilirubin, alkalische Phosphatase, Prothrombinzeit und Fibrinogen.

Sono- und computertomographisch stellten sich die Gallenwege akzentuiert dar. Es fanden sich geringe Mengen freier Flüssigkeit im Oberbauch, eine wandverdickte Pars descendens duodeni mit Verdacht auf juxtapapilläres Duodenaldivertikel. In den mitabgebildeten Lungenabschnitten entzündlich imponierende Verdichtungen sowie ein geringgradiger rechtsseitiger Pleuraerguss.

Von chirurgischer Seite wurde der hochgradige Verdacht auf ein perforiertes Duodenaldivertikel geäußert, so dass eine explorative Laparotomie durchgeführt wurde. Hier zeigte sich jedoch ein intaktes Duodenum, eine hydropische Gallenblase und eine peripankreatische Ödembildung.

Postoperativ wurde der Patient hämofiltrationspflichtig und bedurfte einer Kreislaufunterstützung. Am vierten postoperativen Tag entwickelte sich ein Delir mit dystonen, teils hemiballistischen Bewegungen und tonischen Blickbewegungen nach links oben und unspezifischen Lichtempfindlichkeitsstörungen.

Der beigezogene Neurologe veranlasste eine Schädel-CT und eine Liquorpunktion mit jeweils unauffälligem Ergebnis. Das Elektroenzephalogramm zeigte keinen Fokalbefund. Im MR des Zerebrums fand sich eine beträchtliche Inhomogenität der aufgetriebenen Adenohypophyse mit großteils fehlendem Enhancement, welche an eine Hypophysenapoplexie oder ein zystisches Makroadenom denken ließ.

Es langten diagnostische Testergebnisse ein.

### Lösung CPC 172

**Diagnose:** Puumala-Virus Infektion mit akuter Hypophysitis bei vorbestehendem Hypophysenadenom und Hypophyseninsuffizienz; und mit pseudoakutem Abdomen

**Diagnost. Test:** Ak gegen Puumala (immunchromatographischer Ak-Test und PCR), pathologischer Synacten-Test

**Therapie und Verlauf:** Symptomatisch und Hydrocortison iv, völlige Erholung

**Diskutant:** Univ.Prof. Dr. Robert Krause, Sektion Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz