

Medizinische Universität Graz
Universitätsklinik für Innere Medizin
(Vorstand: Univ.Prof. Dr. A. Rosenkranz)

Diagnostik- und Forschungsinstitut für Pathologie
(Suppl.Leitung: Univ.Prof. Dr. B. Liegl-Atzwanger)

KLINISCH-PATHOLOGISCHE KONFERENZ
Mittwoch, 17.6.2026, 12.15 Uhr

Hörsaal E1, Hörsaalzentrum
(im Innenhof zwischen den Univ.-Kliniken für Chirurgie und
Innere Medizin, Univ.-Klinikum Graz, Auenbruggerplatz 15)

Diskutant: ao.Univ.Prof. Dr. Christoph Högenauer
Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie,
Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz

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

Fall 187 45-jährige Gymnasiallehrerin mit hartnäckigen Bauchschmerzen
und entzündlichen Veränderungen im Pankreas

Die 45-jährige Patientin wurde wegen seit einer Woche bestehender rechtsseitiger Oberbauchschmerzen ambulant vorstellig. Meist hätte sie nach längerem Sitzen die Schmerzen gehabt oder nach längerer Ruhephase in einer Position. Durch Bewegung würde es zu einer Besserung kommen. Sie hat einmalig abends Parkemed eingenommen, was nur für kurze Zeit geholfen hat. In den letzten 2 Tagen hätten die Schmerzen zugenommen. Sie traten unabhängig von der Nahrungsaufnahme auf. Wärme brachte keine Linderung. Fieber und Schüttelfrost wurden verneint, ebenso Übelkeit, Erbrechen, Inappetenz, Thoraxschmerzen oder Dyspnoe. Stuhl- und Harnanamnese unauffällig. Drei Jahre zuvor gebar sie durch Kaiserschnitt ein gesundes Kind, ein Jahr zuvor wurde eine Pyelonephritis behandelt. Es waren keine weiteren Vorerkrankungen, Dauermedikamente oder Allergien bekannt. Sie trinke nur gelegentlich geringe Mengen Alkohol.

Die Vitalparameter lagen im Normbereich. Größe 173 cm, Gewicht 83 kg. In der klinischen Untersuchung fand sich lediglich eine geringe Druckschmerzhaftigkeit im rechten Oberbauch. CRP 2.7 mg/dL (< 0.5), Leuko 9.44 G/L. Ansonsten Blutbild, Leber- und Nierenwerte, Laktat und Gerinnung unauffällig. Lipase 57 U/L (13-60) Amylase 58 U/L (28-100) Glukose 103 mg/dL.

Die Gallenblase stellte sich sonographisch normal groß dar, ohne Anhalt für intravesiculäres Konkrement, mit 2 mm verdickter Wand nicht eindeutig pathologisch, ohne Zerschichtung. CT: Verplumpt imponierender Pankreaskopf mit flauer Dichteminderung, angesichts der Klinik suspekt auf Pankreatitis. Leber, Gallenwege und beide Nieren unauffällig. Milz 12,5 cm Längsdurchmesser. Minimal freie Flüssigkeit im Douglasraum. Deutlich vermehrte und pathologisch vergrößerte Lymphknoten mesenterial und paraaortokaval im Ober- und Mittelbauch, am ehesten reaktiv.

Die Patientin wurde mit der Empfehlung einer analgetischen Therapie am selben Tag aus der Notaufnahme entlassen, stellte sich jedoch zwei Tage später wegen Schmerzzunahme erneut vor, worauf sie stationär aufgenommen wurde. Sie habe nachts einmalig erbrochen. Kein Fieber. Schmerzen wären nun auch im Bereich des rechten Rückens vorhanden, sowie im rechten Oberbauch. Es bestand starker Druckschmerz mit lokaler Abwehrspannung im Epigastrium und im rechten Oberbauch. CRP 4.4 mg/dL, Leukozyten 8.47 G/L. Leber- und Nierenwerte unauffällig. Cholesterin 146 mg/dL (<200), Triglyceride 65 mg/dL (<150), Lipase 436 U/L (13-60) Amylase 244 U/L (28-100). IgG4 im Serum normal.

In der MRCP stellten sich schlanke intra- und extrahepatische Gallenwege dar ohne Konkrement oder Abflusshindernis. Gallenblase regelrecht. Der Ductus pancreaticus im Corpus und der Cauda grenzwertig weit und im Verlauf des Caput nicht sicher zu erkennen, möglicherweise komprimiert, wahrscheinlich durch die ödematöse Kopfpankreatitis. Diskrete peripankreatische Flüssigkeitsansammlungen. Dorsal des Pankreascaput fanden sich einzelne größenakzentuierte Lymphknoten.

Die Patientin erhielt in Annahme einer idiopathischen Kopfpankreatitis parenteralen Flüssigkeitsersatz, Paracetamol und Hydromorphon. Die Entlassung erfolgte auf eigenen Wunsch nach 4 Tagen Hospitalisation in gebessertem Zustand mit symptomatischer Schmerztherapie.

8 Tage später wurde die Patientin wiederum stationär aufgenommen, aufgrund von neu aufgetretenem Ikterus. An der Schmerzsymptomatik hätte sich nur wenig geändert. Sonographisch fand sich der D. choledochus mit 11 mm erweitert. Auch die intrahepatischen Gallenwege waren betont. Die Gallenblase zeigte sich prall gefüllt mit etwas Sludge, jedoch ohne Hinweis auf eine Cholezystitis. CRP 13.2 mg/dL, Blutbild im Wesentlichen unverändert. Elektrolyte, Nierenwerte, Calcium und Laktat normwertig. Bilirubin gesamt 5.8 mg/dL (< 0.9), Bilirubin direkt 4.3 mg/dL (< 0.3). GOT (AST) 132 U/L (< 35), GPT (ALT) 116 U/L (< 35), GGT 1199 U/L (6-42), AP 296 U/L (35-104), LDH 296 U/L (< 250). Lipase 400 U/L (13-60), Amylase 113 U/L (28-100). Thorax-Röntgen unauffällig. MRCP/MR Pankreas: Kein Nachweis suspekter fokaler Leberläsionen. Pfortader und Lebervenen sind frei durchflossen. Erweiterung des D. choledochus auf etwa 13 mm mit Gangabbruch am Eintritt in den Pankreaskopf. Geringe Erweiterung des Ductus pancreaticus im Bereich des Pankreasschwanzes und Pankreascorpus mit Gangabbruch am Eintritt in den Pankreaskopf. Bekannte Auftreibung des Pankreasparenchyms, insbesondere im Bereich des Pankreaskopfes, aber auch im Corpus ohne erkennbare Raumforderung. Peripankreatische Flüssigkeitseinlagerungen. Die vorbekannten peripankreatischen und retroperitonealen Lymphknotenvergrößerungen erschienen leicht progredient, beispielsweise links paraaortal mit einem Durchmesser von etwa 15 Millimetern.

Nach 10 Tagen Therapie mit 75 mg Prednisolon täglich p.o. besserten sich die Beschwerden der Patientin kaum und sämtliche Leberparameter blieben im Wesentlichen unverändert.

Ein diagnostischer Test wurde durchgeführt.

CPCs online: <https://www.medunigraz.at/klinisch-pathologische-konferenz>

Lösung CPC 186:

Diagnose:	Hämophagozytische Lymphohistiozytose (HLH)
Diagnostischer Test:	Knochenmarkspunktion, HLH-Score 337 von 337 Punkten
Verlauf:	Dexamethason, polyvalente Immunglobuline, Ruxolitinib (Jak1/2 Inhibitor), nach 40 Tagen völlige Erholung.
Diskutant:	Univ.Prof. Dr. Annkristin Heine, Klinische Abteilung für Hämatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz