

Gesellschaft für Innere Medizin an der Universität Graz

(Vorstand: Univ.Prof. Dr. T. Pieber)

Universitätsklinik für Innere Medizin

(Vorstand: Univ.Prof. Dr. A. Rosenkranz)

Universitätsinstitut für Pathologie

(Vorstand: Univ.Prof. Dr. G. Höfler)

KLINISCH-PATHOLOGISCHE KONFERENZ

Mittwoch, 30.10.2024, 12.15 Uhr

Hörsaal D, Hörsaalzentrum

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

Diskutantin: Univ.Prof. Univ.Do. Dr. Vanessa Stadlbauer-Köllner, MBA

Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie,

Universitätsklinik für Innere Medizin, Graz

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

Fall 181 27-jähriger Patient mit Gewichtsverlust, Oesophagusvarizen und einer Raumforderung an der Leberpforte

Der Patient stammt aus Afghanistan und lebt seit 14 Jahren in Österreich. Er absolvierte hierzulande die Schule und schloss eine Lehre als Elektriker ab. Vorerkrankungen sind keine bekannt. Im Spitalsdokumentationsystem findet sich nur ein Eintrag: Vor 4 Jahren kam der Patient wegen „atypischer Thoraxschmerzen im Rahmen eines respiratorischen Infektes“ in die Notaufnahme. Bei völlig blandem Labor erhielt der Patient damals lediglich eine analgetische Therapie mit Seractil®, 2x 400 mg. Jetzt wird er aufgrund von Magenschmerzen erneut in der Notfallambulanz vorstellig. Die Schmerzen bestünden bereits seit 3 Monaten und seien zuletzt krampfartig geworden. Metamizol und Pantoprazol hätten keine Besserung gebracht. Der Patient habe seit Beginn der Symptomatik zudem einen ungewollten Gewichtsverlust von 6 kg bemerkt.

Bei der stationären Aufnahme präsentiert sich der Patient afebril (36,1 °C); Körpergewicht 50,5 kg, Körpergröße 160 cm (BMI 19,7 kg/m²), RR 115/87 mm/Hg, Puls regelmäßig 86/min. In der klinischen Untersuchung zeigt sich ein leichter Druckschmerz im rechten Oberbauch, sonst keine Auffälligkeiten; normales Hautkolorit. Labor: Leukozyten 5,1 10⁹/l (4,0-10,0), Erythrozyten 5,0 10¹²/l (4,5-5,9), Hämoglobin 16,6 g/dl (13,0-17,5), Hämatokrit 42% (40-52), MCV 84 fl (80-100), Thrombozyten 107 10⁹/l

(150-370), vor 4 Jahren 209, Neutrophile 68% (40-74), Lymphozyten 19,7% (16-45), Monozyten 11,3% ((2,6-10,0), CRP 1,5 mg/dl (<1,0), Prothrombinzeit 94% (70-130), INR 1,0, aPTT 40,4 sec (22,0-40,0), Nierenretentionsparameter, Serumelektrolyte, Magnesium und Laktat normal, Gesamt-Bilirubin 2,2 mg/dl (bis 1,0), indirektes Bilirubin 1,5 mg/dl (<0,3), GOT 220 U/l (<35), GPT 344 U/l (<45), GGT 49 U/l (10-71), AP 449 U/l (40-126), LDH 834 U/l (<250), Lipase 26 U/l (5-60), Glukose 97 mg/dl (70-100), Gesamtcholesterin 135 mg/dl (100-200), Calcium 2,46 mmol/l (2,10-2,58), Vitamin D (25-OH) 3,9 ng/ml (30-80), Serumeisen 32 µg/dl (59-158), Ferritin 174 ng/ml (20-400), Transferrin 227 mg/dl (200-360), Transferrinsättigung 10% (16-45), TSH basal 1,16 µU/ml (0,4-4,0), Hepatitismarker negativ außer AntiHBs 545 mIU/dl (<10), CMV IgG 145 U/ml (0-18), IgM neg., EBV IgG +++positiv, IgM negativ, EBNA IgG +++positiv, Durchflusszytometrie: keine Blastenvermehrung, kein Hinweis auf NHL-Zellen. Harn chemisch und Sediment unauffällig, CA-19-9 und CE nicht erhöht.

Die Gastroskopie zeigte im distalen Oesophagus Varizen mit mehr als 5 mm Durchmesser, teilweise mit red spots. Im Magen hypertensive Gastropathie, keine Fundusvarizen, Duodenum unauffällig. Histologisch chronische Corpus- und Antrumgastritis, *Helicobacter pylori* negativ. CT-Abdomen: Unauffällige Darstellung mitabgebildeter Lungenbasen. Die Leber glatt berandet. Homogene Kontrastierung der Lebervenen, die Pfortader deutlich tailliert im Bereich der Leberpforte, dort eine hypodense Raumforderung mit einer Ausdehnung von 3x3 cm, umgebend beginnende kavernöse Transformation. Intrahepatische Cholestase, die Gallengangswände im Bereich der Hepatikusgabel deutlich verdickt mit vermehrter Kontrastmittelaufnahme. Pankreas: unauffällig, Milz: kraniokaudale Ausdehnung von 12 cm. Retroperitoneal einige Lymphknoten mit 10 mm Durchmesser

Ein diagnostischer Test wurde durchgeführt.

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

Lösung CPC 180:

Diagnose:	Erworbenes Glanzmann Syndrom (Thrombasthenie) mit hochpositiven anti-thrombozytären Antikörpern gegen GPIIb/IIIa Rezeptor
Diagnostischer Test:	Thrombozytenfunktionstest mit optischer Aggregometrie (verwendete Induktoren: Kollagen, ADP, Arachidonsäure, TRAP, Epinephrin und Ristocetin)
DiskutantIn:	Univ.Prof. Dr. Hildegard Greinix, Klinische Abteilung für Hämatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz