

Gesellschaft für Innere Medizin an der Med Uni Graz

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

Universitätsklinik für Innere Medizin

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

Diagnostik- & Forschungsinstitut für Pathologie

(Suppl.Leitung: Univ.Prof. Dr. B. Liegl-Atzwanger)

KLINISCH-PATHOLOGISCHE KONFERENZ

Mittwoch, 15.1.2025, 12.15 Uhr

Hörsaal E1, Hörsaalzentrum

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

Diskutant: Priv.-Doz. Priv.-Doz. Dr. Reinhard B. Raggam

Klinische Abteilung für Angiologie

Universitätsklinik für Innere Medizin, Graz

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

Fall 182 61-jähriger Patient mit rezidivierenden Attacken von Abdominalschmerzen, Erbrechen und Aszites

Der Patient wird aufgrund von seit einem Tag bestehender heftiger Unterbauchschmerzen und Erbrechen hospitalisiert. Fieber, Diarrhoe, Koprostase, Alkoholkonsum oder frühere Operationen werden verneint. Der Patient leidet an einer schweren bipolaren affektiven Störung und wohnt daher in einer betreuten Einrichtung. Seine Dauermedikation besteht aus Valproinsäure, Olanzapin und Aripiprazol. Vor acht Wochen wurde bei arterieller Hypertonie zudem eine Therapie mit Ramipril/Hydrochlorothiazid eingeleitet.

In der klinischen Untersuchung zeigt sich ein deutlicher Druckschmerz periumbilikal und im linken Mittelbauch. Das Abdomen wirkt etwas aufgetrieben. RR 130/90 mmHg. Im Aufnahmelabor findet sich eine geringgradige neutrophile Leukozytose und eine zweifache Erhöhung des CRPs. Elektrolyte, Nierenretentionsparameter und Leberwerte, LDH, Albumin, TSH, Blutgerinnung, Cholesterin und Triglyzeride liegen im Normbereich. Ein CT-Abdomen ergibt das Bild eines entzündlich imbibierten Fettgewebes um das Coecum sowie deutliche Mengen freier intraperitonealer Flüssigkeit. Die Dünndarmschlingen imponieren im Bereich des Jejunums deutlich wandverdickt. Weiters zeigt sich eine Splenomegalie mit 15 cm, die Leber erscheint glatt berandet und die Pfortader frei. Das Thorax-Röntgen ist unauffällig.

Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Divertikulitis wird die Indikation zur Laparoskopie gestellt. Dabei findet sich eine ödematös aufgetriebene Jejunalschlinge, sonst jedoch keine erkennbare Pathologie. Im Rahmen der Intervention wird eine Gelegenheitsappendektomie durchgeführt; die histologische Untersuchung zeigt keine Auffälligkeiten.

Aszites: Gelblich klar, Zellzahl 739/ μL , 14% polymorphkernige Zellen, Amylase 31 U/L, LDH 116 U/L, Cholesterin 95 mg/dL, Gesamteiweiß 53,9 g/L, Albumin 3,6 g/dL, keine Zellatypien. SAAG 0,7 g/dL. Aufgrund der deutlich ausgeprägten Entzündungswerte wird während des stationären Aufenthaltes auch eine umfassende Infektforschung durchgeführt, wobei der mikrobiologische Befund von Blut-, Harn- und Asziteskulturen negativ ist. Nach klinischer Besserung wird der Patient einige Tage später beschwerdefrei entlassen.

Einen Monat später erfolgt erneut eine stationäre Aufnahme wegen seit einem Tag bestehender diffuser Abdominalschmerzen und nicht blutigen Erbrechens. In der klinischen Untersuchung findet sich ein aufgetriebenes Abdomen und ein deutlicher Druckschmerz, besonders im linken Ober- und Mittelbauch, kein Loslasseschmerz. Temp. 37,1°C, Blutdruck, EKG und Thorax-Röntgen unauffällig. Labor: CRP 3,4 mg/dL (<1,0), Leukozyten 15.670/ μL , neutrophile Granulozyten 65%, Lymphozyten 28%, Monozyten 6%, Eosinophile 1%, neutrophile Granulozyten 10.230/ μL (1600-7000), Lymphozyten 4410/ mm^3 (800-3000), Monozyten 960/ mm^3 (100-800), Hb 15,4 g/dl, Thrombozyten 357.000/ μl . Elektrolyte, Nierenretentionsparameter und Leberwerte, Albumin und Glukose liegen im Normbereich, ein Harnteststreifen ergibt einen unauffälligen Befund. Aszites: Gelblich klar, Zellzahl 1728 / μL , Granulozyten 0%, Lymphozyten 6%, Mesothelzellen 94%, Albumin 3,2 g/dL, Triglyzeride 53 mg/dL (<50), Amylase 76 U/L (4-100). CT-Abdomen: Wandverdicktes Jejunum im Mittelbauch linksseitig. Kein Kalibersprung. Kein Perforationshinweis, keine Abszessbildung, keine freie Luft. Vier-Quadranten-Aszites. Splenomegalie 17 cm. Unter analgetischer und spasmolytischer Therapie kommt es innerhalb von 2 Tagen zum kompletten Verschwinden der Beschwerden. Trotz Umstellung der antihypertensiven Therapie von Ramipril auf Amlodipin folgen 7 und 14 Monate nach Laparoskopie zwei weitere Hospitalisationen wegen abdomineller Schmerzattacken von ganz ähnlicher Anamnese, Klinik, Labor und Bildgebung, jeweils mit spontaner Remission innerhalb von 2 Tagen.

Ein diagnostischer Test wurde durchgeführt.

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

Lösung CPC 181:

Diagnose:	Abdominelle Tuberkulose
Diagnostischer Test:	Endosonographie mit Biopsie, Histologie: Epitheloidzellen, <i>Mycobacterium tuberculosis</i> PCR positiv
Therapie und Verlauf:	Quadrupel-antituberkulöse Therapie (Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamid, Ethambutol) für 2 Monate und Fortführung der Therapie mit Rifampicin und Isoniazid für weitere 4 Monate; nach 4 Monaten Therapie bereits völlig Normalisierung der Leberwerte, Leberpforte sonographisch unauffällig, Beschwerdefreiheit
DiskutantIn:	Univ.Prof. Dr. Vanessa Stadlbauer-Köllner, MBA; Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz