

# Amyloidose: das Chamäleon

Alain Schöpfer<sup>a</sup>, Matthias Rössle<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Abt. Gastroenterologie, Medizinische Klinik, Kantonsspital Luzern

<sup>b</sup> Pathologisches Institut, Kantonsspital Luzern

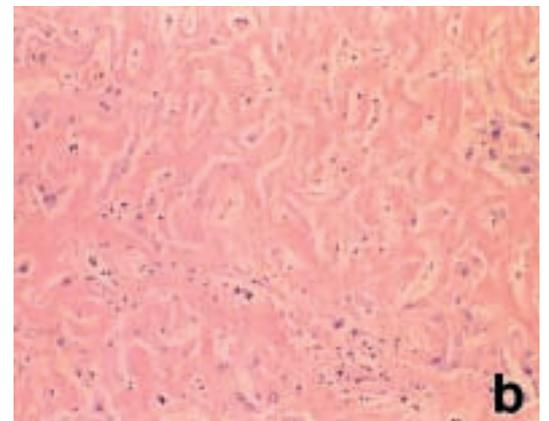
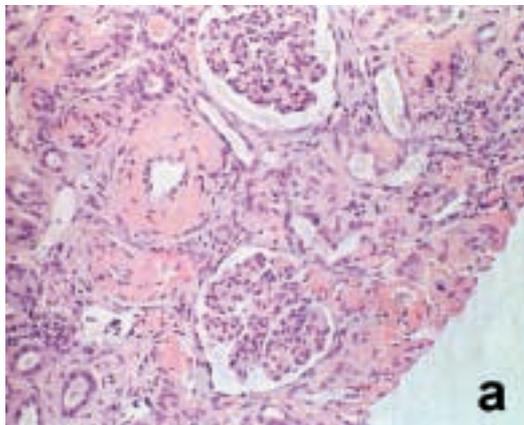
## Fallbeschreibung

Eine 61-jährige Frau wies eine cholestatische Hepatopathie unklarer Ursache (Biopsie abgelehnt) auf und erlitt wenig später eine Blutung infolge einer herdförmig ulzerierten Kolitis ohne definitive nosologische Zuordnung in der Histologie. Schliesslich erforderte ein akutes Nierenversagen die Hospitalisation. Die Nierenbiopsie (Abb. 1a ) zeigte eine ausgeprägte Amyloidose und führte zur Diagnose eines multiplen Myeloms ohne Knochendestruktion. Retrospektiv fand sich in den Kolonbiopsien nun ebenfalls Amyloid. Die Patientin starb kurz nach Spitaleintritt an einem Multiorganversagen.

Autoptisch wurde eine generalisierte hochgradige Amyloidose, vor allem in den parenchymatösen Organen (Abb. 1b , Leber) und im Gastrointestinaltrakt nachgewiesen.

## Kommentar

Die gastrointestinale Beteiligung im Rahmen einer AL-Amyloidose ist mit etwa 1% selten. Typische Symptome sind Blutungen, Dysmotilität, Malabsorption und exsudative Enteropathie [1, 2]. Hingegen wird die Leberbeteiligung in bis zu 70% der betroffenen Patienten beobachtet [3]. Der häufigste klinische Befund einer hepatischen Amyloidose ist die Hepatomegalie [4]. Die Amyloidose sollte bei allen unklaren Multiorganerkrankungen gezielt biopsisch gesucht werden, in erster Linie mittels Biopsie aus Rektum oder subkutanem Fettgewebe. Die Verdachtsdiagnose «Amyloidose» sollte dem untersuchenden Pathologen vom Kliniker explizit mitgeteilt werden.



**Abbildung 1.** Kongophile Ablagerungen (Amyloid) in Niere (a) und Leber (b). Kongorot-Hämalaun.

Korrespondenz:  
Dr. med. Alain Schöpfer  
Gastroenterologie  
Medizinische Klinik  
Kantonsspital  
CH-6000 Luzern 16  
[alain.schoepfer@ksl.ch](mailto:alain.schoepfer@ksl.ch)

## Literatur

- 1 Chang HS, Myung SJ, Yang SK, Jung HY, Lee GH, Hong WS, et al. Massive small bowel bleeding in a patient with amyloidosis. *Gastrointest Endosc* 2004;59:126–9.
- 2 Guirl MJ, Hogenauer C, Santa Ana CA, Porter JL, Little KH, Stone MJ, et al. Rapid intestinal transit as a primary cause of severe chronic diarrhea in patients with amyloidosis. *Am J Gastroenterol* 2003;98:2219–25.

- 3 Menke DM, Kyle RA, Fleming CR, Wolfe JT 3<sup>rd</sup>, Kurtin PJ, Oldenburg WA. Symptomatic gastric amyloidosis in patients with primary systemic amyloidosis. *Mayo Clin Proc* 1993;68:763–7.
- 4 Park MA, Mueller PS, Kyle RA, Larson DR, Plevak MF, Gertz MA. Primary (AL) hepatic amyloidosis: clinical features and natural history in 98 patients. *Medicine (Baltimore)* 2003;82:291–8.