






Assoziationen


Assoziation 1: Ein 40jähriger Mann kommt mit schwerer Dyspnoe bei geringster Anstrengung und Orthopnoe. Der Blutdruck beträgt 100/60 mm Hg, der Puls 90/min, erhöhter jugulärer Venendruck, ein dritter Herzton, keine Geräusche, kein Pulsus paradoxus, im EKG Sinusrhythmus und Zeichen der Linkshypertrophie. Echokardiographisch besteht ein dilatierter linker Ventrikel, von enddiastolisch 90, endsystolisch 82 mm Durchmesser, normale Koronarien. Die Endomyokard-Biopsie ist Kongorot-negativ. Hämatologie und Blutchemie sind normal mit Ausnahme einer Glukose von 11,3 mmol/L. Was soll das sein? (Lösung auf Seite 557) 


Assoziation 2: Ein 44jähriger australischer Straussenfarmer registriert nach einer Känguruh-Jagd eine plötzlich aufgetretene Schwäche der Muskulatur, vor allem der Beine: Er kommt kaum mehr aus dem Bade und muss auf dem Boden liegend auf Hilfe warten. Kein Alkohol, keine Medikamente, keine Exposition gegenüber Toxinen und keine andern Symptome. Er war «fit and well» und ohne medizinische Vorgeschichte. In der folgenden Stunde nimmt die Schwäche zu, und er wird hospitalisiert. Zur muskulären Schwäche kommt eine Ateminsuffizienz. Er wird intubiert und beatmet. Im EKG finden sich lange UT-Wellen; im Labor eine Hypokaliämie von 1,4 mmol/l, ein erhöhtes Serumkreatinin von 289 µmol/l und eine Kaliurese von 17,4 mmol/l. Schilddrüsenfunktion, ACTH, Renin waren normal. Klar: Das war eine **hypokaliämische Lähmung** – aber was und wieso? (Lösung auf Seite 557) 

Assoziation 3: Eine 37jährige Frau kommt wegen «eingeschlafener» Arme und Beine. Vor drei Monaten begann alles mit Kribbeln in den Fingerspitzen, ohne motorische Ausfälle. Die klinische Untersuchung ergibt nichts Auffälliges. Man wartet zu. Dann treten die sensorischen Störungen auch an den Beinen auf, und sie wird vermehrt ermüdbar. Sie bemerkt zahlreiche Insektenstiche. Seit dem 15. Altersjahr ist eine Hypothyreose bekannt, behandelt und unter Kontrolle. Das Labor bestätigt eine makrozytäre Anämie. Die blutchemischen Routineresultate waren alle normal. Was liegt wohl vor? (Lösung auf Seite 557) 

Assoziation 4: Ein 51jähriger Drogenkonsument, Methadon-Konsument, kommt mit Dysphagie, Schluckweh und Doppelbildern. Etwas später meldet er sich wieder. Neu ist eine Schwäche der oberen Extremität. Die Untersuchung ergibt eine bilaterale Ptose, Ophthalmoplegie, dilatierete Pupillen, die Kornea zeigt erhaltene Sensibilität, aber keine Efferenz! Schwacher Husten, kein Schluckreflex. Die ganze Sensorik ist intakt, die Motorik proximal gestört, distal erhalten. Schliesslich muss er beatmet werden. Was liegt vor? (Lösung auf Seite 557) 

Assoziation 5: Eine 42jährige obese Frau meldet sich mit nichts anderem als bilateraler Schwellung der Oberlider. Die behandelnden Ärzte denken an eine allergische Diathese. Drei Tage später kommen Kopfschmerzen dazu. Ein Orthopäde und ein Alternativarzt stellen keine Diagnose. Nun ist der 6. Tag, und noch immer findet sich nichts Neues, mit Ausnahme der Lidödeme und der Kopfschmerzen. Wie geht's wohl weiter? (Lösung auf Seite 557) 

Assoziation 6: Eine einfache Geschichte: Eine 49jährige Frau kommt im Jahre 2003 mit Zeichen rezidivierender Harnwegsinfekte. Dipstick: Leukozyten, aber keine Erreger. i.v.-Pyelogramm: keine Anomalien. Zystoskopisch: entzündete Blase. Biopsie: Zystitis, Punkt. Inzwischen entwickelt sich eine «urge incontinence». Ein Jahr später kommt sie wieder: mit Kopfweh, verwirrt, fiebrig, mit einem Hydrozephalus. Der Liquordruck ist erhöht, der Liquor trübe, enthält eine hohe Lymphozytenzahl, erhöhtes Eiweiss, verminderte Glukose. Ausstriche und Kulturen sind negativ. Was ist los? (Lösung auf Seite 557) 

Assoziation 7: Ein 24jähriger Mann von den Komoren kommt wegen rezidivierender, schmerzloser, massiver Hämaturie. Vor einem Jahr war er für 3 Wochen in einem Spital – mit derselben Hämaturie. Zystoskopie und i.v.-Pyelogramm waren unauffällig. Ein abdominales MRI und eine Lymphoszintigraphie ergaben eine Dilatation der untern Abschnitte des Ductus thoracicus und pyelolymphatische Fisteln im Bereich der rechten Niere. Man nimmt eine kongenitale Malformation an. Nun kommt er wieder: Hämaturie, vorübergehend Chylohämaturie (Triglyzeride 17,9 mmol/L Urin) und eine Anämie von 7,2 g/l. Was liegt wohl vor? (Lösung auf Seite 558) 

Existe-t-il une association?

Existe-t-il une association? (1) Un homme de 40 ans se présente avec une forte dyspnée au moindre effort et une orthopnée. Sa TA est à 100/60 mm Hg, ses pulsations à 90/min, sa pression veineuse jugulaire est augmentée, il a un troisième bruit cardiaque, pas de souffle, pas de pouls paradoxal, un rythme sinusal et des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche à l'ECG. A l'échocardiographie, il présente une dilatation du ventricule gauche, avec un diamètre télédiastolique de 90 mm et télésystolique de 82 mm, et des coronaires normales. La biopsie de l'endomyocarde est rouge Congo négative. L'hématologie et la chimie sanguine sont normales à l'exception d'une glycémie à 11,3 mmol/l. De quoi s'agit-il? (Pour la solution voir page 559).



Existe-t-il une association? (2) Un fermier de 44 ans du bush australien ressent après une chasse au kangourou une faiblesse soudaine de sa musculature, surtout dans les jambes: il a toutes les peines du monde à sortir de son bain et, gisant sur le sol, doit attendre de l'aide. Pas d'alcool, pas de médicaments, pas d'exposition à des toxines et aucun autre symptôme. Il était «fit and well» et son anamnèse médicale est vierge. Sa faiblesse augmente encore et il est hospitalisé. Une insuffisance respiratoire vient compliquer sa faiblesse musculaire. Il est alors intubé et ventilé. L'ECG montre des ondes UT longues; le laboratoire révèle une hypokaliémie à 1,4 mmol/l, une créatinine sérique augmentée à 289 µmol/l et une kaliurie à 17,4 mmol/l. Fonction thyroïdienne, ACTH, rénine normales. C'est clair: il s'agit d'une **paralysie hypokaliémique** – mais pourquoi? (Pour la solution voir page 559).



Existe-t-il une association? (3) Une femme de 37 ans se présente avec bras et jambes «engourdis». Tout a commencé il y a trois mois avec des fourmillements dans les doigts, sans déficit moteur. L'examen clinique ne donne rien de particulier. Tout le monde attend. Puis ces troubles sensitifs prennent les jambes et la patiente est de plus en plus fatiguée. Elle remarque de très nombreuses piqûres d'insectes. Une hypothyroïdie est connue depuis qu'elle a 15 ans, traitée et sous contrôle. Le laboratoire confirme une anémie macrocytaire. Tous les examens de routine de chimie sanguine sont normaux. De quoi s'agit-il? (Pour la solution voir page 559).



Existe-t-il une association? (4) Un drogué de 51 ans sous méthadone se présente avec dysphagie et diplopie. Il revient quelque temps après en se plaignant d'une faiblesse des membres supérieurs. L'examen montre une ptose palpébrale bilatérale, une ophtalmoplégie, des pupilles dilatées. La sensibilité cornéenne est conservée mais il n'y a aucune efférence! Petite toux, aucun réflexe de déglutition. Toute la sensibilité est intacte, de même que la motricité distale, mais pas la proximale. Il doit finalement être ventilé. De quoi s'agit-il? (Pour la solution voir page 559).



Existe-t-il une association? (5) Une femme obèse de 42 ans se présente avec rien d'autre qu'un œdème bilatéral des paupières supérieures. Les médecins ont pensé à une diathèse allergique. Trois jours plus tard, elle présente en plus des céphalées. Un orthopédiste et un médecin alternatif ne posent aucun diagnostic. On en est maintenant au 6^e jour et il n'y a rien de neuf à part les œdèmes palpébraux et les céphalées. Quelle peut bien être la suite? (Pour la solution voir page 559).



Existe-t-il une association? (6) Une histoire toute simple: une femme de 49 ans se présente en 2003 avec des symptômes d'infection urinaire récidivante. Bandelette: leucocytes, mais pas de germes. Urographie i.v.: aucune anomalie. Cystoscopie: inflammation de la vessie. Biopsie: cystite, point. Elle développe par la suite une «incontinence urgente». Une année plus tard elle revient avec céphalées, obnubilation, fièvre, hydrocéphalie. Le liquide céphalo-rachidien est trouble, hypertendu, il contient beaucoup de lymphocytes, les protéines sont augmentées et le glucose abaissé. Frottis et cultures sont négatifs. De quoi s'agit-il? (Pour la solution voir page 559).



Existe-t-il une association? (7) Un homme de 24 ans, originaire des Comores, consulte en raison d'une hématurie massive récidivante, indolore. Il y a 3 ans, il a passé 3 semaines dans un hôpital – avec la même hématurie. Cystoscopie et urographie i.v. ont été sans particularités. Une IRM abdominale et une lymphoscintigraphie ont révélé une dilatation des segments inférieurs du canal thoracique et des fistules pyélolymphatiques au niveau du rein droit. Une malformation congénitale est évoquée. Mais il revient: hématurie, chylohématurie passagère (triglycérides à 17,9 mmol/l d'urine) et anémie à 7,2 g/l. De quoi s'agit-il? (Pour la solution voir page 560).

