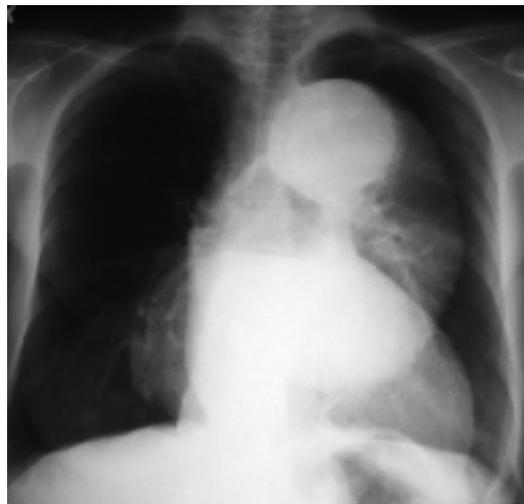


# B-Symptomatik und inflammatorisches Aneurysma

Helena Lager Biner<sup>a</sup>, Werner Karrer<sup>b</sup>, Jan-Olaf Gebbers<sup>a</sup>

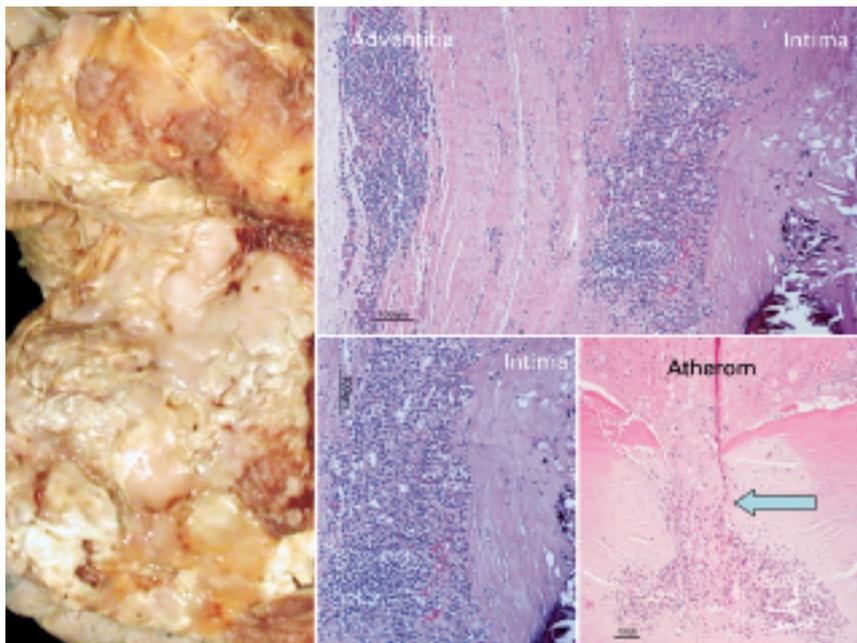
<sup>a</sup> Pathologisches Institut, Kantonsspital Luzern, <sup>b</sup> Luzerner Höhenklinik Montana

Wegen zunehmender Beschwerden mit Gewichtsverlust, Nachtschweiss, Appetitabnahme und erhöhten Entzündungsparametern seit drei Monaten wurde eine 78jährige Frau ins Spital eingewiesen.



**Abbildung 1**  
Das ausgedehnte thorakoabdominale Aortenaneurysma im konventionellen Röntgenbild.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Jan-Olaf Gebbers  
Pathologisches Institut  
Kantonsspital  
Spitalstrasse  
CH-6000 Luzern 16  
[janolaf.gebbers@ksl.ch](mailto:janolaf.gebbers@ksl.ch)



**Abbildung 2**  
Inflammatorisches Aneurysma der thorakalen Aorta descendens mit grossen, teils aufgebrochenen atheromatösen Plaques (links). Histologisch (rechts) finden sich lymphoplasmazelluläre Infiltrate und die Protrusion eines Atheroms mit Entzündung (rechts unten, Pfeil) als mögliche Ursache dieser seltenen Entität (HE-Färbung).

Vier Jahre zuvor war aufgrund starker Thoraxschmerzen ein thorakoabdominales Aortenaneurysma gefunden worden (Abb. 1 ☺), das in den seither jährlich durchgeführten CT-Kontrollen keine Grössenzunahme zeigte. Bei persistierenden Thoraxschmerzen und erhöhten Entzündungsparametern liess sich als Ursache der klinischen Verschlechterung keine konsumierende Krankheit finden. Mehrere Blutkulturen blieben negativ.

Die Patientin starb plötzlich und unerwartet unter den Zeichen eines kardiogenen Schocks. Autoptisch fanden wir einen Hämatothorax mit 2,2 Liter Blut bei disseziiertem und rupturiertem inflammatorischem Aneurysma der absteigenden thorakalen Aorta sowie eine hochgradige Atherosklerose der grossen Gefässe.

Histologisch waren Wand und Adventitia der Aorta herdförmig von dichten lymphoplasmazellulären Infiltraten durchsetzt. Die Intima enthielt ausgedehnte Atherome, die teils in die Media prolabierte und von leukozytären Infiltraten umgeben waren (Abb. 2 ☺). Granulome, Riesenzellen, vaskulitische Veränderungen, Spirochäten oder Bakterien oder andere Ursachen für die B-Symptomatik wurden nicht gefunden. Die Entität des inflammatorischen Aneurysmas wurde in der Literatur erst 1972 [1] beschrieben und ist vor allem in der Arteria abdominalis auch histologisch dokumentiert [2, 3].

Die Aorta ist hierbei hochgradig atheromatös verändert, und alle Wandabschnitte sind von Plasmazellen, Lymphozyten und Histiozyten infiltriert. Auffallend ist die adventitielle Entzündung mit Fibrose, die auch auf benachbarte Regionen übergreifen kann [3].

Die Ursache dieser Entität ist unbekannt. Ebenso ist die pathogenetische Frage, ob die Atheromatose zur Entzündung (oder vice versa) führt, noch nicht beantwortet [4].

Unseres Wissens ist das von uns beschriebene Beispiel der erste Fall einer Assoziation eines inflammatorischen Aortenaneurysmas mit einer B-Symptomatik.

## Literatur

- 1 Walker DI, Bloor K, Williams G, et al. Inflammatory aneurysms of the abdominal aorta. *Br J Surg.* 1972;59:609–12.
- 2 Rose AG, Dent DM. Inflammatory variant of abdominal atherosclerotic aneurysm. *Arch Pathol Lab Med.* 1981;105:409–13.
- 3 Feiner HD, Raghavendra N, Phelps R, Rooney L. Inflammatory abdominal aortic aneurysm: report of six cases. *Hum Pathol.* 1984;15:454–9.
- 4 Vuong PN, Berry C. *The pathology of vessels.* Paris, Berlin, Heidelberg: Springer; 2002. p. 219.