

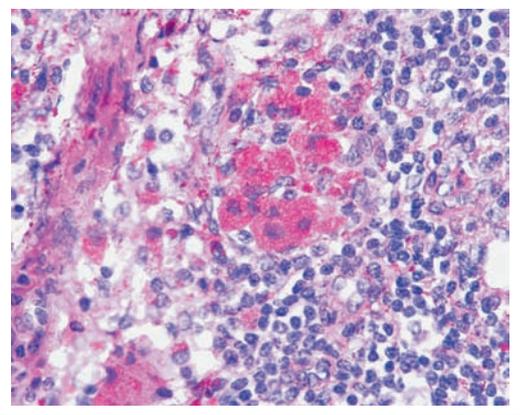
## Ein Verlauf in Rätself

Luca Cioccaro, Corina A. Ebnöther

Ein 58jähriger Patient, der wegen Kniegelenksbeschwerden seit 2003 empirisch, das heisst ohne rheumatologische Abklärung, mit Spiricort® 10 mg täglich behandelt wurde, stellte sich erstmals im Juni 2006 wegen Beinödemen, Dyspnoe und rechtsseitigen Thorax- und Flankenschmerzen vor. Aus der Anamnese waren ein Status nach Antrumgastritis durch *Helicobacter pylori*, eine Depression, eine subklinische Hypothyreose und eine monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS Typ IgG lambda) bekannt. Mittels LE-CT konnte eine Lungenembolie ausgeschlossen werden. Hingegen fanden sich ein Pleuraerguss mit Begleitatelektase, multiple intraabdominale Lymphknotenvergrößerungen sowie eine umschriebene Darmwandverdickung des Jejunums. Aus dem Pleuraerguss gelang kulturell der Nachweis von *Nocardia farcinica*. Unter Therapie mit Bactrim forte® (viermal täglich eine Tablette) waren die Symptome und die Infektparameter in den folgenden acht Wochen rückläufig. Als Grundlage für eine Nokardien-Infektion wurde die immunsupprimierende Langzeittherapie mit Steroiden angenommen. Der HIV-Test war negativ. Es bestand keine besondere Exposition mit Nokardien wie Tätigkeit auf einem Bauernhof oder Gartenarbeit. Klinisch gab es auch keine Zeichen eines Haut- oder Hirnbefalls.

### ? Fragen

- Was ist bei dieser Nokardiose atypisch?
  - Kommt sonst vor allem bei Frauen unter 50 Jahren vor.
  - Nokardien sind normalerweise nur in Gewebebiopsien nachweisbar.
  - Das klinische Bild.
  - Das langsame Ansprechen.
  - Nichts.

Vier Monate später wurde der Patient wegen rechtsseitigen Thoraxschmerzen erneut hospitalisiert. Im CT zeigte sich nur noch ein minimaler Pleuraerguss, doch war die abdominale und retroperitoneale Lymphadenopathie unverändert. Die beschriebene Darmwandverdickung im Jejunum war allerdings regredient. Die Kniegelenksbeschwerden waren noch immer vorhanden. Es erfolgte eine laparoskopische Lymphknotenexzision. Histologisch konnte eine Malignität oder eine Nokardiose in den Lymphknoten ausgeschlossen werden (Abb. 1 ). Die Rheumafaktoren und antinukleären Antikörper waren nicht erhöht.

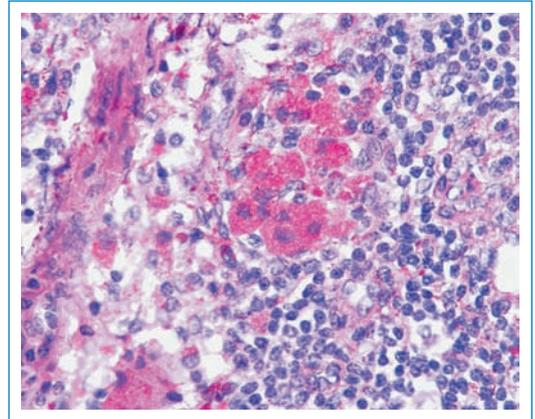


Abbildung 1

Histologie abdominaler Lymphknoten, PAS-Färbung (mit freundlicher Unterstützung von Dr. Silvan Boxler, Institut für Pathologie der Universität Bern).

### ? Fragen

- Was ist das jetzt?
  - Zytomegalie mit Darmbefall.
  - Morbus Whipple.
  - Mykobakteriose.
  - Durch Steroidtherapie maskiertes Lymphom.
  - Kollagenose.

Die Auflösung finden Sie in Heft 14.

Korrespondenz:  
Dr. med. Corina A. Ebnöther  
Leitende Ärztin  
Medizinische Klinik  
Spital Region Oberaargau  
CH-4900 Langenthal  
[c.ebenoether@sro.ch](mailto:c.ebenoether@sro.ch)