

Ein Verlauf in Rätself

Fortsetzung aus Heft 12/13: Auflösung und Epikrise

Luca Cioccarì, Corina A. Ebnöther

Der Fall

Ein 58-jähriger Patient, der wegen Kniegelenksbeschwerden eine empirische Steroidtherapie mit Spiricort® 10 mg/d erhielt, wurde wegen Dyspnoe und rechtsseitigen Thorax- und Flankenschmerzen hospitalisiert. Im CT zeigten sich ein Pleuraerguss mit Begeitatelektase und multiple intra-abdominale Lymphknotenvergrößerungen. Im Pleuraerguss konnte *Nocardia farcinica* nachgewiesen werden. Unter Therapie mit Bactrim forte® viermal täglich waren die Beschwerden und die pulmonalen Veränderungen regredient, doch war die abdominale und retroperitoneale Lymphadenopathie nach vier Monaten unverändert. Es erfolgte eine laparoskopische Lymphknotenexzision.

Weiterer Verlauf

Vier Wochen nach Austritt meldete sich der Patient notfallmässig erneut mit einer Schwellung und Rötung im Bereich des rechten Auges, begleitet von rechtsseitigen Kopfschmerzen. Zuvor war die Steroidtherapie ausgeschlichen worden. Im durchgeführten CT zeigte sich eine Verdickung des rechtsseitigen M. rectus *medialis* bei sonst normalen retroorbitalen Strukturen. Unter hochdosierter Steroidtherapie verschwand die Symptomatik rasch.

Sechs Monate später traten eine schmerzhafte Schwellung und Rötung des rechten Auges wieder auf. Erneut war die Steroidtherapie reduziert worden. Die klinische Untersuchung ergab einen minimalen Exophthalmus und eine Ptose des rechten Auges mit konjunkivaler Injektion, weichem Bulbus und freier Augenmotilität unter Schmerzen und unscharfem Bild bei Blick nach links. Nun zeigte sich aber im MRI eine Verdickung des M. rectus *lateralis* des rechten Auges!

Epikrise

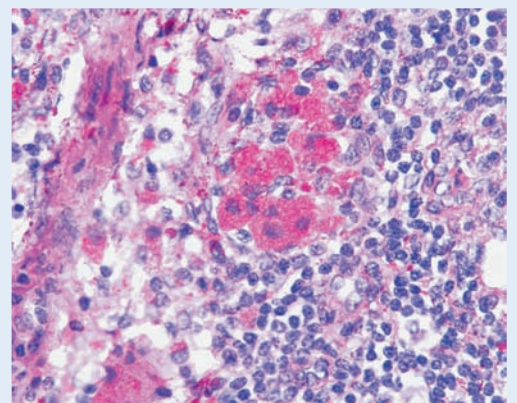
Der Morbus Whipple ist eine Multiorgan-(oder Multisystem-)Erkrankung, die durch defekte Immunfunktionen begünstigt wird und selbst solche hervorrufen kann. In der Literatur häufen sich die Fälle mit atypischer Klinik, wobei typische gastrointestinale Symptome wie Diarrhoe und Steatorrhoe fehlen. Nicht selten manifestiert sich die Erkrankung mit einem Symptomkomplex, der zunächst an rheumatologische oder neurologische Erkrankungen denken lässt. Mit der Poly-

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

Auflösung

- Nokardien sind praktisch nur bei Immunsupprimierten pathogen. Sie werden über die Lunge aufgenommen und führen oft zu Lungenabszessen. Durch hämatogene Streuung kommt es zu einem weiteren Organbefall, klassischerweise als Abszesse des ZNS und von Haut und Subcutis. Die Nokardiose befällt am häufigsten Männer zwischen 30 und 60 Jahren. Das Ansprechen auf Cotrimoxazol war nicht rasch, sondern unbefriedigend, da die Arthralgien und die abdominale und retroperitoneale Lymphadenopathie unter der Therapie persistierten.
- Histologisch zeigten sich im Lymphknoten (siehe Abbildung unten) zahlreiche PAS-positive Makrophagen, mikrobiologisch konnte die Diagnose eines Morbus Whipple bestätigt werden.



merase-Kettenreaktion (PCR) steht ein diagnostisches Instrument zur Verfügung, das auch bei normaler Histologie zur Diagnose verhelfen kann. In unserem Fall bleibt die Bedeutung der zu Beginn im Pleuraerguss gefundenen Nokardien unklar. Das Krankheitsbild und der Verlauf sowie die Vorgeschichte einer «entzündlichen rheumatischen Erkrankung» können aber alle zwanglos mit einem Morbus Whipple erklärt werden, insbesondere auch die Lymphadenopathie und die vorausgegangene Arthritis («seronegative Polyarthritis»). Dass eine Nokardiose und ein Morbus Whipple durch eine gestörte Immunabwehr begünstigt werden und beide auf Cotrimoxazol ansprechen können, hat die Beurteilung zusätzlich erschwert.

Bei der orbitalen Myositis handelt es sich um eine Entzündung eines extraokulären Muskels, deren Ursache meist unklar bleibt. Am häufigsten sind die vom N. oculomotorius versorgten Muskeln betroffen. In der Literatur findet sich ein gehäuftes Auftreten bei Patienten mit M. Whipple, MGUS, Colitis ulcerosa, Herpes zoster ophthalmicus, rheumatoider Arthritis und Borreliose. Die Klinik ist relativ typisch mit orbitalen Schmerzen, horizontaler Diplopie und konjunktivaler Injektion. Therapeutisch werden Steroide und NSAR eingesetzt, wobei es nach Absetzen der Medikamente häufig zu einem Rezidiv kommt.

Wir verdanken die Abbildung Dr. Silvan Boxler, Institut für Pathologie der Universität Bern.

Korrespondenz:
Dr. med. Corina A. Ebnöther
Leitende Ärztin
Medizinische Klinik
Spital Region Oberaargau
CH-4900 Langenthal
c.ebnoether@sro.ch