Gewichtsverlust – einmal anders

Fabienne Schwitz, Patrick Muggensturm
Innere Medizin, Spital Zollikerberg

Problemstellung

Ein 33-jähriger Patient wird wegen Inappetenz und einer objektivierten ungewollten Gewichtsabnahme von 30 kg in den letzten sechs Monaten zur stationären Abklärung zugewiesen. Der Patient hatte sich in den vergangenen Monaten mindestens dreimal wegen rezidivierender Episoden mit Fieber, Husten und Anstrengungsdyspnoe bei der Hausärztin vorgestellt. In der Annahme einer akuten Bronchitis, einer Pneumonie sowie eines Asthma bronchiale wurden jeweils eine symptomatische Therapie, eine Antibiotikatherapie mit Azithromycin sowie eine Inhalationstherapie mit Budenosid/Formoterol eingeleitet, welche allerdings nie zu einer vollständigen und anhaltenden Linderung der Symptome führten. Wegen einer Persönlichkeitsstörung, welche medikamentös mit Fluoxetin behandelt wird, musste der Patient sein Medizinstudium nach 2 Jahren abbrechen und arbeitete fortan in einem Gartenbauunternehmen. Die Arbeit als Gärtner musste er wegen körperlicher Leistungseinbusse und Müdigkeit vor einem halben Jahr ebenfalls aufgeben. Seither arbeitet er zu 50% in einem Verpackungsbetrieb. Er lebt in einer Wohngemeinschaft und hält mehrere Vögel als Haustiere.
In der klinischen Untersuchung im Krankenhaus findet sich ein kooperativer, afebriler Patient mit einem BMI von 22,4 kg/m² und einer spontanen Sauerstoffsättigung von 88% bei normaler Atemfrequenz. Kardiovaskulär, abdominal, rheumatologisch und neurologisch zeigen sich keine Besonderheiten. Pulmonal finden sich inspiratorisch betonte diskontinuierliche Atemnebengeräusche über allen Lungenfeldern und ein diskretes Clubbing der Finger.
Laborchemisch fallen erhöhte Entzündungsparameter auf (CRP 16 mg/l, BSR 70 mm/h). Die Hämatologie und der Urinstatus inklusive Urinsediment sind unauffällig. Die ANA, ANCA, Rheumafaktoren sind ebenfalls negativ. In der arteriellen Blutgasanalyse wird eine mittelschwere Ruhehypoxämie mit einem arteriellen Sauerstoffpartialdruck von 7,4 kPa bestätigt. Im konventionellen Thoraxbild sind diskrete retikuläre Transparenzminderungen erkennbar.

Die Fragen

1. Welche der folgenden Zusatzuntersuchungen trägt *am wenigsten* zur Klärung Ihrer klinischen Verdachtsdiagnose bei?
A Präzipitine.
B Bodyplethysmographie inklusive Bestimmung der Diffusionskapazität.
C CT Thorax.
D Bronchoskopie inklusive bronchoalveolärer Lavage und transbronchialer Biopsie.
E Spiroergometrie.

2. Von welcher der folgenden Therapiemassnahmen erwarten Sie den grössten Nutzen?
A Systemische Steroide.
B Topische Steroide.
C Antihistaminikum/Leukotrienantagonist.
D Expositionsprophylaxe.
E Vorstellung an einem universitären Zentrum zwecks Evaluation bezüglich Lungentransplantation.

Auflösung auf Seite 738