Absenzenartige Bewusstseinsstörungen: Insulinom

Marie-Theres Siegen[a], Roman Trepp[b]

[a] Praxiszentrum Familienmedizin, Thun
[b] Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung, Inselspital, Bern

Fallbericht

Die 65-jährige Patientin stellte sich in Begleitung ihres Sohnes wegen intermittierendem Schwindel und unklaren Abwesenheitszuständen vor. Die Episoden traten seit ca. 2 Jahren alle 3–4 Monate auf. Zweimalig sei sie am Esstisch plötzlich wie abwesend gewesen, habe nur noch Ja und Nein gesagt, ein richtiges Gespräch sei nicht mehr möglich gewesen. Sie sei dabei nicht bewusstlos gewesen, habe normal weitergegessen, nicht geschwitzt, sei nicht zu Boden gestürzt. Eine weitere Episode sei nach dem Duschen aufgetreten. Sie habe sich zum Anziehen ins Schlafzimmer begeben und sei dort ca. eine halbe Stunde später ohne Erinnerung auf dem Bett liegend erwacht. Gemäss Angaben des Sohnes fielen keine epilepsieähnlichen Bewegungen auf, auch kein Zungenbiss und kein Urinabgang, ebenso wurden prodromale Symptome von der Patientin verneint. Systemanamnestisch liessen sich gelegentliche Kopfschmerzen und eine Gewichtszunahme von 10 kg in den letzten 5 Jahren eruieren.
Der internistische Status, das Ruhe-EKG und das Routinelabor zeigten sich unauffällig. Da differentiadiagnostisch neben zerebralen Krampfanfällen auch rezidivierende Hypoglykämien in Betracht kamen, wurde ergänzend eine Bestimmung von Insulin und C-Peptid durchgeführt, welche trotz zu diesem Zeitpunkt normaler Nüchtern-Plasmaglukose (5,4 mmol/l) deutlich erhöhte Werte lieferte (Insulin 781 pmol/l [Norm: 25–186 pmol/l], C-Peptid 3469 pmol/l [Norm: 300–900 pmol/l]).
Zur Verifizierung des Verdachts auf ein Insulinom wurde die Patientin an die Endokrinologie des Inselspitals Bern überwiesen. Der veranlasste stationäre 72-Stunden-Fastentest konnte nach 28 Stunden bei einer Plasmaglukose von 1,6 mmol/l, einem Insulinspiegel von 27 mU/l sowie neuroglykopenen Symptomen abgebrochen werden. Endosonographisch fanden sich eine hypoechogene Raumforderung im Pankreaskorpus (10 × 11 mm) sowie eine im Pankreaskopf (5 × 8 mm). Es erfolgte eine chirurgische Exploration des Pankreas mit intraoperativer Sonographie, reseziert wurden 20 mm des mittleren Pankreassegments, worin histologisch das Insulinom gefunden werden konnte. Bis zur Operation wurde der Blutzucker mittels Diazoxid stabilisiert, postoperativ sind seit über einem Jahr ohne Medikation keine Hypoglykämien und keine «Absenzen» mehr aufgetreten.

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Diskussion/Kommentar

Das Insulinom ist die häufigste funktionale neuroendokrine Neoplasie (NEN) des Pankreas mit einer geschätzten Inzidenz von 1–3 Fällen pro Million Einwohner pro Jahr. Ungefähr 5% sind mit einer multiplen endokrinen Neoplasie (MEN) Typ 1 assoziiert. Beim MEN 1 findet sich eine autosomal-dominant vererbte Prädisposition für das Auftreten von Hypophysenadenomen, primärem Hyperparathyroidismus und pankreatischen NEN («PPP»: pituitary, parathyroid, pancreas). Insulinome treten gehäuft im Alter zwischen 40 und 45 Jahren auf, die durchschnittliche Dauer der Symptome bis zur Diagnose beträgt drei Jahre. Bei den meisten Patienten liegt, wie in unserem Fall, eine kürzliche Gewichtszunahme vor. Die Gewichtszunahme erklärt sich durch den verstärkten Appetit bei Hypoglykämien sowie die anabole Wirkung des Insulins (Hemmung der Lipolyse, Aufbau von Muskeleiweissen usw.).
Die Diagnose wird mit dem Nachweis der sogenannten Whipple-Trias ([1.] Plasmaglukose ≤3 mmol/l, [2.] neuroglykopenische Symptome, [3.] Verschwinden der Symptome nach Glukoseverabreichung) bei zeitgleich inadäquater endogener Insulinsekretion gestellt. Hierfür muss nicht selten ein stationärer 72-Stunden-Fastentest durchgeführt werden. Insulinome finden sich fast immer im Pankreas, knapp die Hälfte ist bei Diagnosestellung unter 10 mm gross. Entsprechend lassen sie sich häufig nicht sicher mittels CT oder MRI lokalisieren und benötigen weitergehender spezialisierter Lokalisationsdiagnostik. Da mehr als 90–95% bei der Diagnose gutartig sind und isoliert auftreten, können sie in über 95% chirurgisch geheilt werden.

Konklusion

Bei absenzenartigen Bewusstseinsstörungen ist differentialdiagnostisch auch an ein Insulinom zu denken, insbesondere bei in den letzten Monaten ansteigendem Körpergewicht. Der Verdacht kann mit in Relation zur (ggf. zu diesem Zeitpunkt auch normalen) Nüchtern-Plasmaglukose inadäquat hohen Insulin- und C-Peptid-Spiegeln erhärtet werden. Für die weitergehende Diagnostik und Therapie sollte ein entsprechend spezialisiertes Zentrumsspital avisiert werden.

Korrespondenz:
Marie-Theres Siegen, med. pract.
Praxiszentrum Familienmedizin
Aarefeldstrasse 19
CH-3601 Thun
mthwerlen[at]hotmail.com

Literatur
Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.